

Demande d'aide financière



SSMHealth

Cher patient, chère patiente

IMPORTANT - VOUS POUVEZ PEUT-ÊTRE BÉNÉFICIER DE SOINS GRATUITS OU À TARIF RÉDUIT : Remplir cette demande aidera SSM Health à déterminer si vous pouvez recevoir des services gratuitement ou à tarif réduit ou bénéficier d'autres programmes publics qui vous aideront à payer vos soins de santé. Veillez remplir ce formulaire dans son entièreté, y compris la signature et la date à laquelle vous l'avez rempli, et le soumettre à l'hôpital en personne, par la poste, par courrier électronique ou par télécopieur, accompagné de tous les documents à l'appui, pour faire une demande de soins gratuits ou à tarif réduit charge.

SI VOUS N'AVEZ PAS D'ASSURANCE, UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS NÉCESSAIRE POUR ÊTRE ADMISSIBLE À UNE PRISE EN CHARGE GRATUITE OU À TARIF RÉDUIT. Toutefois, un numéro de sécurité sociale est nécessaire pour certains programmes publics, notamment Medicaid. Il n'est pas obligatoire de fournir un numéro de sécurité sociale, mais cela aidera l'hôpital à déterminer si vous êtes admissible à un programme public quelconque.

Le patient reconnaît s'être efforcé de fournir l'ensemble des informations demandées en toute bonne foi dans la demande pour aider l'hôpital à déterminer si le patient est admissible à l'aide financière.

LISTE DE CONTRÔLE :

- Remplir toutes les sections du formulaire de demande
- Signer et dater le formulaire (si vous êtes marié, la signature du conjoint est requise)
- Déclaration d'impôt fédéral la plus récente (y compris toutes les annexes) ou lettre de non-déclaration de l'IRS
- Justificatifs des revenus bruts des deux derniers mois pour tous les membres du foyer

Remarque : SSM Health ne pourra pas déterminer l'admissibilité en l'absence des justificatifs requis. Assurez-vous d'avoir rassemblé tous les documents demandés. L'omission d'envoyer l'ensemble des documents demandés entraînera un délai dans le traitement de votre demande.

Veillez envoyer des copies de vos justificatifs sans modifications et sans agrafes. SSM n'est pas en mesure de renvoyer les documents originaux examinés aux fins de l'aide financière.

Les patients jugés admissibles à une aide caritative présomptive doivent eux aussi compléter cette demande.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir votre demande ou si vous avez des questions, veuillez contacter le service clientèle de SSM Health au : **(855) 989-6789**.



Par courrier
SSM Health : Service financiers aux patients
Attn : Financial Assistance
PO Box 411997
St. Louis, MO 63141



Par télécopieur
(314) 989-6734



Par e-mail
financialaid@ssmhealth.com

Oklahoma

- SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

Wisconsin

- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
- SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
- SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

Illinois

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

ID du garant : _____

(exclusivement à usage administratif)

TOUS les champs doivent être remplis pour que la demande soit traitée ; indiquez N/A sur tous les champs non pertinents.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom du patient :		Date de naissance	Numéro de téléphone	Compte patient n°	
Adresse actuelle :		Appt n°	Ville/État/Code postal	Statut matrimonial : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Légalement Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	Taille de la famille : (Complétez la section Foyer ci-dessous)
Numéro de sécurité sociale /ITIN : <input type="checkbox"/> Pas de numéro de sécurité sociale/ITIN	Assuré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous déposé une demande Medicaid : <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non *Veuillez inclure une lettre de détermination	Employé(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Travailleur indépendant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre d'années d'ancienneté :	Employeur : Si vous êtes sans emploi, nom du dernier employeur et dates de départ :	

INFORMATIONS CONCERNANT LA PARTIE RESPONSABLE (SI DIFFERENTE DU PATIENT)

Nom du garant :		Date de naissance	Numéro de téléphone	Compte patient n°	
Adresse actuelle :		Appt n°	Ville/État/Code postal	Statut matrimonial : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Légalement Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	Taille de la famille : (Complétez la section Foyer ci-dessous)
Numéro de sécurité sociale /ITIN : <input type="checkbox"/> Pas de numéro de sécurité sociale/ITIN	Assuré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous déposé une demande Medicaid : <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non *Veuillez inclure une lettre de détermination	Employé(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Travailleur indépendant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre d'années d'ancienneté :	Employeur : Si vous êtes sans emploi, nom du dernier employeur et dates de départ :	

INFORMATIONS CONCERNANT LE FOYER

Veuillez joindre une feuille séparée pour les autres membres du foyer, en incluant l'ensemble des documents requis.

