



U.S. Language Services L.L.C.
 info@uslanguageservices.com | +1-240-673-2933
 3 Bethesda Metro Center, Suite 700
 Bethesda, Maryland, 20814 - USA



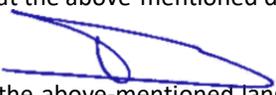
American Translators Association
 Corporate Member: 272027

Certification of Translation Accuracy

Translation of an Application from English to French

Furnished on May 10, 2024

As an authorized representative of U.S. Language Services LLC, a professional translation services agency, I hereby certify that the above-mentioned document has been translated by Johanna Baldisserrri

() an experienced, qualified and competent professional translator, fluent in the above-mentioned language pair and that, in our best judgment, the translated text truly reflects the content, meaning, and style of the original text and constitutes in every respect a complete and accurate translation of the original document. This document has not been translated for a family member, friend, or business associate.

Accordingly, as an authorized representative of U.S. Language Services LLC, I verify that I have proofread this document and I certify that the attached document is a faithful and authentic translation of its original. This is to certify the correctness of the translation only. We do not make any claims or guarantees about the authenticity or content of the original document. Furthermore, U.S. Language Services LLC assumes no liability for the way in which the translation is used by the customer or any third party, including end users of the translation.

A copy of the translation is attached to this certification.



Alyssa Morse-Salvati
 U.S. Language Services LLC
 Order Date: May 10, 2024

U.S. Language Services LLC verifies the credentials and/or competency of its translators and this certification, as well as any attached pages, serves to affirm that the document(s) enumerated above has/have been translated as accurately as possible from its/their original(s). U.S. Language Services LLC does not attest that the original document(s) is/are accurate, legitimate, or has/have not been falsified. By having accepted the terms and conditions set forth in order to contract U.S. Language Services LLC's services, and/or through presenting this certificate, the client releases, waives, discharges and relinquishes the right to present any legal claim(s) against U.S. Language Services LLC. Consequently, U.S. Language Services LLC cannot be held liable for any loss or damage suffered by the Client(s) or any other party either during, after, or arising from the use of U.S. Language Services LLC's services.

Eastport Health Care, Inc.
Remise d'honoraires variables 2024
Formulaire de remise d'honoraires variables

Date de la demande _____ Nouvelle demande _____ Renouvellement _____

Type de service (médical, dentaire, conseil) _____

Je demande par la présente que *Eastport Health Care, Inc.* détermine par écrit si je peux bénéficier d'une réduction pour frais dégressifs.

Nom _____
 Prénom Deuxième prénom Nom de famille

Adresse _____ Ville _____

C.P. _____ Téléphone _____

Numéro de sécurité sociale ____ - ____ - ____ Date de naissance _____

Employeur et adresse _____
 Assurance actuelle (*Mainecare, Medicare, assurance privée*) _____

Réservé à l'usage du bureau :

Niveau SF : _____

Revenu : _____

Expiration : _____

Info vérifiée et approbation primaire donnée par : _____

Date : _____

L'examen final et l'approbation sont donnés par _____

Date : _____

Revenus : **Dressez la liste de tous les revenus du foyer (joignez des copies)**. Si vous avez rempli une déclaration d'impôts l'année dernière ou cette année, elle doit être fournie. Total pour le mois Ou Total pour l'année

- Salaires _____
- Emploi agricole ou indépendant _____
- Aide sociale _____
- Sécurité sociale _____
- Indemnisation du chômage _____
- Indemnisation accidents du travail _____
- Pêche _____
- Pourboires et commissions _____
- Pension alimentaire, prestation compensatoire _____
- Allocations aux familles de militaires _____
- Pensions _____
- Dividendes, intérêts ou revenus locatifs _____

Nombre de personnes vivant dans votre foyer (y compris vous-même) : _____

Nom	Lien de parenté	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Occupation	Demande de services	
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non

J'affirme que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et correctes. Je m'engage à informer immédiatement EHC de tout changement dans mes revenus.

