

Dispositif d'Assistance Financière  
Hallmark Health System

# Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health

## Sommaire

I. Objet.....	2
II. Glossaire .....	2
III. Dispositions Générales .....	2
a. Entités Participants : .....	2
b. Patients Hallmark Health Sous- et Non Assurés : .....	2
c. Obligations du Patient : .....	3
d. Assistance Financière et Conseil de Hallmark Health : .....	3
IV. Dispositifs de Réduction des Frais des Patients de Hallmark Health .....	3
a. Hallmark Health propose aux patients les dispositifs de réduction des frais suivants : .....	3
b. Dossier de Demande et Procédure d'Évaluation : .....	4
c. Approbation de Couverture : .....	4
d. Seuils de Revenu des Patients : .....	4
e. Services Eligibles : .....	4
f. Exclusions : .....	4
g. Réduction pour Patients à Revenus Faibles : .....	4
h. Réduction pour Frais Médicaux Conséquents : .....	5
i. Réduction pour Patients Sous- et Non Assurés : .....	5
j. Bases de Calcul des Montants Facturés aux Patients : .....	5
V. Echancier.....	5
VI. Non-paiement.....	6
VII. Publication et Diffusion du DAF .....	6
a. Page Internet des Coordonnées des Conseillers Financiers Hallmark Health: <a href="https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html">https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html</a> : .....	6
b. Publication sur Internet : .....	6
c. Comment trouver les différents formes d'assistance financière de l'Hôpital : .....	6
VIII. Autres Provisions.....	7
a. Créances Medicare Irrécouvrables : .....	7
b. Évaluation au Cas par Cas : .....	7
IX. Validation du Conseil d'Administration.....	7

## Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health

### I. Objet

Hallmark Health, ci-après « l'Hôpital », s'engage à offrir des services de santé de qualité aux membres de notre communauté. L'Hôpital fournit des services médicalement nécessaires à tous les patients, indépendamment de leur capacité de payer. L'Hôpital s'interdit, dans le cadre de ses services, toute discrimination par rapport à la race, la couleur de la peau, les origines nationales, la citoyenneté, l'extranéité, la religion, les croyances, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'âge, l'incapacité, l'abus des substances, la situation socioéconomique, le manque d'assurance santé ou l'apparence physique. Pour être en mesure d'offrir des services d'une telle qualité et de répondre aux besoins de sa communauté, Hallmark Health doit rester une fondation viable, ce qui inclut la collecte en temps utile des sommes qui lui sont dues.

Hallmark Health reconnaît que certains patients ont des ressources limitées et n'ont pas forcément accès à une assurance couvrant tous les services. Ce dispositif a été développé pour informer les patients sous- et non assurés aux ressources limitées des différents dispositifs d'assistance financière proposés par l'Hôpital qui pourraient leur être accessibles.

Les patients qui en ont les moyens sont tenus de régler les services fournis par Hallmark Health. Cette politique présume que les patients qui peuvent bénéficier de l'assurance santé accessible en feront la demande et maintiendront leur couverture. Les dispositifs d'assistance financière de Hallmark Health sont principalement destinés à servir les patients qui n'ont pas de couverture santé de source publique (c.à.d. Medicare ou Medicaid) ou privée (c.à.d. Blue Cross, Blue Shield Harvard Pilgrim, etc.) et qui ont des besoins financiers insatisfaits. Si les critères applicables sont remplis, les réductions offertes par Hallmark Health peuvent être proposées aux patients ayant des besoins financiers avérés, soit en raison de leurs revenus limités, soit parce que leurs frais médicaux représentent une partie excessive de leurs revenus.

### II. Lexique

*Service des Urgences* : des services médicalement nécessaires résultant du déclenchement soudain d'une condition médicale, soit physique, soit mentale, qui se manifeste par des symptômes, y compris des douleurs sévères, d'une gravité telle que le manque d'attention médicale rapide pourrait raisonnablement être perçu par le non-initié prudent doté d'une connaissance moyenne en matière de santé et de médecine, comme mettant la personne ou une autre personne dans une situation périlleuse pour sa santé, ou entraînant un risque d'incapacité grave de la fonction corporelle ou de dysfonction d'un organe ou d'une partie du corps, ou, dans le cas de la femme enceinte, au sens de la loi 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Est qualifié de soin d'urgence tout examen médical et tout traitement de stabilisation d'une condition médicale urgente, y compris mais non limité à des soins hospitalisés ou tout service semblable fourni dans la mesure requise au sens de la Loi sur les Soins Médicaux d'Urgence et l'Accouchement (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)).

*Services Urgents* : des services médicalement nécessaires fournis à la suite du déclenchement soudain d'une situation médicale, physique ou mentale, qui se manifeste par des symptômes aigus d'une sévérité suffisante (y compris des douleurs sévères) pour que le non-initié prudent ne croie que le manque d'attention médicale dans les 24 heures puisse raisonnablement être présumée entraîner la mise en péril de la santé de la personne ou une incapacité grave de la fonction corporelle ou une dysfonction d'un organe ou d'une partie du corps. Les services urgents sont pourvus pour des conditions qui ne mettent pas la vie du patient en danger et ne posent pas de risque sérieux de préjudice grave à la santé de l'individu.

*Services Médicalement Nécessaires qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents* : des services qui ne répondent pas à la définition des Services des Urgences ou des Services Urgents, mais qui sont médicalement nécessaires. En général, mais non exclusivement, le patient prend rendez-vous par avance pour ces services.

*Services Non Médicalement Nécessaires* : une procédure, un examen ou un service qui n'a pas de conséquence pour la santé ou ne nécessite pas de soins des urgences ou urgents.

### III. Dispositions Générales

#### a. Les Entités Participants

Ce dispositif s'applique aux services fournis et facturés par l'Hôpital aux sites figurant dans l'Annexe A – Sites des Soins Hallmark Health, Entités Participants. Ce dispositif ne s'applique pas aux services fournis et facturés par les entités figurant dans l'Annexe B - Liste des Fournisseurs de Soins Affiliés à Hallmark Health, Entités Non Participants, même dans le cas où de tels services sont fournis dans les sites de l'Hôpital figurant dans l'Annexe A.

