

## Des soins de qualité à un coût abordable !

La réduction des honoraires variables peut contribuer à rendre les soins que votre famille et vous recevez chez Equitas Health plus abordables. Ladite remise est tributaire du nombre de personnes que compte votre ménage, de votre statut sérologique ainsi que de vos revenus annuels.

### Quels sont les services touchés par la réduction des honoraires variables ?

**Les remises réduisent le coût de nombreux services de Equitas Health. Il s'agit :**

- Des séances de consultations individuelles ou en groupe
  - Des visites chez votre fournisseur de premiers soins et votre dentiste
  - Des analyses de laboratoire (tests sanguins)\*
  - De vos ordonnances\*
- \*Des restrictions s'appliquent*

**La réduction n'influe pas sur le coût des services fournis par d'autres prestataires. Il s'agit notamment :**

- De quelques analyses de laboratoire
- De certaines ordonnances
- Des couronnes dentaires
- De certaines radiographies

### Combien pourrais-je percevoir tout en bénéficiant de la réduction ?

- Au cas où vous ne seriez pas séropositif, vos revenus annuels doivent être inférieurs à 200 % ou à deux fois le seuil de pauvreté fédéral.
- Au cas où vous seriez séropositif, vos revenus annuels doivent être inférieurs à 500 % ou à cinq fois le seuil de pauvreté fédéral.

### Quel est le seuil de pauvreté fédéral ?

De nombreux programmes gouvernementaux visant à réduire le coût des soins de santé prévoient des plafonds de revenus. Les personnes qui gagnent davantage que ce seuil ne sont pas éligibles à de tels programmes. Chaque année, le gouvernement américain définit ces limites, qu'il qualifie de seuil de pauvreté fédéral (Federal Poverty Guidelines).

### Que se passe-t-il si ma famille s'agrandit ou si mes revenus changent ?

Equitas Health et vous examinerez votre rabais tous les six (06) mois, ou à chaque fois que vos revenus ou l'effectif de votre famille change. Il vous faudra transmettre une preuve de vos revenus à Equitas Health tous les six (06) mois.

### Que se passe-t-il si mon statut sérologique change ?

Informez votre conseiller financier lorsque le résultat de votre test VIH est positif. Ils actualiseront votre dossier et passeront en revue les autres réductions et financements susceptibles de couvrir vos soins.

## Demande

Les réponses aux questions de ce formulaire nous aideront à déterminer le montant de la réduction que vous pouvez obtenir pour nos services.

### Je suis à la recherche :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De premiers soins médicaux    | <input type="checkbox"/> De la prophylaxie post-exposition (PPE)<br>(J'ai été exposé au VIH)  | <input type="checkbox"/> Des groupes de soutien        |
| <input type="checkbox"/> De soins médicaux pour le VIH | <input type="checkbox"/> De la prophylaxie pré-exposition (PrEP)<br>(De la prévention du VIH) | <input type="checkbox"/> Des soins dentaires           |
| <input type="checkbox"/> Du test de dépistage du VIH   |   | <input type="checkbox"/> De la psychiatrie             |
| <input type="checkbox"/> Du test de dépistage des IST  |   | <input type="checkbox"/> Consultation en santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Des soins sexo-spécifiques    |   |  |

