

## Houston Methodist Politique FI49

**Objet :**  
Aide financière

**Date d'entrée en vigueur :**  
Le 1er janvier 2016

**Applicable aux :**  
Hôpitaux Houston Methodist

**Date de révision/Réévaluation**  
Le 1er janvier 2016

**Lieu d'origine :**  
Revenue Cycle Council

**Date de réévaluation prévue :**  
Le 1er janvier 2019

### I. POLITIQUE

Houston Méthodiste (HM) s'engage à fournir une aide financière aux personnes nécessitant des soins de santé, non-assurées ou sous-assurées et non éligibles pour bénéficier d'un programme gouvernemental, ou dans l'incapacité de payer les soins médicaux nécessaires, y compris les soins d'urgence tels que définis aux présentes, en fonction de leur situation financière individuelle. Conformément à l'objectif de HM, qui est d'offrir des soins de santé de qualité et abordables, et de plaider le cas des personnes dans le besoin, HM veille à ce que ceux qui en ont besoin ne se trouvent pas privés des services de soins de santé nécessaires. HM fournira, sans discrimination, des soins pour des troubles médicaux d'urgence indépendamment de la solvabilité d'un patient.

Cette politique couvre le processus de demande d'aide financière ; les services admissibles ; les critères d'éligibilité ; le processus d'approbation ; la base de calcul des montants facturés; les exigences de notification et de publication ; les procédures de recouvrement des montants impayés; une liste des prestataires couverts ou non par cette politique (Annexe C), ainsi qu'un résumé en langage clair de ladite politique (Annexe A).

L'aide financière n'est pas considérée comme devant se substituer à la responsabilité personnelle. Les patients sont censés contribuer au coût de leurs soins, dans la mesure de leur solvabilité, et de se conformer aux procédures de HM pour obtenir une aide financière. Les personnes pouvant assumer l'achat d'une assurance maladie seront encouragées à le faire, comme un moyen d'accès aux services de soins de santé. Cette politique ne concerne pas les personnes éligibles en tant que patients de Houston Methodist Global.

Conformément à une bonne gestion financière et pour permettre à HM de fournir des services de soins de santé au plus grand nombre de personnes qui en ont besoin, le conseil d'administration de HM a établi les directives suivantes pour la prestation de charité aux patients.

## II. DÉFINITIONS

- Assistance financière : Soins de santé fournis par les hôpitaux HM sans frais ou avec réduction pour les patients dont la demande d'aide financière a été approuvée.
- Famille : Conformément à la définition du Bureau de recensement (Census Bureau), un groupe de deux personnes ou plus vivant ensemble et liées par la naissance, le mariage ou l'adoption. Selon les règles du Service des impôts sur le revenu (Internal Revenue Service), si un patient déclare quelqu'un comme personne à charge sur leur déclaration de revenus (income tax return), cette personne peut être considérée comme à charge aux fins de la détermination de l'aide financière.
- Revenu familial: Le revenu familial, calculé avant imposition, est déterminé conformément à la définition du Bureau de recensement (Census Bureau), en se basant sur les revenus suivants pour le calcul des Niveaux de pauvreté fédéral (Federal Poverty Levels ou FPL) :
  - Recettes, indemnités de chômage , indemnités salariales, Sécurité sociale, Allocation complémentaire de revenu de sécurité (Supplemental Security Income), Assistance publique , allocations des anciens combattants, prestations de survivant , pension ou revenu de retraite , intérêts et dividendes ( à l'exclusion des gains ou pertes en capital ) , loyers, redevances , régimes d'épargne-retraite, fiducies, aide à la scolarité/l'éducation , pension alimentaire, pension alimentaire pour enfants, aide extérieure au foyer et autres sources diverses;
  - Les bénéfices non monétaires (tels que les tickets-restaurants et les aides au logement ne sont pas pris en compte ;
  - Quand une personne vit avec une famille, cela comprend le revenu de tous les membres de la famille. Les non- parents, tels qu'un colocataire, ne sont pas pris en compte.
- Non-assuré : Un patient non assuré ou sans aide d'une tierce partie
- Sous-assuré : Un patient bénéficiant d'une assurance ou de l'aide d'une tierce partie, qui a des services non couverts et / ou des dépenses individuelles supérieures à ses capacités financières.
- Houston Methodist Global : Une entreprise de Houston Methodist qui offre des prestations aux patients présentant les caractéristiques suivantes :
  - Citoyenneté dans un pays étranger ;
  - En possession d'un passeport valide ;
  - Retraités des États-unis résidant de façon permanente à l'étranger ; ou
  - Citoyens des États-unis qui travaillent à l'étranger plus de six mois par an.
- Frais brut : Frais à la charge du patient avant l'application d'ajustements ou de réductions contractuels.