#### b. Les patients Hallmark Health Sous- et Non Assurés sont :

1. Les patients sans assurance santé (« non assurés ») ;
2. Les patients dont la seule « couverture » est celle du Réseau de Protection de la Santé du Massachusetts [Massachusetts Health Safety Net] ;

## Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health

3. Les patients qui ont des arriérés parce qu'ils ont « épuisé » les bénéfices de leur police d'assurances ; ou
  4. Les patients qui ont des arriérés pour cause de services « non couverts » pour lesquels l'assurance a déterminé que les des charges relatives aux services exclus incombent au seul patient. Ceci inclut également des services pour lesquels l'assureur a refusé la couverture en raison de la limitation du réseau de l'assureur ;
- c. Les Obligations du Patient :
- i. Le patient a un certain nombre d'obligations à respecter afin de se qualifier pour une assistance de l'Hôpital sous ce dispositif, dont ;
    1. Une obligation d'obtenir et de maintenir une assurance santé, si l'assurance accessible leur est possible ;
    2. Une obligation de faire la demande d'inscription à tout programme gouvernemental d'assurance pour lequel ils pourraient être éligibles ;
    3. Une obligation de fournir, dans des délais convenables, tous justificatifs de salaires et autres sources de revenus, d'identité, et de résidence requis pour s'inscrire à la couverture de l'Etat et/ou de compléter la Demande d'Assistance Financière de Hallmark Health ;
    4. Une obligation de maintenir informé l'Hôpital des informations portant sur la résidence et les assurances, et ;
    5. L'obligation de régler toute somme due dans les délais convenus.
- d. L'Assistance Financière et Conseil de Hallmark Health :
- i. Les Coordinateurs d'Assurance suivent de manière proactive les patients identifiés comme sous- et non assurés et pour lesquels des services ont été programmés. Ils coordonnent également les rendez-vous entre les patients et les Conseillers Financiers de Hallmark Health afin de discuter des options d'assistance financière.
  - ii. Les patients sont aussi orientés vers des Conseillers Financiers par les services de Hallmark Health.
  - iii. Les Conseillers Financiers évaluent les patients afin de déterminer leur éligibilité aux assurances publiques et/ou privées.
    1. Hallmark Health évalue les patients afin de déterminer leur éligibilité aux programmes fédéraux et ceux de l'état. Pour être éligible aux réductions sous ce dispositif, les patients pourront être contraints à s'inscrire à une variété de dispositifs fédéraux ou de l'état, y compris mais non limité à MassHealth et/ou Medicare
    2. Si le patient répond aux critères d'éligibilité des assurances publiques, les Conseillers Financiers le guideront dans les démarches d'inscription et l'y soutiendront à chaque fois que cela est possible.
    3. Si le patient ne répond pas aux critères d'éligibilité aux assurances publiques (c.à.d., selon leur Seuil Fédéral de Pauvreté [« SPF »], leur statut d'immigré, etc.) ou si l'accès aux programmes publics disponibles lui est refusé, ou si le programme public ne couvre pas l'intégralité des coûts du patient, les Conseillers Financiers recommanderont des options de couverture privée et en évalueront l'éligibilité du patient sous le Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (voir la [Section IV](#) ci-dessous).

## IV. Les Dispositifs de Réduction des Frais des Patients Hallmark Health

- a. Hallmark Health propose aux patients les dispositifs de réduction des frais suivants:
- i. Réduction pour Patients à Revenus Faibles, telle que qualifiés par les seuils SPF de Hallmark Health ([voir Section IV\(g\)](#)).
  - ii. Réduction pour Frais Médicaux Conséquents, telle que qualifiés par les seuils de Hallmark Health ([voir Section IV\(h\)](#)).
  - iii. Les Réductions pour les Patients sous- et non assurés ([voir Section IV\(i\)](#)).

Les réductions offertes sous ces dispositifs peuvent être accordées à tous les soldes, avec une part revenant au patient, correspondant aux seuils déterminés par Hallmark Health dans l'Annexe C : Montants des Réductions pour Assistance Financière de Hallmark Health, à l'exclusion des tickets modérateurs, des franchises, et des coassurances. Si les patients sont éligibles à plusieurs dispositifs de réduction, le dispositif offrant la plus importante réduction sera accordé.

Aucune réduction ne sera accordée sur la base d'une relation éventuelle entre le patient ou sa famille et un employé de l'Hôpital ou un membre du conseil d'administration. Aucune réduction ne sera accordée à titre d'une quelconque considération de « courtoisie professionnelle » pour un clinicien ou sa famille. Aucune réduction ne sera accordée à titre d'incitation aux patients à bénéficier des services ou à être liés d'une manière quelconque à la génération d'activités professionnelles payables par un dispositif fédéral de soins, ni ne sera monnayable contre des biens ou des services fournies par l'Hôpital ou par un autre entité Hallmark Health (y compris des remises à la boutique de cadeaux ou à la cafétéria, etc.).

## Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health

### b. Dossier de Demande et Procédure d'Évaluation :

- i. Les Patients doivent déposer un dossier de Demande d'Assistance Financière Hallmark Health (voir Annexe D) ainsi que les pièces justificatives nécessaires afin d'être pris en considération pour l'assistance. Les pièces justificatives peuvent inclure, mais ne sont pas limitées à, des attestations (1) d'un revenu annuel du ménage (fiches de paie, relevé de paiements des cotisations à la sécurité sociale, et une lettre de l'employeur, des déclarations des impôts, ou des relevés bancaires), (2) de citoyenneté et d'identité, (3) du statut d'immigré pour les non citoyens (le cas échéant), (4) les avoirs des individus âgés de 65 ans et plus, et (5) des informations portant sur l'assurance, y compris la couverture et les limitations de réseau. Toutes les pièces justificatives doivent être transmises dans les trente (30) jours de l'envoi initial du dossier de demande pour être prises en considération par l'Hôpital.
- ii. Des dossiers confidentiels pourront être transmis à l'Hôpital pour les mineurs et les personnes abusées. De tels individus devraient contacter des Conseillers Financiers.
- iii. Hallmark Health ne prend pas en compte les déterminations précédentes d'éligibilité à l'assistance financière Hallmark Health lors de la prise de décision sur l'éligibilité d'un dossier de Demande d'Assistance Financière d'un patient.
- iv. Hallmark Health se réserve le droit de revoir l'éligibilité aux réductions tous les six mois.