Signature du demandeur

Date d'entrée en vigueur

Eastport Health Care, Inc.
Remise d'honoraires variables 2024

Utilisez cet espace pour tout membre supplémentaire de la famille :

Nom	Lien de parenté	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Occupation	Demande de services	
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non

Vous devrez fournir une copie d'au moins un de ces exemples d'informations sur les revenus :

Salaires (fiches de paie du mois, formulaires fiscaux W2)

Formulaire fiscal 1040 (le plus récent)

Emploi indépendant (entreprise, agriculture, pêche) (relevés bancaires ou chèques déposés)

Sécurité sociale (relevé bancaire de dépôt direct ou formulaire fiscal SSA-1099, ou lettre de prestations de l'année en cours - vous pouvez demander une lettre en appelant le 1-877-405-1448)

Pourboires, commissions (copies des chèques ou des reçus des acheteurs)

Pension alimentaire (copie du chèque du mois)

Pensions (relevé des prestations)

Dividendes, intérêts ou revenus locatifs (copie des chèques ou des relevés fiscaux)

Chômage (lettre de chômage ou rapport hebdomadaire indiquant les prestations actuelles, appelez le 1-800-593-7660)

Indemnisation accidents du travail (formulaire fiscal 1099-G) ou lettre de prestations

Programme *Mainecare* (lettre d'éligibilité)

Lettre signée par la famille ou les amis expliquant le soutien qu'ils vous apportent

Relevés bancaires ou demande d'une lettre de votre banque indiquant les dépôts hebdomadaires ou mensuels.

1. Remplir le recto de la demande (utiliser la section ci-dessus si nécessaire pour les membres supplémentaires de la famille).
 - a. Indiquer la date d'aujourd'hui en haut de la page
 - b. Précisez-le(s) type(s) de services que vous sollicitez - médical, dentaire, conseil
 - c. Indiquer la couverture d'assurance actuelle, le cas échéant
 - d. Indiquez tous les revenus de chaque membre de votre foyer**
 - e. Veuillez répondre à **TOUTES** les questions
 - f. Votre signature datée doit figurer au bas de la demande.
2. **Vous devez joindre** à votre demande un **justificatif de tous les revenus du foyer pour une période d'au moins un mois**. Nous ne pourrions pas traiter votre demande tant que nous n'aurons pas reçu cette preuve.
3. Les personnes qui figurent sur la liste des membres de votre foyer sont également prises en considération pour la couverture. Si votre demande est acceptée, ils pourront bénéficier des mêmes services que vous. **Veillez indiquer si ces personnes ne demandent pas de services.**
4. Envoyez votre demande et vos justificatifs de revenus à EHC ou déposez-les à la réception dans les 30 jours suivant votre visite.

Nous vous remercions d'avoir demandé à bénéficier de la Remise d'honoraires variables. Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à appeler **Mellissa Kenney au (207) 853-0193** ou à envoyer un courriel à EHCpatientservices@protonmail.com. Envoyez **les demandes à EHC, 30 Boynton St., Eastport, ME 04631.**

Eastport Health Care, Inc.
Remise d'honoraires variables 2024

L'EHC propose une échelle mobile de tarification à tous ses patients. L'échelle mobile de tarification couvre tous les services approuvés dans le cadre du projet fourni par l'EHC.

L'échelle mobile de tarification est basée sur les limites de revenus et elle est disponible pour les patients avec ou sans assurance. Les patients bénéficiant de *Medicare* sont également éligibles – l'échelle mobile de tarification peut couvrir une partie de la coassurance de 20 %. Dans le cadre de ce processus, nous vous aiderons à remplir une demande auprès du programme d'assurance *Marketplace* ou du programme d'assurance *Mainecare*, le cas échéant. Les patients sont tenus de faire une demande de remise d'honoraires variables (*SFD*) chaque année.

