

## Informations sur la demande d'aide financière d'UPMC

UPMC propose aux personnes et aux familles admissibles à une aide financière pour le paiement des soins médicaux dispensés par les établissements UPMC ou les médecins affiliés à UPMC. Cette aide peut prendre la forme, en fonction des besoins financiers du bénéficiaire, d'une réduction ou d'une exemption du paiement des soins.

### **Vous pouvez être admissible à cette aide si vous :**

- êtes sous ou non-assuré
- n'avez pas droit aux aides publiques (par exemple Medicare ou Medicaid)
- pouvez prouver que vous êtes dans le besoin
- êtes hospitalisé dans le service de soins primaires du prestataire UPMC
- fournissez à UPMC les informations requises sur la situation financière de votre foyer
- êtes tenu d'acquitter des factures médicales dont le montant dépasse vos capacités de paiement, telles que définies dans les directives d'UPMC

### **Détail du processus de demande**

Veillez suivre les étapes suivantes pour demander l'aide financière d'UPMC :

- Remplir le formulaire de demande d'aide financière d'UPMC joint à ce dossier.
  - > Inclure les documents justificatifs énumérés dans la liste de contrôle.
  - > Veuillez noter que vous devez d'abord vous assurer que vous n'avez pas droit à certains types de prestations d'assurance susceptibles de couvrir le paiement de vos soins (notamment l'indemnisation des accidents du travail, l'assurance automobile ou Medical Assistance). Nous pouvons vous aider à trouver les bonnes ressources pour ces aides.
  - > Nous examinerons ensuite vos revenus et la taille de votre famille pour déterminer quel niveau d'aide vous accorder. Nous utilisons une échelle dégressive basée sur les directives fédérales en matière de pauvreté.
- Nous vous contacterons pour vous dire si vous êtes ou non admissible à l'aide financière d'UPMC.
- Nous pouvons vous aider à établir un échéancier de paiement pour les sommes ou les factures restantes non couvertes par l'aide financière UPMC.

### **Dépôt de votre demande**

**Veillez envoyer par courrier votre formulaire de demande dûment rempli ainsi que les copies de vos justificatifs de revenus à :**

#### **UPMC Financial Assistance**

Quantum Building  
2 Hot Metal St.  
Pittsburgh, PA 15203

**Les patients du Kane Community Hospital et de l'UPMC Jameson peuvent envoyer leur demande et leurs justificatifs à l'adresse ci-dessous :**

#### **Kane Community Hospital**

4372 Route 6  
Kane, PA 16735

#### **UPMC Jameson**

À l'attention de : Billing Office 1211 Wilmington Rd.  
New Castle, PA 16105

Si vous avez une quelconque question, veuillez appeler le numéro gratuit, **1-800-371-8359**, option **2**. Vous pouvez également obtenir plus d'informations sur Internet en consultant **UPMC.com/PayMyBill**.

# Aide financière d'UPMC – Liste de contrôle des documents requis

Votre demande devra inclure les copies de tous les documents suivants applicables à votre cas. Dans la mesure où UPMC ne pourra pas vous retourner les documents transmis avec la demande, veuillez joindre des copies et non des originaux. L'absence d'un document, quel qu'il soit, retardera le traitement de votre demande.

## Si vous disposez de sources de revenus ou de biens tels que :

- Traitements, salaires, pourboires
- Revenu d'entreprise
- Revenu de sécurité sociale
- Revenu de pension ou de retraite
- Dividendes et intérêts
- Rentes et redevances
- Indemnités de chômage
- Revenu d'assurance accident
- Pensions alimentaires et prestations compensatoires
- Décisions de justice
- Argent comptant, comptes bancaires ou comptes de dépôt du marché monétaire
- Certificats de dépôt échus, fonds communs de placement, obligations ou autres placements facilement convertibles pouvant être encaissés sans pénalité

## Joignez un justificatif des revenus de votre foyer. Ces justificatifs pourront inclure :

- Avis d'approbation ou formulaire 1099 de la sécurité sociale
- Avis d'approbation de vos indemnités de chômage ou d'accident du travail
- Bulletins de paie des 3 derniers mois
- Le plus récent formulaire 1040 de l'IRS et les tableaux correspondants
- Si vous êtes travailleur indépendant, vous devez joindre une déclaration de revenus complète ainsi que le tableau C et/ou un compte de résultat
- Relevés de banque/de fonds commun de placement, comptes de dépôt du marché monétaire, tableaux d'évaluation, obligations, etc. (relevés des 3 derniers mois)
- Lettres de prise en charge
- Autres revenus tels que les revenus provenant de fonds fiduciaires, de fondations caritatives, etc. (relevés des 3 derniers mois)

## Si vous n'avez aucune source de revenus :

- Si vous n'avez aucune source de revenus, veuillez nous envoyer une lettre de prise en charge. La personne assurant votre prise en charge devra signer la lettre.