### c. Approbation de Couverture :

- i. L'Hôpital avisera les patients par écrit des déterminations d'éligibilité au dispositif Hallmark Health. Référence : Annexe E- Avis de Détermination de l'Éligibilité au Dispositif Hallmark Health
- ii. L'Hôpital se réserve le droit de rejeter les dossiers si les pièces justificatives ne sont pas reçues en temps voulu.
- iii. Les appels aux déterminations d'éligibilité au dispositif peuvent être reconsidérées si le demandeur fournit à l'Hôpital des informations nouvelles.

### d. Seuils de Revenu des Patients :

- i. Pour les patients résidents des États-Unis, les SFP les plus récemment publiés pour le revenu familial total serviront de déterminant principal des réductions décrits dans la section IV(g) et la section IV(h).
- ii. Les patients qui ne sont pas des résidents des États-Unis et les résidents des États-Unis qui remplissent les critères de la section III(c) de ce dispositif mais qui ne correspondent pas les critères SFP qualifiantes pourraient prétendre à la Réduction pour Patients Sous- et Non Assurés telle que décrite dans la section IV(i) ci-dessous.
- iii. Tous les patients qui correspondent aux critères de la section III(c) de ce dispositif pourraient être éligibles à une Réduction pour Frais Médicaux Conséquents de Hallmark Health telle que décrite dans la section IV(h) ci-dessous.

### e. Services Éligibles :

- i. Ce dispositif est généralement limité aux services médicalement nécessaires fournis et facturés par Hallmark Health, y compris :
  1. Les Services d'Urgence
  2. Les Services Urgents, et
  3. Les Services Médicalement Nécessaires qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents.

### f. Exclusions :

- i. Hallmark Health ne propose pas d'assistance financière pour des Services Non Médicalement Nécessaires puisque de tels services sont décidés par le médecin traitant. Des exemples de services qui ne sont pas éligibles à l'assistance financière de l'Hôpital incluent mais ne sont pas limités à : des services non médicaux (à savoir, des services sociaux, éducationnels, ou d'emploi ; la chirurgie esthétique, la recherche, ou autre). L'Hôpital est seul compétent pour déterminer quels services sont considérés comme éligibles aux termes de ce dispositif.
- ii. Hallmark Health n'offre en général pas de réductions aux patients pour des services Non des Urgences et Non Urgents pour lesquels le besoin en soins a été anticipé par le patient et ce dernier est venu d'un secteur de service hors de celui de Hallmark Health afin de recevoir des soins, alors que ces mêmes soins lui sont accessibles dans son propre secteur.
- iii. Les tickets modérateurs, les franchises et les coassurances ne sont pas couverts par ce dispositif.

### g. Réduction Hallmark Health pour Patients à Revenus Faibles

- i. Pour les patients résidents des États-Unis, les SFP les plus récemment publiés pour le revenu familial total serviront de déterminant principal. Les réductions basées sur le seul revenu sont généralement limitées à des patients ayant des niveaux de revenus familiaux de moins de 301% du SFP.

## Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health

- ii. Les patients dont les revenus atteignent ce seuil bénéficieront d'une réduction égale ou supérieure au taux du Montant Habituellement Facturés [« *Amount Generally Billed* » (AGB)] telle que préconisée dans la section IV(j) ci-dessous.
  - iii. La détermination de cette réduction incombe à Hallmark Health.
  - iv. Voir l'[Annexe C](#) et l'[Annexe D](#) pour plus de détails.
- h. Réduction Hallmark Health pour Frais Médicaux Conséquents
- i. Les Patients dont les revenus n'atteignent pas des seuils SFP suffisants pour être éligibles à la Réduction Hallmark Health pour Patients à Revenus Faibles seront éventuellement éligibles à une réduction s'ils démontrent que leurs dépenses médicales dépassent 20% de leur revenu familial. Ces dépenses doivent avoir eu lieu dans les 12 mois précédents et sont limitées aux dépenses qui pourraient potentiellement qualifier en tant que dépense au sens de la réglementation des services fiscaux (*Internal Revenue Service*).
  - ii. La détermination de cette réduction incombe à Hallmark Health.
  - iii. Voir l'[Annexe C](#) et l'[Annexe D](#) pour plus de détails.
- i. Réduction Hallmark Health pour Patients Sous- et Non Assurés
- i. Hallmark Health accordera une réduction aux patients de tous niveaux de revenus indépendamment des critères de résidence s'ils répondent aux critères des « Patients Sous- et Non Assurés » de la [section III\(b\)](#) ci-dessus et qui remplissent un Formulaire d'Assistance Financière Hallmark Health.
  - ii. Tous les patients sous- et non assurés qui remplissent les conditions de ce dispositif sont éligibles à une réduction de jusqu'à 40% sur les Services Éligibles si le règlement est effectué, ou un échéancier de paiement est consenti, dans les 30 jours de la date de la première facture.
    1. Pour les Services Non des Urgences et Non Urgents, le règlement doit être versé en entier, ou bien un échéancier consenti, avant la fourniture des services. Si les frais réels devaient dépasser les frais anticipés, le patient devra payer tout montant additionnel dans les 30 jours de la première facture.
      - a. Si le montant additionnel n'est pas réglé dans les temps, l'accord de réduction dans son totalité pourra être révoqué, au quel cas le patient sera facture pour le montant total.
    2. Pour les Services des Urgences ou des Services Urgents, le règlement doit être effectué, ou bien un échéancier consenti, dans les 30 jours de la date de la première facture.
  - iii. Lors de la décision d'accorder une réduction sous ce dispositif, Hallmark Health pourra vérifier si le patient est à jour de toutes les sommes dues.
- j. Bases de Calcul des Montants Facturés aux Patients :
- i. Une fois confirmé l'éligibilité du patient aux dispositifs de réduction prévus à la section IV(g) ou la section IV(h) ci-dessus, un patient ne sera pas facturé, pour les Services Éligibles, plus que le Montant Habituellement Facturé (« AGB ») par l'Hôpital.
  - ii. Hallmark Health détermine l'AGB en divisant d'abord les versements totaux par les charges totaux pour tous les services payants [« *Fee-For-Service* (FFS)] commerciaux et Medicare ainsi que les plans des soins gérés par Medicare [« *Medicare Managed Care Plans* »] pour l'ensemble de l'année fiscale précédents, afin de déterminer le facteur de paiement comptant [« *Payment on Account Factor* » (PAF)] pour l'année fiscale précédente. Ceci se fait en général au moins d'octobre quand les données les plus précises des plans d'assurance santé deviennent disponibles. La réduction minimum Hallmark Health pour les Patients à Revenus Faibles est égale à l'inverse du PAF de l'année fiscale précédente, qui elle est l'AGB.
  - iii. Par exemple, le calcul de l'AGB :
    1. Total des Règlements des plans commerciaux, Medicare FFS et Medicare Managed Care : \$150
    2. Total des Charges des plans commerciaux, Medicare FFS et Medicare Managed Care : \$350
    3. PAF : 42.28%
    4. AGB de Réduction Hallmark Health Patients à Revenus Faibles : 57.72%
  - iv. La Réduction Minimum Hallmark Health pour Patients à Revenus Faibles, qui est l'AGB, prend effet au 01/10/2016 à 57.72%. Celle-ci a été déterminée à partir des règlements de déclarations faites sous les plans commerciaux, Medicare FFS, et Medicare Managed Care pour la période du 01/10/2015 au 30/09/2016.