- Pourcentage des Montants généralement facturés (Amounts Generally Billed ou AGB) : Le pourcentage moyen de paiement que l'hôpital HM reçoit en règlement des services médicalement nécessaires ou urgents de la part de Medicare et des compagnies d'assurance privées (voir Annexe B). Le pourcentage AGB est calculé annuellement pour chaque hôpital HM, dans un délai de 120 jours avant le 31 décembre, à l'aide d'une méthode de calcul rétroactive qui comprend les demandes traitées pour l'année civile qui précède.
- Urgences médicales : tel que définies au sens de la section 1867 de la loi sur la Sécurité sociale (Social Security Act), 42 U.S.C. 1395dd.
- Médicalement nécessaire : Tel que défini par l'assurance-maladie (services ou éléments raisonnables et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement de maladies ou de blessures).

### III. PROCÉDURE

#### A. Comment établir une demande d'Aide financière

1. Pour établir une demande d'Aide financière, un patient peut obtenir un formulaire de Demande d'aide financière (Financial Assistance Application ou FAA), gratuitement, comme suit :
  - a. Discuter avec un conseiller financier avant ou au moment de la prestation de service ;
  - b. Télécharger à partir du site Web à [www.HoustonMethodist.org/Billing](http://www.HoustonMethodist.org/Billing)
  - c. Appeler le Bureau central (Centralized Business Office) de HM du lundi au vendredi de 7h00 à 19h00, le samedi de 8h00 à midi au 832-667-5900 ou sans frais au 877-493-3228 ; ou
  - d. Par courrier :

Houston Methodist  
 Centralized Business Office  
 À l'attention de : Financial Assistance Unit  
 701 S. Fry Road  
 Katy, TX 77450

2. Une fois que vous aurez obtenu le FAA, veuillez compléter le formulaire, rassembler et joindre les pièces justificatives et envoyer l'ensemble des documents comme suit :
  - a. Par courrier à:  
 Houston Methodist  
 Centralized Business Office  
 À l'attention de: Financial Assistance Unit  
 701 S. Fry Road  
 Katy, Texas 77450

- b. Se déplacer et remettre/déposer le dossier auprès d'un membre de l'équipe Patient Access ; ou
  - c. Par fax au 832-667-5995.
3. Il est préférable, mais pas nécessaire que la demande d'aide financière et l'évaluation des besoins en aide financière aient lieu avant la prestation de services médicalement nécessaires non urgents. Toutefois, la détermination peut être effectuée à tout moment du cycle de recouvrement. Le besoin d'assistance financière est évalué à chaque prestation de service ultérieure quand la dernière évaluation financière a eu lieu plus d'un an auparavant, ou à tout moment où des informations relatives à l'éligibilité du patient pour une aide financière sont connues.
  4. Les valeurs de dignité humaine et d'intendance d'HM se reflèteront dans le processus de demande et d'approbation. Les demandes d'aide financière seront traitées rapidement et HM avisera le patient ou le demandeur par écrit dans les 15 jours suivant la réception d'une Demande d'aide financière (FAA). La demande d'assistance financière sera approuvée ou rejetée en fonction du FAA complété et d'autres clauses de cette politique (voir ci-dessous).

B. **Services éligibles** Les services de santé suivants peuvent donner droit à une aide financière :

1. Services médicaux d'urgence fournis en salle d'urgence ;
2. Services pour pathologie qui, si elle n'est pas traitée rapidement, conduirait à un changement défavorable à l'état de santé d'un individu ;
3. Services non électifs fournis en réponse à des circonstances mettant la vie en danger, hors salle d'urgence ; et
4. Services médicalement nécessaires, évalués au cas par cas à la discrétion d'HM.