Les patients qui satisfont aux directives fédérales et qui soumettent tous les documents requis avec la demande, peuvent recevoir une remise d'honoraires variables (*SFD*) pour les services rendus. Les patients qui bénéficient d'une échelle mobile de tarification doivent payer leur part ou leur quote-part au moment de la prestation. Les patients qui entrent dans la catégorie A-1 peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur en cas de difficultés.

Remise d'honoraires variables de l'EHC pour les services de laboratoire dentaire (c.-à-d. prothèses dentaires, bridges, couronnes, fournitures d'appareils médicaux, etc. :)

- Pour toutes les procédures dentaires nécessitant des services de laboratoire : 50% doivent être payés avant la première visite et le reste avant la livraison.
- Les implants dentaires et les traitements *Invisalign*® ne sont pas couverts par le programme de remises d'honoraires.
- Les limites annuelles des prestations (c.-à-d. : 1 couronne par an) correspondent à celles de l'assurance dentaire Delta.
- Les services de laboratoire médical fournis par *Quest Lab* uniquement bénéficieront d'une réduction de 100 % pour les patients dont le taux de glycémie à jeun est compris entre 0 et 200 %.

Si votre revenu brut se situe dans les fourchettes indiquées ci-dessous, vous pouvez bénéficier d'une remise d'honoraires. N'importe quel membre de notre personnel peut vous remettre un formulaire de demande et répondre à vos questions fondamentales. Vous pouvez également contacter Mellissa Kenney au (207) 853-0193 pour obtenir de l'aide supplémentaire. Toutes les informations sont confidentielles.

Seuil de pauvreté	100 % ou moins	101 % à 125 %.	126 % à 150 %.	151 % à 200 %	Plus de 201 %
	Montant symbolique	Montant partiel	Montant partiel	Montant partiel	Inéligible
	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Catégorie D	
Famille Taille	\$15.00 ticket modérateur	\$30.00 ticket modérateur	\$40.00 ticket modérateur	\$50.00 ticket modérateur	Complet
1	0-\$15,060	\$15,061-18,825	\$18,826-\$22,590	\$22,591-\$30,120	\$30,121 +
2	0-\$20,440	\$20,441-\$25,550	\$25,551-\$30,660	\$30,661-\$40,880	\$40,881 +
3	0-\$25,820	\$25,821-\$32,275	\$32,276-\$38,730	\$38,731-\$51,640	\$51,641 +
4	0-\$31,200	\$31,201-\$39,000	\$39,001-\$46,800	\$46,801-\$62,400	\$62,401+
5	0-\$36,580	\$36,581-\$45,725	\$45,726-\$54,870	\$54,871-\$73,160	\$73,161 +
6	0-\$41,960	\$41,961-\$52,450	\$52,451-\$62,940	\$62,941-\$83,920	\$83,921 +
7	0-\$47,340	\$47,341-\$59,175	\$59,176-\$71,010	\$71,011-\$94,680	\$94,681 +
8	0-\$52,720	\$52,721-\$65,900	\$65,901-\$79,080	\$79,081-\$105,440	\$105,441 +
pour chaque	personne	supplémentaire ajouter 5 380\$			

Basé sur les directives sur la pauvreté du DHHS pour 2024, source publiée : *Federal Register*, 17 janvier 2024 révisées le 2/7/2024

Eastport Health Care, Inc.
Remise d'honoraires variables 2024

Type de service et réductions correspondantes

Service	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Catégorie D	Inéligible (plus de 201 %)
Soins médicaux	\$15	\$30	\$40	\$50	Complet
Conseil <i>BH</i>	\$15	\$30	\$40	\$50	Complet
Soins dentaires préventifs	\$15	30 %	55 %	80 %	Complet
Plombage /extractions	\$15	30 %	55 %	80 %	Complet
Couronnes/ Prothèse partielle flexible	\$400	\$550	\$700	\$850	Complet
Prothèses partielles, Couronnes (métal)	\$450	\$650	\$850	\$1,000	Complet
Prothèses dentaires complètes (par arcade)	\$475	\$700	\$900	\$1,050	Complet