

Tranquillité d'esprit pour le paiement

Avec résumé en langage clair de la Politique d'assistance financière

Merci d'avoir choisi Memorial Health System pour vos besoins en soins de santé. Nous vous invitons à consulter ces informations importantes concernant votre facture. Memorial Health System accepte la plupart des types d'assurance, notamment : Medicare, Medicaid, Worker's Compensation et certains plans d'Health Maintenance Organizations (HMO) et Preferred Provider Organizations (PPO). Toutes les demandes de remboursement seront adressées à votre compagnie d'assurance en votre nom. Aussi, veuillez suivre les étapes suivantes :

1. Présentez votre carte d'assurance et pièce d'identité avec photo les plus récentes.
2. Contactez votre compagnie d'assurance pour vérifier que votre traitement prévu peut bien être réalisé au sein d'un établissement Memorial Health System.
3. Fournissez toutes les informations demandées par votre compagnie d'assurance pour garantir un paiement rapide.
4. Payez votre quote-part ou votre partie de la facture de l'hôpital.
5. Si vous êtes sans assurance, contactez notre conseiller financier patients pour déterminer votre éligibilité à Medicaid. Veuillez également de consulter la section relative à l'assistance financière.
6. Si vous êtes couvert par une assurance, mais que vos revenus sont faibles, contactez notre conseiller financier patients pour déterminer votre éligibilité à Medicaid. Veuillez également de consulter la section relative à l'assistance financière présomptive.

Options de paiement

Memorial Health System accepte les modes de paiement suivants :

- Espèces ou chèque
- Cartes Visa, MasterCard ou Discover
- Paiements en ligne : DMHCares.com/dmh-mychart/
- Programmes de paiement approuvés

(Consultez le verso pour obtenir les coordonnées du service financier à destination des patients.)

Résumé en langage clair de la Politique d'assistance financière

Les services fournis doivent être médicalement nécessaires pour être éligibles à une assistance. Les services suivants ne sont pas inclus : services sociaux et services de réadaptation ; chirurgie esthétique électorale ; services qui auraient pu être fournis gratuitement dans un autre établissement ; et services qui auraient pu être payés par une tierce partie, mais dont le versement complet n'a pas été perçu, car le patient ne s'est pas inscrit ou n'a pas suivi les directives de l'organisme payeur.

Les patients sans assurance bénéficient automatiquement d'une remise sur les frais médicaux. Aucune somme ne sera facturée aux patients sans assurance pour les soins d'urgence et autres services médicalement nécessaires, en dehors des Sommes généralement facturées (Amounts Generally Billed, AGB) aux patients assurés. Veuillez contacter notre conseiller financier patients pour plus d'informations sur les AGB.

Les patients peuvent bénéficier de soins gratuits s'ils possèdent des justificatifs d'éligibilité présomptive. Les patients sont considérés comme présomptivement éligibles à une assistance financière s'ils réunissent une ou plusieurs des conditions suivantes (l'assistance étant réservée aux patients non assurés, sauf mention contraire) :

- Sans-abrisme*
- Personne décédée sans patrimoine*
- Incapacité mentale, sans tiers pour agir au nom du patient
- Éligibilité à Medicaid, mais pas à la date des services ou pour des services non couverts*
- Faillite personnelle récente*
- Incarcération dans un établissement pénitentiaire
- Affiliation avec un ordre religieux et vœu de pauvreté
- Inscription au programme Temporary Assistance for Needy Families (TANF)*

suite ►

- Inscription au programme Rental Housing Support Program de l'IHDA (Illinois Housing Development Authority)*
- Inscription au programme Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC)*
- Inscription au programme Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)*
- Inscription au programme Illinois Free Lunch and Breakfast Program
- Inscription au programme Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)*
- Inscription à un programme communautaire offrant un accès aux soins de santé et dont l'éligibilité dépend de l'évaluation et de la documentation de revenus faibles
- Perception de subventions pour des services médicaux

**Les patients assurés peuvent bénéficier d'une assistance à 100 % en cas de revenus inférieurs à 300 % du seuil fédéral de pauvreté. Les demandes doivent être soumises avec toute la documentation demandée, y compris un justificatif pour une de ces catégories présomptives.*

Toute remise au-delà de celles destinées aux patients non assurés et à l'assistance présomptive doit faire l'objet d'une demande particulière. Memorial Health System offre une assistance partielle ou totale en fonction des revenus et des biens du patient à l'origine de la demande. Pour les patients non assurés pouvant bénéficier d'une assistance partielle, le montant maximum qui sera prélevé sur une période de 12 mois est égal à 25 % du revenu annuel brut de la famille.

Les patients doivent être éligibles au programme d'assistance financière. L'éligibilité est basée sur les critères suivants, sans toutefois s'y limiter :

1. Le patient doit coopérer lors du processus de demande, par exemple pour l'inscription à Medicaid, en fournissant les pièces justificatives demandées.
2. Les patients non assurés dont le revenu familial est inférieur à 300 % du seuil fédéral de pauvreté sont éligibles à une assistance complète. Un récapitulatif des directives liées aux revenus et des remises possibles est disponible sur notre site Web ou sur demande.
3. Les patients non assurés et dont le revenu familial est supérieur à 301 % du seuil fédéral de pauvreté pourront éventuellement bénéficier d'une assistance partielle sur dossier.
4. Si des factures médicales entraînent un fardeau financier excessif, l'administration de Memorial Health System peut accorder son assistance au cas par cas.

Les patients qui souhaitent bénéficier d'une assistance doivent envoyer une demande et fournir des informations supplémentaires, notamment les éléments suivants :

- Dernière déclaration de revenus fédérale avec annexes et formulaires W-2
- Talons de chèque de paie/allocation chômage (les deux plus récents) ou relevé de salaire par écrit en provenance de votre employeur
- Relevé mensuel de prestations de sécurité sociale
- Formulaire d'approbation/refus d'assistance de l'Illinois Department of Public Aid
- Relevés de compte chèque/épargne/investissement (deux derniers mois)
- Documentation supplémentaire sur demande

Notre conseiller financier patients est disponible pour aider les patients à réaliser leur inscription.

Une copie gratuite de la Politique d'assistance financière de Memorial Health System, du formulaire de demande et du récapitulatif des directives liées aux revenus et des remises possibles est disponible, en anglais et en espagnol, par les moyens suivants :

1. Visiter DMHCares.com/patient-and-visitor-information/financial-assistance/
2. Envoyer une demande par e-mail à l'adresse suivante : DMHFinancialAssistance@mhsil.com
3. Contacter un responsable d'accès patients aux points d'inscription.
4. Visiter notre bureau des services financiers aux patients situé au 2300 N. Edward St., Decatur, IL 62526, ouvert du lundi au vendredi, de 8 h 15 à 16 h 15.
5. Envoyer une demande par courrier à l'adresse suivante :
Decatur Memorial Hospital
Attn: Patient Financial Services
2300 N. Edward St.
Decatur, IL 62526

Coordonnées

Lundi au vendredi | 8 h 15 à 16 h 15

Services financiers aux patients et Assistance financière :

217-876-3785

DMHFinancialAssistance@mhsil.com