C. **Processus d'éligibilité** Le besoin en aide financière sera déterminé en fonction d'un processus d'évaluation individuelle susceptible d'inclure les éléments suivants:

1. Un processus de demande aboutissant à la réalisation d'une Demande d'assistance financière (FAA - Annexe D)
2. Utilisation de sources de données publiques disponibles qui fournissent des informations sur un patient, ou la solvabilité du garant d'un patient (telles que la notation de crédit) ;
3. Les efforts raisonnables que fournira HM afin d'explorer des sources de paiement alternatives appropriées et la couverture des programmes de paiement publics et privés, y compris l'aide aux patients pour remplir une demande à ces programmes ; et
4. L'évaluation des actifs disponibles du patient et autres ressources financières.

- D. **Admissibilité présumée à l'assistance financière** Dans certains cas, les informations existantes sont suffisantes pour prendre une décision d'aide financière même en l'absence d'une demande d'aide financière (FAA) complétée. L'aide financière présumée sera évaluée et / ou réévalué pour chaque date de service. Voici quelques exemples utilisables par SM pour déterminer l'aide financière éventuelle :
1. Sans abri ou ayant reçu des soins dans une clinique pour sans-abri ;
  2. Participation à programmes d'aide pour les femmes, les nourrissons et les enfants (Women, Infants, and Children programs ou WIC) ;
  3. L'admissibilité à l'aide alimentaire (tickets restaurant ou food stamps) ;
  4. Admissibilité à d'autres programmes d'aide de l'État ou de la région non capitalisés (par exemple, contribution limitée Medicaid) ;
  5. Faible Notation revenu / logement subventionné à une adresse valide ;
  6. Patient décédé sans laisser de succession connue ; et
  7. de conseiller en charité sur abonnement payant.
- E. **Montants facturés** Une fois l'admissibilité aux soins confirmée en vertu de cette politique, le patient sera facturé un montant ne pouvant pas excéder l'AGB. Le montant facturé sera basé sur le pourcentage applicable de l'AGB, appliqué à des coûts bruts, selon le revenu de la famille du patient, en tant que facteur de niveau de pauvreté fédéral (Federal Poverty Level ou FPL) comme suit :
1. Le revenu familial du patient est égal ou inférieur à 100% du FPL - 0 % de l'AGB ;
  2. Le revenu familial du patient dépasse 200 %, mais est inférieur à 300 % - 50 % de l'AGB ; et
  3. Le revenu familial du patient dépasse 300 %, mais est inférieur à 400 % - 100 % de l'AGB
- F. **Phases de recouvrement en cas de non-paiement** Quand un patient ne paie pas le montant facturé (Section III, E. ci-dessus), la direction de HM suivra ses politiques de recouvrement préétablies, ce qui inclura des options de paiements échelonnés. HM n'imposera à aucun moment des mesures de recouvrement extraordinaires tels que des saisies de salaire, des privilèges placés sur des biens personnels ou sur la résidence principale, la notification au bureau de notation de crédit ou autres actions en justice. Un exemplaire de la politique de recouvrement de HM est disponible gratuitement en suivant l'une des étapes citées à la section III, A., 1. a. - d.
- G. **Exigences en matière de publication et de notification d'aide financière** Un avis d'aide financière sera mis à disposition par divers moyens, qui peuvent inclure, mais sans s'y limiter : la publication d'avis dans les factures aux patients ; avis dans les salles d'urgence et les centres de soins d'urgence ; formulaires de conditions d'admission ; Services d'admission et d'inscription, et dans d'autres lieux publics choisis par HM. HM va également publier et diffuser à grande échelle un résumé de cette politique d'Aide financière sur les sites Web de ses hôpitaux, dans des brochures disponibles dans les sites d'accès des patients et dans d'autres endroits au sein de la communauté desservie par HM. Ces avis et

informations sommaires seront disponibles dans les langues principales des différentes populations bénéficiant des services de HM. Les patients peuvent être recommandés pour une demande d'aide financière par un membre du personnel ou de l'équipe médicale de HM. La demande d'aide financière peut être effectuée par le patient ou par un membre de la famille, un ami proche ou un associé du patient, sous réserve du respect des lois applicables en matière de confidentialité.