## V. Échéancier

Les plans de règlement sans intérêts des Services Éligibles seront offerts sur demande à tout patient qui remplit les critères prévues à la Section III(c) ci-dessus. L'accord final d'un échéancier est sujet à une revue détaillée de la situation du patient et de l'historique de ses règlements.

Hallmark Health traitera tous les échéanciers. Les échéanciers sont suivis par un vendeur externe. Le respect total des versements par le patient est attendu si un échéancier est accordé. Si le patient manque deux versements successifs, l'échéancier est annulé et l'Hôpital pourra placer le compte en Créances Irrécouvrables selon les procédures et les protections prévues dans la Politique de Crédit et de Recouvrement de l'Hôpital (disponible au <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>). Sur notification du patient d'une modification de situation financière, l'Hôpital pourra revoir la créance restante au patient.

- a. Les patients qui ont été qualifiés de Patient à Revenus Faibles ou qui sont éligibles aux facilités pour dépenses médicales conséquentes sous le dispositif du Réseau de Protection de la Santé du Massachusetts ne sont pas tenus de respecter les critères prévus dans la section III(c) avant que l'Hôpital ne propose un échéancier. Pour les patients HSN à revenus faibles ou les patients ayant des Dépenses Médicales Conséquentes ayant un solde de moins de \$1.000, un tel échéancier sera d'un minimum d'un an, dépourvu d'intérêts, et avec un versement minimum n'excédant pas \$25 / mois. . Pour les patients HSN à revenus faibles ou les patients ayant des Dépenses Médicales Conséquentes ayant un solde de \$1.000 ou plus, un tel échéancier sera d'un minimum de deux ans et dépourvu d'intérêts.

### VI. Défaut de paiement

L'Hôpital maintient une politique de Crédit et de Recouvrement qui recouvre les actions que l'Hôpital pourra prendre en cas de défaut de paiement et comprenant une liste de patients qui pourront être protégés de toute action de recouvrement sous les lois de l'état. Avant de procéder à tout recouvrement extraordinaire sous un tel dispositif, l'Hôpital fera un effort raisonnable de qualifier un patient pour une assistance financière sous ce dispositif, en avisant le patient par écrit ses dispositifs accessibles et en l'assistant à remplir le Formulaire de Demande d'Assistance Hallmark Health. La politique de Crédit et de Recouvrement de l'Hôpital est accessible au public sur le site web de l'Hôpital au <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

### VII. Publication et Diffusion du DAF

- a. Les coordonnées de Conseillers Financiers Hallmark Health, qui proposent des conseils et de l'assistance financiers, sont disponibles en ligne au <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html>.

- i. Pour prendre un rendez-vous téléphonique avec un Conseiller Financier, vous pouvez appeler le 781-338-7111.
- ii. Les bureaux des Conseillers Financiers Hallmark Health se trouvent aux adresses Hallmark Health suivantes :

1. Hôpital Melrose-Wakefield, 1er étage, près de l'entrée Porter Street au 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Hôpital Lawrence, près des Services des Urgences, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.

- b. Publication sur Internet

- i. En plus de leur disponibilité auprès des Conseillers Financiers Hallmark Health, les Politiques et Formulaires de Demande d'Assistance Financière Hallmark Health et un résumé en langage simple sont disponibles en ligne au <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

1. Cette page web peut aussi être consultée à partir du portail Hallmark Health (<https://www.hallmarkhealth.org/>) en cliquant sur « Patient/Visiteur – Conseils Financières et Facturation – Politiques d'Assistances Financière ».
2. Le site inclut également des moyens par lesquels les patients peuvent faire une demande d'assistance depuis l'Hôpital, dont une liste de Conseillers Financiers et un numéro de téléphone centrale pour prendre rendez-vous avec un conseiller financier. Le site web indique que les formulaires de demande et l'assistance financière sont gratuits.

- c. L'Hôpital publie à grande échelle la disponibilité de l'assistance financière sous ce dispositif, de la manière suivante :

- i. De grands panneaux (8" X 14") très visibles sont affichés dans tous les entrées et d'autres zones à fort trafic, y compris les Services d'Urgence, la Coordination Financière et le Service Clients.

## Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health

- ii. Des brochures en langage simple qui présentent la disponibilité des options d'assistance financière Hallmark Health sont mis à disposition aux Services des Urgences et les zones d'admission.
- iii. Le résumé en langage simple du DAF est distribué aux patients lors du processus d'admission et de sortie.
- iv. Des copies du dispositif DAF de l'Hôpital, du Formulaire de Demande, et du résumé en langage simple sont distribuées aux patients qui en font la demande en personne ou par voie postale et à tout patient qui a des questions spécifiques.
- v. Des versions dont le Dispositif d'Assistance Financière, le Formulaire de Demande d'Assistance Financière, et le Résumé en Langage Simple sont disponibles en anglais, chinois, espagnol, vietnamien, portugais, russe, grec, hindi, italien, créole et arabe.
- vi. Le staff du programme communautaire de l'Hôpital sont formés au DAF et ont reçu des consignes d'informer et de notifier leurs constituants communautaires de la disponibilité de l'assistance financière de Hallmark Health.