Date du jour :        /        /			
Comment devrions-nous vous appeler ?	Prénom :	Nom :	
Nom légal (obligatoire)	Prénom :	Initiale du deuxième prénom :	Nom :
Date de naissance Mois/Année/Jour :		Numéro de sécurité sociale :	
Disposez-vous d'une assurance maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>La remise n'est pas compatible avec certains régimes d'assurance.</i>		Statut matrimonial : <input type="checkbox"/> Célibataire En couple Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) Séparé(e)/Veuf (ve)	
Quel type d'assurance médicaments avez-vous ? <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Aucune		Gestionnaire de dossiers chez Equitas Health (le cas échéant)	
Rue :		Apt. Numéro :	
Ville :		État :	Code Zip :
Mon logement est : <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Je suis sans-abri		Chez Equitas Health, nous estimons nécessaire de communiquer avec vous. À cet effet, Equitas Health pourrait adresser des courriels à l'adresse mentionnée ci-dessus.	
Numéro de téléphone Téléphone mobile : _____ Domicile : _____ Professionnel : _____ <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des messages.		Portail du patient Le moyen le plus sûr de communiquer avec nous consiste à passer par notre portail patient. Veuillez vous identifier et fournir votre adresse électronique pour en obtenir l'accès.  Courriel : _____ <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des courriels.	
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme transgenre <input type="checkbox"/> Femme transgenre <input type="checkbox"/> Queer/non-binaire <input type="checkbox"/> _____	Sexe attribué à la naissance : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Intersexe _____  Vous identifiez-vous comme transgenre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pronoms genrés : <input type="checkbox"/> Il/lui <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Ils/eux/leurs _____	<input type="checkbox"/> Orientation sexuelle : <input type="checkbox"/> Lesbienne, gay, homosexuel <input type="checkbox"/> Hétérosexuel(le) <input type="checkbox"/> Bisexuel(le) <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> _____

**Informations sur votre ménage**

Le nombre de personnes composant votre « ménage » nous permettra de déterminer le montant de votre réduction.

**Voici les personnes appartenant à votre « ménage » :**

- Les enfants légitimes
- Un(e) partenaire enregistré(e)
- Un conjoint marié (mari ou femme)
- Les personnes légalement à charge

**Utilisez le tableau ci-dessous pour dresser la liste des membres de votre ménage.**

	Nom des membres du ménage (y compris vous)	Date de naissance	Lien avec vous
	Exemple : Antoine Anderson	01/01/09	Fils
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Dénombrez les personnes inscrites dans le tableau ci-dessus et indiquez ce nombre ici :

**Cela correspond au total des membres de votre ménage. Vous aurez besoin de ce nombre plus tard lorsque vous utiliserez le calculateur de rabais destinés aux frais de scolarité.**

**Revenus annuels de votre ménage**

Les revenus annuels de votre ménage correspondent au montant que les membres de votre ménage et vous-même percevez chaque année.

**Dans le tableau ci-dessous :**

1. Inscrivez dans la colonne « Montant » la somme en dollars de TOUS les revenus que les membres de votre ménage et vous-même percevez chaque année.
2. Additionnez tous les chiffres de la colonne « Montant ». Ce chiffre correspond à la somme de vos revenus annuels.
3. Inscrivez le total de vos revenus annuels dans la case située à côté de la flèche.

Type de revenu	Montant
Rémunération/salaires perçus avant impôts	
Revenu des activités commerciales, du travail indépendant et des personnes à charge	
Pension alimentaire pour enfants/conjoint	
Retraite ou pension, allocations d'ancien combattant, prestations de survivant	
Sécurité sociale (SSI/SSDI/SSA)	
Chômage	
Indemnisation pour travailleurs	
Intérêts de l'épargne/des fiducies/des successions, dividendes des investissements, revenus locatifs	
Revenu de l'emploi temporaire	
Assistance sociale (carte SNAP-EBT)	
Aide financière extérieure au ménage	
Toute autre source de revenus que votre famille utilise pour vivre	
Somme des revenus annuels <span style="float: right;">—————→</span>	\$

**Ce chiffre correspond à la somme de vos revenus annuels. Vous aurez besoin de ce nombre plus tard lorsque vous utiliserez le calculateur de rabais destinés aux frais de scolarité.**

REMARQUE : Vous devrez nous fournir des copies des déclarations de vos revenus, des fiches de paie ou tout autre document indiquant les revenus de toutes les personnes de votre ménage avant que nous n'approuvions votre rabais.