H. **Exigences légales.** Dans la mise en œuvre de cette politique, HM respectera les lois, règles et règlements applicables des gouvernements fédéraux, provinciaux et locaux applicables aux activités menées en vertu de la présente Politique.

I. **Références faisant autorité.**

1. Loi sur la protection des malades et les soins abordables (Protection and Affordable Care Act) de 2010;
2. Code des impôts sur le revenu (Internal Revenue Code Section 501(r)(4)-(r)(6));
3. Politique de paiements échelonnés (Extended Payment Options Policy) (F186) ; et
4. Politique de recouvrement (Collections Policy) (F185).

Recommandé par le Conseil du cycle des revenus (Revenue Cycle Council)

Approuvé par le Conseil d'administration de Houston Methodist

Autorisé par le Directeur général (Chief Administrative Officer) :

(Exemplaire original signé et répertorié)

\_\_\_\_\_  
M. Boom  
Président  
Directeur général  
Houston Methodist

\_\_\_\_\_  
Date

## Annexe A

### Résumé en langage simple Politique d'aide financière de Houston Methodist

Houston Methodist s'engage à fournir des soins de bienfaisance aux personnes non assurées, sous-assurées, inéligibles pour un programme d'aide gouvernemental, ou dans l'incapacité de payer des soins d'urgence ou médicalement nécessaires, en fonction de leur situation financière individuelle.

Les patients dont le revenu familial est inférieur ou égal à 200% du niveau de pauvreté fédéral (FPL) ont droit à des services gratuits ; les patients dont le revenu familial est supérieur à 200%, mais n'excède pas 400% du FPL ont droit à des services à tarif réduit. Ce tarif ne doit pas dépasser le montant moyen qui serait réglé à Houston Methodist par l'assurance privée (mutuelle complémentaire) et l'assurance-maladie, y compris les paiements effectués par des patients sous forme de franchises, co-paiements et co-assurance.

Vous ne serez pas tenu d'effectuer des paiements à l'avance ou des accords de paiement avant la prestation de services pour les urgences et les services médicalement nécessaires. Toutefois, si vous êtes tenu de payer un service à tarif réduit, et que vous ne pouvez le payer intégralement une fois les services rendus, Houston Methodist tentera de recouvrer ce montant. Houston Methodist vous enverra des relevés de compte mensuels demandant le versement des sommes dues. Si vous ne pouvez pas payer le montant à tarif réduit en un seul versement, Houston Methodist propose des options de paiements échelonnés sans intérêts. Tous les montants à tarif réduit restant impayé seront transmis à une agence de recouvrement tierce aux fins d'effectuer de nouvelles tentatives de recouvrement. L'agence de recouvrement tierce ne placera aucun privilège sur les biens personnels et n'intentera aucune action judiciaire ou notification au bureau de notation de crédit.

Vous pouvez obtenir un exemplaire gratuit de la politique d'Aide financière de Houston Methodist, du Formulaire de demande d'aide financière et des politiques de recouvrement sur le site de Houston Methodist, [www.HoustonMethodist.org/Billing](http://www.HoustonMethodist.org/Billing), dans les zones d'admission et d'inscription des hôpitaux, en contactant le Bureau central (Centralized Business Office) au 832-667-5900 (appel local), 877-493-3228 (numéro sans frais), ou encore par courrier :

Houston Methodist  
Centralized Business Office  
À l'attention de : Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, Texas 77450

Ce Résumé en langage simple, la Politique d'aide financière, le formulaire de Demande d'aide financière et les Politiques de recouvrement sont disponibles dans plusieurs langues aux points de contact listés ci-dessus.

L'unité d'assistance financière de Houston Methodist est disponible pour répondre à vos questions, vous informer sur la politique d'aide financière et vous aider à finaliser le processus de demande. Les membres de l'Unité d'aide financière sont joignables du lundi au vendredi de 7h00 à 19h00 et le samedi de 08h00 à midi au 832-667-5900 ou au 877-493-3228.

Une fois que vous aurez complété le Formulaire d'assistance financière, veuillez joindre toutes les pièces justificatives requises et envoyer le tout à la Financial Assistance Unit (l'Unité d'assistance financière) à l'adresse mentionnée ci-dessus ou par fax à l'attention de Financial Assistance Unit en composant le 832-667-5995.