### VIII. Autres Provisions :

#### a. Créances Medicare Irrécouvrables :

- i. Ce dispositif peut également servir à vérifier l'indigence d'un patient afin de déterminer les sommes dues d'une coassurance ou une franchise pour des services couverts par Medicare quand une Créance Medicare Irrécouvrable est appliquée. Les déterminants seront le revenu actuel du patient ou leurs actifs déclarés. Pour se qualifier, le patient doit avoir un revenu de moins de 201% du SFP et des actifs de moins de \$10.000 pour le premier membre de la famille, avec \$3.000 en plus admis pour chaque membre additionnel. Les déterminations de l'actif n'incluront jamais la résidence principale ni le véhicule principal. Le dépôt par le patient du Formulaire de Demande d'Assistance Financière sera la preuve que le patient ne peut se servir d'un actif pour régler des créances impayées.

#### b. Evaluation au Cas par Cas

- i. Les patients sont encouragés de faire part de leurs situations financières particulières aux Conseillers Financiers ou aux services de comptabilité clients. Hallmark Health pourra prolonger les réductions au delà des provisions de ce dispositif, au cas par cas, afin de tenir compte de cas de difficulté financière particulière.
- ii. Les réductions existantes qui se prolongent au delà de ce dispositif peuvent recevoir l'approbation du Directeur des Services Financiers de l'Hôpital.

### IX. Validation du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration de Hallmark Health a validé le DAF Hallmark Health le 27 juillet 2017.



## Annexe A - Sites des Soins Hallmark Health, Entités Participants

Le dispositif d'assistance financière s'applique aux services fournis et facturés par Hallmark Health aux sites suivants :

1. Hôpital Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Hôpital Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
  - a. Centre de Soins Urgents de l'Hôpital Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Centre de Hématologie et d'Oncologie Hallmark Health System, 41 Montvale Avenue, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, et 5<sup>e</sup> Etages, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health au 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
  - a. Services de Réhabilitation de l'Hôpital Lawrence Memorial, Suites 105 et 106.
  - b. Services Communautaires de Soutien Psychologique, Suite 112.
  - c. Services Médicaux de l'Hôpital Lawrence Memorial, Suites 113, 114, et 116.
  - d. Family Medical Associates, Suites 213, 214, et 215.
5. Centre Communautaire de Soutien Psychologique, Centre de Soins Familiaux de Malden, 178 Savin Street, 2<sup>e</sup> Etage, Malden, MA 02148.
6. Centre de Imagerie Médicale pour Femmes « Health Image », 830 Main Street, 3<sup>e</sup> Etage, Melrose, MA 02176.
7. « Chem Center » Centre de Radiation Oncologique & IRM, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Polyclinique de Diagnostique et de Réhabilitation Hallmark Health, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
  - a. Centre de Soins d'Urgence de Reading, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Services de Réhabilitation de l'Hôpital Melrose-Wakefield, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

## Annexe B - Liste des Fournisseurs de Soins Affiliés à Hallmark Health, Entités Non Participants

Chacun de ces fournisseurs ou groupes de fournisseurs proposent des services au sein d'un site hospitalier ; cependant, leurs factures et frais ne sont pas couverts par le Dispositif d'Assistance Financier de Hallmark Health (« DAF »). Le DAF Hallmark Health ne couvre pas les services fournis et facturés par les entités affiliés à Hallmark Health dont les noms figurent ci-dessous :

1. Organisation des Médecins de Hallmark Health, Hallmark Health Medical Associates.
2. Hallmark Pathology, P.C.
3. Hallmark Imaging Associates, P.C.
4. Les Services dans lesquels les patients peuvent consulter un Fournisseur non couvert par le DAF sont : Cardiologie, Endocrinologie, Gastroentérologie, Radiologie/Hématologie/Oncologie, Maladies Infectieuses, Médecine Interne, Soins Obstétriques et Gynécologiques, Néphrologie, Podologie, Pneumologie, Rhumatologie, Médecine du Sommeil, Chirurgie, Urologie, Soins des Plaies.
5. Melrose-Wakefield Emergency Physicians, Inc.
  - a. Les Médecins des Services des Urgences Hallmark Health situés à l'Hôpital Lawrence Memorial au 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 et à l'Hôpital Melrose-Wakefield au 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
  - b. Les Médecins des Centres de Soins d'Urgences du Système Hallmark Health au 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 et 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Hospital Medicine Associates (Team Health).
  - a. Praticiens Hallmark Health au sein de l'Hôpital Lawrence Memorial au 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 et de l'Hôpital Melrose-Wakefield au 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Metropolitan Anesthesia.
8. Mystic Cardiology Associates, Inc., y compris le Dr. Conway, le Dr. Pladziewicz, et le Dr. Samenuk.
9. Mystic Medical Group, y compris le Dr. Weinstein.
10. UMS New England Lithotripsy.
11. Middlesex Cardiology Associates, Inc.
12. Tufts Medical Center Physicians Organization, Inc. (précédemment la New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Elliot.
14. Pediatrix.
15. Regional Home Care.

Tous les médecins et les associations de médecins en lien avec Hallmark Health, y compris ceux énumérés ci-dessus, sont encouragés, mais non pas obligés, de s'adhérer au dispositif d'assistance financière de Hallmark Health.

**Annexe C : Montants des Réductions pour Assistance Financière de  
Hallmark Health**

Personnes au Foyer	100% SFP		jusqu'à 300%	Plus de
1	\$12 060	\$18 090	\$36 180	\$36 181
2	\$16 240	\$24 360	\$48 720	\$48 721
3	\$20 420	\$30 630	\$61 260	\$61 261
4	\$24 600	\$36 900	\$73 800	\$73 801
5	\$28 780	\$43 170	\$86 340	\$86 341
6	\$32 960	\$49 440	\$98 880	\$98 881
7	\$37 140	\$55 710	\$111 420	\$111 421
8	\$41 320	\$61 980	\$123 960	\$123 961
Par personne > 8	\$4 180	\$6 270	\$12 540	\$12 541
<b>Réduction</b>		100%	58%	40%
<b>A régler par le Patient</b>		0%	42%	60%

SFP est définie par le Seuil Fédéral de la Pauvreté, publié en janvier 2017, tel que stipulé dans le journal officiel « *Federal Register* »



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

## Formulaire de Demande d'Assistance Financière

Hallmark Health est fier d'offrir les meilleurs soins à chaque patient. Hallmark Health propose, par le biais de son Dispositif d'Assistance Financière, une assistance financière aux patients qui ne sont pas en mesure de régler leurs soins d'urgence ou leurs soins médicalement nécessaires. L'Assistance Financière de Hallmark Health n'est pas destinée à couvrir des soins non urgents ou des soins qui ne sont pas liés aux urgences. Elle n'est pas non plus destinée à offrir des réductions des tickets modérateurs, des coassurances, ou des franchises.