## Lettre de refus de Medical Assistance

- Avant que nous puissions accepter votre demande, vous devez d'abord faire une demande à Medical Assistance et envoyer une copie de votre lettre de refus.

## Votre formulaire de demande d'aide financière dûment signé et complété

- Veuillez remplir toutes les parties du formulaire applicables à votre cas. Veuillez noter que chaque patient souhaitant obtenir l'aide financière devra remplir une demande distincte.

# Aide financière d'UPMC – Formulaire de demande

Nom du patient:	
Date de naissance du patient:	Numéro de sécurité sociale du patient:
Adresse:	
Ville:	État:
Code postal:	Comté:
Numéro de téléphone (heures de bureau):	
Numéro de téléphone alternatif:	
Nom de l'employeur:	Nom de l'employeur du conjoint:

**Prestations demandées :** Cochez les prestations pour lesquelles vous demandez une aide financière :

Ces prestations seront fournies par (cochez toutes les cases applicables):

Hôpitaux et cliniques d'UPMC       Division des prestations médicales d'UPMC       Centres de lutte contre le cancer d'UPMC

Si vous avez déjà reçu une facture, veuillez nous indiquer votre identifiant de compte ou de patient: \_\_\_\_\_

Possédez-vous une assurance santé?  Oui       Non

Avez-vous fait une demande à Medical Assistance durant les 6 derniers mois?  Oui       Non

> Si oui, veuillez joindre la copie de la lettre de refus.

**Informations sur le foyer :** Énumérez TOUS les membres de votre foyer, y compris les personnes à charge, figurant sur votre formulaire IRS 1040 le plus récent.

Noms	Relation avec le patient	Âge

Nombre total de membres du foyer (patient y compris): \_\_\_\_\_

**Revenus mensuels du foyer :** Indiquer vos revenus mensuels ainsi que les revenus mensuels des autres membres de votre foyer. Veuillez joindre les copies de vos justificatifs de revenus (cf. liste de contrôle de la documentation requise)

Revenus mensuels bruts	Personnels	Conjoint et/ou autre membre du foyer
Salaire/travail indépendant	\$	\$
Sécurité Sociale	\$	\$
Revenu de pension ou de retraite	\$	\$
Dividendes et intérêts	\$	\$
Rentes et redevances	\$	\$
Chômage	\$	\$
Indemnisation des accidentés du travail	\$	\$
Pensions alimentaires et prestations compensatoires	\$	\$
Argent comptant	\$	\$
Comptes bancaires	\$	\$
Comptes du marché monétaire	\$	\$
Autres revenus	\$	\$
<b>Total des revenus familiaux mensuels</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**Autres commentaires :**

**Clause de non-responsabilité :** j'ai bien compris que les informations que je communique ne seront utilisées qu'en vue de déterminer ma responsabilité financière eu égard aux sommes dues à UPMC (soins de santé incluant les prestations médicales et hospitalières). J'ai bien compris que les documents envoyés pour justifier mes biens et mes revenus ne me seront pas retournés. J'ai aussi bien compris que les informations communiquées concernant mes revenus familiaux annuels et la taille de ma famille feront l'objet d'une vérification de la part d'UPMC et notamment, si besoin est, d'une demande d'informations financières auprès des employeurs, banques et autres organismes que j'aurai indiqués dans cette demande. Enfin, j'ai bien compris que s'il est attesté qu'une quelconque information fournie se révèle mensongère, l'autorisation d'aide financière pourra être annulée et je serai tenu au paiement intégral de toutes les sommes dues.

Ma signature autorise UPMC à vérifier toutes les informations communiquées dans ce formulaire. J'atteste qu'à ma connaissance toutes les informations fournies ci-dessus sont exactes et véridiques.

Signature: \_\_\_\_\_

Relation au patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_