Annexe B

## EXEMPLE DE FEUILLE DE CALCUL DE MONTANT GÉNÉRALEMENT FACTURÉ (AGB)

Calcul annuel du pourcentage des montants généralement facturés  
Houston Methodist Hospital

Période de mesure pertinente : 1er janvier 2015 – 31 décembre 2015

A	Montants autorisés de Frais pour-services-rendus Medicare pour les demandes payées durant la période concernée	\$
B	Montants autorisés d'indemnités d'assurances privées payés durant la période concernée	\$
C	Montants de copaiement, de coassurance et déductibles payés par des patients pour des demandes listées en A et B durant la période concernée	\$
D	Montants total d'indemnités d'assurance autorisés et paiements des patients (A+B+C ci-dessus)	\$
E	Frais hospitaliers bruts pour des services fournis en D ci-dessus	\$
F	Montant spécifique à l'hôpital généralement facturé (AGB) Pourcentage (D/E)	%

Pour obtenir une liste des pourcentages actuels AGB pour chaque hôpital Houston Methodist (HM), veuillez suivre l'une des étapes mentionnées à la section III, A., A. a – d. Vous obtiendrez gratuitement ces renseignements.

## Annexe C

### Liste des Prestataires couverts/non couverts par cette Politique

	Couvert
Organisation/Groupe/Cabinet	Oui/Non
Hôpital Houston Methodist	Oui
Hôpital Houston Methodist Sugar Land	Oui
Hôpital Houston Methodist Willowbrook	Oui
Hôpital Houston Methodist West	Oui
Hôpital Houston Methodist San Jacinto	Oui
Hôpital Houston Methodist St. John	Oui
Hôpital Houston Methodist St. Catherine	Oui
Centre d'imagerie Houston Methodist : Katy Freeway	Oui
Centre d'imagerie Houston Methodist : Kirby	Oui
Service d'urgences Houston Methodist : Cinco Ranch	Oui
Service d'urgences Houston Methodist : Cypress	Oui
Service d'urgences Houston Methodist : Kirby	Oui
Service d'urgences Houston Methodist : Pearland	Oui
Service d'urgences Houston Methodist : Sienna Plantation	Oui
Service d'urgences Houston Methodist : Voss	Oui
Houston Methodist Primary Care Group	Non
Houston Methodist Specialty Physician Group	Non
Non-Houston Methodist Physician Groups (Private MDs)	Non
Anesthésiologie : US Anesthesia Partners	Non
Anesthésiologie : Baylor	Non
Anesthésiologie : Space City Anesthesia	Non
Médecins urgentistes : EmergiGroup Physician Associates	Non
Médecins urgentistes : Neptune Emergency Services	Non
Médecins urgentistes : The Schumacher Group	Non
Médecins urgentistes : Kirby Emergency Physicians	Non
Soins hospitaliers : IPC - The Hospitalist Company PA	Non
Soins hospitaliers : Neptune Hospitalist Services, dba : Triton Hospitalist	Non

Soins hospitaliers : OB Hospitalist Group	Non
Soins hospitaliers : Sound Hospitalist Group of Texas	Non
Imagerie : MASTOS Imaging Associates	Non
Nouveaux-nés : Texas Children's Physician Services	Non
Pathologie : Coastal Pathology	Non
Pathologie : Methodist Pathology Associates, PLLC	Non
Radiologie: Baytown Radiology	Non
Radiologie : Houston Radiology Associated	Non

## Annexe D



### Demande d'aide financière

Instructions : Veuillez remplir tous les champs ci-dessous. Si un élément n'est pas applicable, veuillez écrire « s. o. ». Joindre des photocopies, si applicables à votre situation actuelle, de : 1. Le(s) talon(s) de chèques de paye le(s) plus récent(s) reflétant vos revenus sur l'année écoulée ; 2. Votre déclaration d'impôts la plus récente, y compris les pièces jointes ; 3. Lettre de vérification de la sécurité sociale (ou d'admissibilité) ou un relevé bancaire (virement direct) ; 4. Lettre d'attribution d'allocations de chômage ; 5. Carte d'or (Gold card) du Système de santé Harris (Harris Health System). Les chômeurs et personnes à charge pour leurs revenus et / ou frais de subsistance sont priés de joindre une lettre de soutien et une copie de la déclaration d'impôt, si elles sont citées en tant que personnes à charge sur la déclaration de revenus (income tax return). Si vous avez des questions ou avez besoin d'une aide supplémentaire pour remplir ce formulaire, veuillez contacter le Centralized Business Office au 877-493-3228 du lundi au vendredi de 7h00 à 19h00 et le samedi de 8h00 à midi.