Les patients qui en ont les moyens sont tenus de régler les services fournis par Hallmark Health. Cependant, une assistance financière vous est disponible. Les patients sont fortement encouragés à souscrire à tout dispositif public d'assurance santé, tels MassHealth ou le Réseau de Protection de la Santé, avant de faire une demande d'inscription au Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health. Ne pas souscrire à un dispositif d'assurance public dont vous êtes potentiellement éligible pourrait entraîner le retard ou le refus de votre souscription. Si vous avez besoin d'aide dans vos démarches de souscription aux dispositifs d'assistance gouvernementaux, prenez contact avec l'un des Conseillers Financiers Hallmark Health.

Pour être éligible aux dispositifs d'assistance financière, vous devez compléter entièrement ce Formulaire de Demande d'Assistance Financière.

### Instructions pour remplir ce formulaire

Remplissez soigneusement ce Formulaire de Demande d'Assistance Financière et joindre des photocopies des documents ci-dessous pour chaque demandeur. A défaut de renvoyer tous les documents dans les 30 jours, votre demande sera refusée. Prenez soin de ne joindre que des photocopies des documents à fournir car malheureusement nous ne pourrions pas les retourner.

- Compléter chaque section du formulaire qui vous est applicable et prenez bien soin de signer l'attestation à la page 4.
- Inclure une photocopie de votre permis de conduire ou d'une autre pièce d'identité avec votre photo, ou des documents justifiant de votre adresse de résidence actuelle. Toute pièce doit mentionner votre nom et votre adresse actuelle.
- Joindre une copie de votre (vos) carte(s) d'assuré.
- Joindre un justificatif de revenus.
  - Inclure une copie de votre (vos) formulaire(s) W2(s) ou vos fiches de salaire les plus récents (4 si rémunération hebdomadaire, 2 si rémunération bi-hebdomadaire)
  - Si vous avez connu un changement de revenu récent, joindre des pièces telles qu'une attestation de chômage, des relevés bancaires/d'investissement, des attestations de soins longue durée, ou des relevés de rente et/ou de retraite.
- Si le patient est décédé, veuillez fournir une copie du certificat de décès et une lettre attestant de la situation de la succession.

### Nos Conseillers Financiers :

Si vous avez besoin d'assistance pour remplir votre formulaire de demande, appelez le **781-338-7111** pour prendre rendez-vous avec l'un des Conseillers Financiers Hallmark Health. Les bureaux de nos conseillers se trouvent à l'Hôpital Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, au 1<sup>er</sup> étage près de l'entrée Porter Street, et à l'Hôpital Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue à Medford, près des Services des Urgences.

### Envoyez votre formulaire dûment rempli à :

Hallmark Health  
Financial Counselors  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

**Section 1 : Renseignements sur le Patient**

Nom du Patient :

Date de naissance du Patient :

N° SS du Patient :

N° de Tél. :

Adresse actuelle :

Ville :

Etat :

Code postal :

 Êtes-vous citoyen des Etats-Unis ?  OUI  NON

 Si NON, êtes-vous un résident permanent et légal des Etats-Unis ?  OUI  NON

**Renseignements sur le Demandeur (si différent du Patient ci-dessus)**

 Le demandeur est soit le patient, soit la **personne financièrement responsable** du patient.

Nom du Demandeur :

Adresse actuelle du demandeur :

Ville :

Etat :

Code postal :

N° de Téléphone du Demandeur :

**Renseignements sur le Foyer du Demandeur**

Enumérer toutes les personnes appartenant au foyer, leurs dates de naissance et leurs relations au demandeur. Une personne appartenant au foyer est un membre de votre famille ou une personne qui réside avec vous toute l'année en tant que membre de votre foyer et que vous déclarez en tant que dépendant sur votre déclaration des impôts.

**1<sup>er</sup> Membre du Foyer :**

Date de Naissance :

Relation au Patient :

**2<sup>e</sup> Membre du Foyer :**

Date de Naissance :

Relation au Patient :

**3<sup>e</sup> Membre du Foyer :**

Date de Naissance :

Relation au Patient :

**4<sup>e</sup> Membre du Foyer :**

Date de Naissance :

Relation au Patient :

**5<sup>e</sup> Membre du Foyer :**

Date de Naissance :

Relation au Patient :

**Section 2 : Renseignements sur l'Assurance Santé du Patient**
 OUI  NON Avez-vous fait une demande de Medicaid au cours des six (6) dernier mois ?

 OUI  NON Avez-vous une demande de Medicaid en attente ou approuvée ?

 OUI  NON Votre demande de Medicaid a-t-elle été refusée ?

 OUI  NON Avez vous une assurance santé ?

**Assurance santé primaire :**

Nom de l'Assureur :

Adresse de l'Assureur :

Numéro de la Police :

N° de Groupe :

Nom du Souscripteur :

Date de naissance du Souscripteur :

Relation au Souscripteur :

Employeur du Souscripteur :

Date de prise d'effet :

**Assurance santé complémentaire :**

Nom de l'Assureur :

Adresse de l'Assureur :

Numéro de la Police :

N° de Groupe :

Souscripteur :

Date de naissance du Souscripteur :

Relation au Souscripteur :

Employeur du Souscripteur :

Date de prise d'effet :

**Section 3 : Revenu Mensuel Brut et Actif**

Veillez compléter cette section portant sur les revenus et les actifs du patient et de chaque membre du foyer indiqué dans la Section 1 et qui travaille. Indiquez le revenu brut, à savoir, le revenu avant les prélèvements pour impôts et contributions.