Nom légal (en lettres capitales) \_\_\_\_\_

Nom légal Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom choisi (en lettres capitales) \_\_\_\_\_

Nom choisi Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

CETTE PAGE EST RÉSERVÉE À L'USAGE DU BUREAU					
Revenu annuel du patient :		Effectif de la famille du patient :		% FPL du patient :	
Assurance de l'ordonnance :		Type du patient :			
Revenu annuel x		% des frais =		Plafond annuel	
LISTE DE VÉRIFICATION					
Identification/Adresse : Permis de conduire, facture d'électricité, carte d'identité professionnelle ou autre <input type="checkbox"/>					
Revenu : Déclaration d'impôts de l'année précédente, deux derniers bulletins de salaire, ou autre <input type="checkbox"/>					
Assurance : Cartes d'assurance <input type="checkbox"/>					
Factures/reçus d'hôpital <input type="checkbox"/>					
APPROBATION					
Catégorie d'assistance :	<input type="checkbox"/> Catégorie 0 (taxe nominale) <input type="checkbox"/> Catégorie 1 <input type="checkbox"/> Catégorie 3 <input type="checkbox"/> Catégorie 4		Catégorie 2 <input type="checkbox"/> Catégorie RW		
Copaiement pour le médecin :		Copaiement pour les soins de santé mentale :		Copaiement pour les soins de santé mentale :	
Type d'assurance pour l'ordonnance :	<input type="checkbox"/> ECare	<input type="checkbox"/> EPAP100 <input type="checkbox"/> EPAP50	<input type="checkbox"/> MOU100 <input type="checkbox"/> MOU50	<input type="checkbox"/> SS80%C <input type="checkbox"/> SS60%C <input type="checkbox"/> SS40%C <input type="checkbox"/> SS20%C	
Copaiement pour la liste des médicaments sur ordonnance pour 30 jours :		Copaiement pour la liste des médicaments sur ordonnance pour 90 jours :			
Date de début :		Date de fin :			
Approuvé par :					
Signature :	X	Date :			

1. La réceptionniste ou le conseiller financier vous assistera dans le calcul des frais.
2. Le revenu brut ajusté ou le revenu brut peut être utilisé pour vérifier les revenus. Le revenu brut ajusté peut s'avérer avantageux pour les patients dont la déclaration d'impôt sur le revenu comporte des ajustements importants.
3. L'éligibilité au programme et au rabais reposent sur les revenus et sur le seuil de pauvreté fédéral (Federal Poverty Level - FPL) de l'année en cours.
4. Les patients non séropositifs sont éligibles si leur niveau de pauvreté est inférieur ou égal à 200 %.
5. Aucune réduction n'est accordée au-delà de 200 % du seuil de pauvreté.
6. Afin de ne pas décourager les personnes en quête de services en raison de leur incapacité à payer, le programme utilisera une échelle tarifaire mobile avec des tarifs raisonnables pour chacun des principaux services de premiers soins.
7. La réceptionniste ou le conseiller financier remettra un exemplaire à chaque patient.
8. Equitas Health accepte les paiements échelonnés.
9. Le patient doit s'efforcer de payer le jour de la fourniture des services.

## Fonds Ryan White pour les personnes séropositives

Le Ryan White CARE Act est un programme gouvernemental. Les fonds Ryan White financent de nombreux services d'Equitas Health destinés aux personnes séropositives, notamment la gestion des cas. Comme pour notre rabais Care for All, le total des membres de votre ménage et votre revenu annuel nous permettent de déterminer si vous êtes éligible aux fonds Ryan White en vue de couvrir vos soins chez Equitas Health.

### Combien pourrais-je percevoir tout en bénéficiant des fonds Ryan White ?

Pour bénéficier des fonds Ryan White, vos revenus annuels doivent être inférieurs à 500 % ou à cinq fois le seuil de pauvreté fédéral.

### Que se passe-t-il si je gagne trop d'argent ?

Les personnes séropositives dont le revenu est supérieur à cinq fois le seuil de pauvreté fédéral s'entreprendront avec un conseiller financier afin de déterminer le montant à payer en l'absence des fonds Ryan White.