Veuillez renvoyer le formulaire dûment rempli et les documents justificatifs à n'importe quel interlocuteur Patient Access, par fax au (832) 667-5995 ou par email à Houston Methodist, Centralized Business Office, à l'attention de : Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, Texas 77450.

NOM DU PATIENT (EN TOUTES LETTRES) \_\_\_\_\_ QUATRE DERNIERS CHIFFRES DU NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE \_\_\_\_\_

NOM DE L'ÉPOUX/ÉPOUSE/PARENT/TUTEUR (EN TOUTES LETTRES) \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE \_\_\_\_\_

ADRESSE DU DOMICILE \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ SITUATION MATRIMONIALE \_\_\_\_\_

SERVICE(S) REQUIS : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE COMPTE : \_\_\_\_\_ DATES DU SERVICE : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants de moins de 18 ans vivant dans le foyer : \_\_\_\_\_ Noms des personnes à charge

Parenté directe

Beaux-fils, belles-filles

Pas de parenté

Tuteur de

<b>DÉPENSES MENSUELLES</b>	<b>Logement :</b> <input type="checkbox"/> Loyer <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Payé Paiement mensuel \$ _____	<b>Services publics :</b> Électricité \$ _____ Eau \$ _____ Gaz \$ _____	<b>Automobiles :</b> <input type="checkbox"/> Vous appartenant/# _____ <input type="checkbox"/> De location/# _____ Paiement mensuel \$ _____
----------------------------	--	---	--

<b>Patient</b>	<b>Époux, épouse/Autre</b>
----------------	----------------------------

Employeur \_\_\_\_\_

- Employé à plein temps
- Employé à temps partiel
- Sans emploi/à la retraite/invalidé
- Dans l'incapacité de reprendre le travail
- Femme au foyer

Employeur \_\_\_\_\_

- Employé à plein temps
- Employé à temps partiel
- Sans emploi/à la retraite/invalidé
- Dans l'incapacité de reprendre le travail
- Femme au foyer

**REVENU FAMILIAL TOTAL** \* \$ \_\_\_\_\_ /mois (JOINDRE À VOTRE DEMANDE UNE (DES) PREUVE(S) DE VOS REVENUS)

\* Veuillez inclure tous les salaires, revenus agricoles ou de travailleur indépendant, aide publique, sécurité sociale, allocations de chômage, indemnités salariales, de retraite, indemnités de grève, pension alimentaire, pension alimentaire pour enfants, allotissements militaires, pensions, revenus issus de dividendes, intérêts, revenus locatifs issus des biens immobiliers et autres sources de revenus divers.

**COMPTE BANCAIRE/AUTRES ACTIFS :**

Compte bancaire	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Solde	\$ _____
Compte épargne	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Solde	\$ _____
Actions / Obligations, Etc.	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Solde	\$ _____
Biens supplémentaires	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Description	_____

Je certifie que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et exactes. Il est entendu qu'un défaut de fournir toutes les informations demandées ci-dessus peut être considéré comme entraînant une disqualification vis-à-vis de toute aide financière en vertu du Programme. En outre, je procéderai, le cas échéant, à une demande d'aide gouvernementale, je prendrai les mesures nécessaires aux fins d'obtenir cette aide, et je préviendrai HM du résultat de ma demande. Je (nous) donne (donnons) mon (notre) consentement à HM pour l'obtention d'informations de la part de n'importe quelle source afin de vérifier la validité des déclarations que je (nous) viens (venons) de faire.

\_\_\_\_\_  
(Signature du patient/demandeur)

\_\_\_\_\_  
(Date)

**Veuillez remplir ce côté uniquement.** Rév. 7/2015