	Patient	1er Membre du Foyer	2e Membre du Foyer	3e Membre du Foyer	4e Membre du Foyer	5e Membre du Foyer
Traitements/salaires/pourboires						
Indemnités de chômage						
Retraite (sécurité sociale)						
Pension alimentaire						
Revenus de l'activité indépendante, après déduction des dépenses						
Revenus d'intérêts/dividendes						
Pension						
Epargne Retraite /Actions/Obligations						
Revenu locatif						
Revenus fiduciaires						
Indemnités Accident de Travail						
Pension Militaire						

**Attestation de l'Absence de Revenus**

OUI  NON Si le revenu du foyer est zéro, y a-t-il quelqu'un qui vous soutient financièrement ?

Si vous avez répondu OUI et vous bénéficiez du soutien financier d'un tiers, veuillez les faire remplir et signer l'attestation ci-dessous.

(Nom du Patient) \_\_\_\_\_ ne dispose pas à l'heure actuelle de revenu. Je le/la soutiens avec de la nourriture, un logement et des vêtements au besoin. Je lui fournis également une aide financière pour un montant de \$ \_\_\_\_\_ en moyenne par mois.

Signature du pourvoyeur de soutien financier \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Actifs du Foyer**

Indiquer ci-dessous toutes informations sur vos comptes courants or d'épargne.

Type de Compte	Banques	Solde à la date du :

**Autres Actifs Comptables du Foyer**

Indiquer toutes informations dont vous disposez pour les comptes suivants.

Type de Compte	Banques	Solde à la date du :
Actions/Obligations		
Certificats de dépôt		
Obligations d'Epargne US		
Compte Epargne Santé		
Certificats d'Epargne		
Clubs de Noël ou de Vacances		
Autres		

**Section 4 : Dépenses médicales**

Cette section peut ne pas vous être applicable. Veuillez compléter cette section si vous avez des dépenses médicales conséquentes. Indiquez toutes les dépenses encourues chez Hallmark Health et d'autres fournisseurs de soins. Des justificatifs pourraient vous être demandés mais ne sont pas obligatoires actuellement.

Nom du Fournisseur	Dépenses Médicales Totales	Quelle est la fréquence de cette dépense ?
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle

**Section 5 : ATTESTATION– A SIGNER PAR TOUS LES DEMANDEURS**

Tous les demandeurs **DOIVENT** signer l'attestation ci-dessous pour que leur demande puisse être prise en compte.

Je, soussigné, atteste que les informations indiquées sur ce formulaire sont vraies, exactes et complètes au mieux de mes possibilités et de mes connaissances et croyances. Je m'engage à notifier Hallmark Health de tout changement de revenus, de ressources financières ou d'autres indications figurant sur ce formulaire qui pourrait affecter mon éligibilité à bénéficier d'une assistance financière de Hallmark Health. Je comprends que mon crédit et mes autres informations financières pourraient être contrôlés afin de vérifier cette attestation et mon éligibilité au dispositif. Je comprends que je dispose de trente (30) jours pour transmettre les justificatifs précis et nécessaires afin d'être pris en considération pour une réduction.

Les attestations frauduleuses du patient aux fins d'obtention d'une assistance financière seront transmises au Procureur de l'Etat du Massachusetts. Les patients qui falsifient la demande d'inscription au dispositif ne seront plus éligibles à bénéficier du dispositif et seront tenus de régler toutes les dépenses encourues pendant leur inscription au dispositif, rétroactivement au premier jour où ces dépenses ont été encourues sous ce dispositif.

Signature du Demandeur :

Date :

**ATTESTATION – APPLICABLE UNIQUEMENT DANS LE CAS OU LE/LA CONJOINT(E) DU DEMANDEUR EN FAIT LA DEMANDE**

Si le/la Conjoint(e) du Demandeur sollicite aussi une assistance financière, le/la Conjoint(e) du Demandeur doit également signer l'attestation ci-dessous pour être pris(e) en compte.

Je, soussigné, atteste que les informations indiquées sur ce formulaire sont vraies, exactes et complètes au mieux de mes possibilités et de mes connaissances et croyances. Je m'engage à notifier Hallmark Health de tout changement de revenus, de ressources financières ou d'autres indications figurant sur ce formulaire qui pourrait affecter mon éligibilité à bénéficier d'une assistance financière de Hallmark Health. Je comprends que mon crédit et mes autres informations financières pourraient être contrôlés afin de vérifier cette attestation et mon éligibilité au dispositif. Je comprends que je dispose de trente (30) jours pour transmettre les justificatifs précis et nécessaires afin d'être pris en considération pour une réduction.

Les attestations frauduleuses du patient aux fins d'obtention d'une assistance financière seront transmises au Procureur de l'Etat du Massachusetts. Les patients qui falsifient la demande d'inscription au dispositif ne seront plus éligibles à bénéficier du dispositif et seront tenus de régler toutes les dépenses encourues pendant leur inscription au dispositif, rétroactivement au premier jour où ces dépenses ont été encourues sous ce dispositif.

Signature du/de la Conjoint(e) du Demandeur :

Date :

## ANNEXE E



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Jour Mois Année [day, month, year]

[Lettre de Consentement – Réduction Partielle]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Merci d'avoir soumis votre dossier de demande d'assistance avec vos factures au titre du Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »). Nous avons examiné votre demande et vos pièces justificatives et avons déterminé, sur la base de vos revenus, que vous êtes éligible à des services aux frais réduits sous le Dispositif.

Selon nos calculs, vos revenus sont de \_\_\_\_\_ pour votre famille de \_\_\_\_\_ personnes, ce qui vous permet de payer seulement \_\_\_\_\_ de nos frais usuels. Les factures de \_\_\_\_\_ pour des services reçus par \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_/ sont ainsi ramenées à \_\_\_\_\_. Nous vous contacterons afin de vous aider à faire le nécessaire pour payer le solde de la facture et nous vous enverrons une facture détaillée sur votre demande. Veuillez noter que cette réduction sous ce Dispositif ne s'applique pas à un ticket modérateur, une coassurance ou une franchise quelconque et dont les montants resteront à votre charge.