### Le « plafond » annuel de Ryan White

Si vous bénéficiez des fonds Ryan White, Equitas Health ne vous facturera pas d'autres services pour le reste de l'année, une fois que vous aurez dépensé un certain montant en services de santé. Nous qualifions ce montant de « plafond de paiement annuel ».

Votre plafond de paiement annuel correspond au montant que vous dépensez pour tous les soins dispensés par Equitas Health. Il s'agit également de vos dépenses dans d'autres lieux. Tels sont les frais de santé que vous payez de votre poche.

### À combien s'élèvera mon plafond de paiement annuel ?

La Ryan White CARE Act définit cette limite sur la base d'un pourcentage (ou d'une petite partie) de vos revenus annuels. En raison du plafond de paiement annuel Ryan White, le montant maximum à payer pour vos soins de santé au cours d'une année s'élèvera à 5 %, 7 % ou 10 % de vos revenus annuels.

Vous calculerez plus tard votre plafond de paiement annuel sur le calculateur de rabais pour les patients au moyen du tableau de calcul des paiements.

### Quels types de coûts de santé sont pris en compte dans le calcul du plafond annuel de paiement ?

**Les frais de santé ci-après sont pris en compte lors du calcul de votre plafond de paiement annuel :**

- Visites au cabinet d'un médecin ou d'une infirmière
- Soins dentaires
- Soins dermatologiques (peau)
- Frais d'assurance médicale, notamment les primes et les copaiements
- Visites de santé mentale et de rétablissement
- Soins ophtalmologiques (yeux)
- Médicaments sur ordonnance et en vente libre

Cette liste n'est pas exhaustive. **La réceptionniste médicale ou le conseiller financier examinera vos factures médicales afin de vérifier qu'elles sont prises en compte dans votre plafond de paiement annuel.**

**NB :**

- Vous devez payer les frais réduits jusqu'à l'atteinte de la limite annuelle.
- Le paiement est dû au moment de la visite.
- Si vous ne pouvez pas payer vos frais, adressez-vous au conseiller financier ou au spécialiste de la facturation.
- Vous devez informer la réceptionniste ou votre conseiller financier de tout changement ayant trait à vos revenus ou à votre ménage.
- Vous devez montrer les factures ou les reçus à votre conseiller financier, afin qu'il détermine s'ils sont pris en compte dans votre plafond de paiement annuel.

Nom légal (en lettres capitales) \_\_\_\_\_

Nom légal Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom choisi (en lettres capitales) \_\_\_\_\_

Nom choisi Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Déclaration de revenus

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (Nom légal) déclare ou affirme que les informations ci-dessous sont exactes. Je comprends que mon revenu correspond à tout ce que je perçois dans le cadre de mon travail, même si je ne déclare pas ce travail aux impôts. Mes revenus comprennent également, mais sans s'y limiter, les revenus que je perçois :

- De la retraite
- Des investissements
- Du chômage
- Du handicap
- Le revenu de mon conjoint (si vous êtes marié(e))
- Le revenu de mes parents (en cas de charge)

Mon revenu annuel s'élève à : \$ \_\_\_\_\_

Je ne dispose d'aucun document permettant de vérifier mes revenus. Les raisons sont les suivantes (cochez toutes les cases correspondantes) :

Je suis payé en liquide.

Je ne reçois ni de chèque de paie ni de talon de chèque de paie.

Je n'ai pas effectué de déclaration d'impôts l'année dernière.

Je ne suis pas en mesure d'obtenir de lettre de mon employeur

Autres, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

---

---

---

Je réside actuellement dans l'Ohio. L'adresse que j'ai indiquée est mon adresse actuelle.

Nom légal (en lettres capitales) \_\_\_\_\_

Nom légal Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom choisi (en lettres capitales) \_\_\_\_\_

Nom choisi Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_