Cet accord sera valable pour une période de six (6) mois. Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision et vous estimez être éligible à une réduction supplémentaire de vos charges, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone

Orig. 7/2017



## [Lettre de Consentement – Réduction de 100%]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Merci d'avoir soumis votre dossier de demande d'assistance avec vos factures au titre du Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »). Nous avons examiné votre demande et vos pièces justificatives et avons déterminé, sur la base de vos revenus, que vous êtes éligible à des services gratuits sous le Dispositif. Nous allons donc annuler les factures de \_\_\_\_\_ pour des services reçus par \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_/. Vous ne devriez plus recevoir de facture pour ces services.

Cet accord sera valable pour une période de six (6) mois. Si vous avez des questions, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Lettre de Révision – Réduction Partielle à Réduction de 100%]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Nous vous écrivons suite à notre détermination initiale du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, selon laquelle vous n'étiez éligible qu'à une réduction des frais sous le Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »). A votre requête, nous avons revue notre décision initiale par rapport à votre dossier et avons déterminé, sur la base de vos revenus, que vous êtes éligible à des services gratuits sous le Dispositif. Nous allons donc annuler les factures de \_\_\_\_\_ pour des services reçus par \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/. Vous ne devriez plus recevoir de facture pour ces services.

Cet accord sera valable pour une période de six (6) mois. Si vous avez des questions, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Lettre de Révision – Non-éligible Initialement à Réduction de 100%]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Nous vous écrivons suite à notre détermination initiale, selon laquelle vous n'étiez pas éligible à une assistance financière sous le Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »). A votre requête, nous avons revue notre décision initiale par rapport à votre dossier et avons déterminé, sur la base de vos revenus, que vous êtes éligible à des services gratuits sous le Dispositif. Nous allons donc annuler les factures de \_\_\_\_\_ pour des services reçus par \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_. Vous ne devriez plus recevoir de facture pour ces services.

Cet accord sera valable pour une période de six (6) mois. Si vous avez des questions, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone

Orig. 7/2017

[Lettre de Révision – Non-éligible Initialement à Réduction Partielle]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Nous vous écrivons suite à notre détermination initiale, selon laquelle vous n'étiez pas éligible à une assistance financière sous le Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »). A votre requête, nous avons revue notre décision initiale par rapport à votre dossier et avons déterminé, sur la base de vos revenus, que vous êtes éligible à des services aux frais réduits sous le Dispositif.

Selon nos calculs, vos revenus sont de \_\_\_\_\_ pour votre famille de \_\_\_\_\_ personnes, ce qui vous permet de payer seulement \_\_\_\_\_ de nos frais usuels. Les factures de \_\_\_\_\_ pour des services reçus par \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_/ sont ainsi ramenées à \_\_\_\_\_. Nous vous contacterons afin de vous aider à faire le nécessaire pour payer le solde de la facture et nous vous enverrons une facture détaillée sur votre demande. Veuillez noter que cette réduction sous ce Dispositif ne s'applique pas à un ticket modérateur, une coassurance ou une franchise quelconque et dont les montants resteront à votre charge.

Cet accord sera valable pour une période de six (6) mois. Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision et vous estimez être éligible à une réduction supplémentaire de vos charges, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone

[Lettre de Révision – La Décision Initiale est Maintenue - Réduction Partielle]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Nous vous écrivons suite à notre détermination initiale, selon laquelle vous n'étiez éligible qu'à une réduction des frais sous le Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »). A votre requête, nous avons revue notre décision initiale par rapport à votre dossier et avons déterminé, sur la base de vos revenus, que vous continuez à n'être éligible qu'à des services aux frais réduits sous le Dispositif.

Comme indiqué dans notre lettre de détermination initiale, les factures de \_\_\_\_\_ pour des services reçus par \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_/ sont ramenées à \_\_\_\_\_. Nous vous contacterons afin de vous aider à faire le nécessaire pour payer le solde de la facture et nous vous enverrons une facture détaillée sur votre demande. Veuillez noter que cette réduction sous ce Dispositif ne s'applique pas à un ticket modérateur, une coassurance ou une franchise quelconque et dont les montants resteront à votre charge.

Cet accord sera valable pour une période de six (6) mois. Si vous n'êtes toujours pas d'accord avec cette décision, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone

Orig. 7/2017

[Lettre de Révision – La Décision Initiale est Maintenue – Non-éligible]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Nous vous écrivons suite à notre détermination initiale, selon laquelle vous n'étiez pas éligible à une assistance financière sous le Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »). A votre requête, nous avons revue notre décision initiale par rapport à votre dossier et avons déterminé, sur la base de vos revenus, que vous n'êtes pas éligible à des services aux frais réduits sous le Dispositif.

Si vous n'êtes toujours pas d'accord avec cette décision, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone

[Lettre de Refus - Général]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Merci d'avoir soumis votre dossier de demande d'assistance avec vos factures au titre du Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »). Nous avons examiné votre demande et vos pièces justificatives et avons déterminé, sur la base de vos revenus, que vous n'êtes pas éligible à une réduction des frais sous le Dispositif.

Nous avons déterminé que vos revenus de \_\_\_\_\_, pour votre famille de \_\_\_\_\_ personnes, sont au-dessus de la limite de \_\_\_\_\_.

Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision ou si votre situation a changé, nous serons heureux de revoir votre demande à la lumière de toutes nouvelles informations que vous pourrez nous donner. Si vous avez des questions, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone

[Lettre de Refus – Demande Incomplète]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Merci d'avoir soumis votre dossier de demande d'assistance avec vos factures au titre du Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »). Nous n'avons pas reçu les pièces justificatives nécessaires au traitement de votre dossier et sommes donc dans l'obligation de refuser votre demande d'assistance.

Dès que vous aurez réuni les pièces justificatives obligatoires, nous vous encourageons de nous soumettre une nouvelle demande d'assistance financière. Si vous avez des questions, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone



[Lettre de Refus – Services Non-Couverts]

Jour Mois Année

Nom

Adresse

Ville, état, code postal

N° de compte patient :

Madame, Monsieur,

Merci d'avoir soumis votre dossier de demande d'assistance avec vos factures au titre du Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health (« le Dispositif »), que vous avez déposé le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Nous avons le regret de vous informer que les services dont vous avez bénéficié le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ sont considérés comme non médicalement nécessaires et ne sont donc pas couverts par l'assistance financier sous le Dispositif. Nous vous prions de nous remettre rapidement votre règlement afin d'éviter des moyens de recouvrement additionnels.

Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision, veuillez contacter le Conseiller Financier dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Cordialement,

Nom

Titre, Téléphone