Prénom & Nom	Relation	Date de naissance et SSN/ITIN	Employé(e) - Preuve requise	Étudiant(e) à temps plein ? *	Revenu mensuel brut si 18 ans ou plus - Cochez toutes les formes de revenu applicables et indiquez le montant total reçu de toutes les sources. (Documentation requise pour chaque source de revenu)
	MOI	<input type="checkbox"/> N° SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Rémunération du travail <input type="checkbox"/> Pension(s) <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Pension alimentaire/Aide à l'enfance <input type="checkbox"/> Aide gouvernementale <input type="checkbox"/> Autres
		<input type="checkbox"/> N° SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Rémunération du travail <input type="checkbox"/> Pension(s) <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Pension alimentaire/Aide à l'enfance <input type="checkbox"/> Aide gouvernementale <input type="checkbox"/> Autres
		<input type="checkbox"/> N° SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Rémunération du travail <input type="checkbox"/> Pension(s) <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Pension alimentaire/Aide à l'enfance <input type="checkbox"/> Aide gouvernementale <input type="checkbox"/> Autres
		<input type="checkbox"/> N° SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Rémunération du travail <input type="checkbox"/> Pension(s) <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Pension alimentaire/Aide à l'enfance <input type="checkbox"/> Aide gouvernementale <input type="checkbox"/> Autres
		<input type="checkbox"/> N° SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Rémunération du travail <input type="checkbox"/> Pension(s) <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Pension alimentaire/Aide à l'enfance <input type="checkbox"/> Aide gouvernementale <input type="checkbox"/> Autres

Veuillez fournir un justificatif du revenu brut de tous les membres du foyer âgés de 18 ans ou plus, y compris, mais sans s'y limiter : les salaires, la sécurité sociale (lettre d'attribution), les pensions, les rentes, les indemnités de chômage/de travail, les pensions alimentaires/Aides à l'enfance, les aides publiques, les prestations d'invalidité, les indemnités de grève, les bourses d'études/les subventions, les dividendes/les intérêts, les revenus locatifs, les paiements en espèces pour des services, etc. **Les relevés bancaires ne constituent pas une vérification/preuve des revenus.**

*Les étudiants étrangers doivent présenter un visa d'étudiant et un calendrier scolaire actuel.

Remarque : Selon les circonstances de votre demande, nous pouvons exiger des documents supplémentaires, y compris, mais sans s'y limiter : des relevés bancaires, une attestation de revenus, une déclaration de soutien, des factures de foyer/médicales, un ou plusieurs rapports de crédit, ou d'autres preuves pour étayer le besoin financier.

Oklahoma

- SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

Wisconsin

- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
- SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
- SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

Illinois

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

ID du garant : _____

(exclusivement à usage administratif)

ACTIFS DU FOYER**

Nom du membre de la famille	Compte(s) courant(s) Nom de la banque	Numéro de compte et solde	Compte(s) d'épargne Nom de la banque	Numéro de compte et solde	Autre (IRA, CD, etc.)	Solde
	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Entreprise			
	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Entreprise			
	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Entreprise			
Cochez uniquement si aucun membre du foyer n'en a :	<input type="checkbox"/> N° du compte courant		<input type="checkbox"/> N° du compte d'épargne		<input type="checkbox"/> Pas d'autre(s) forme(s) d'actif(s) liquide(s)	
Nom du membre de la famille	Compte épargne santé/compte de dépenses flexible (valeurs)	Véhicule (année/marque/modèle)	Valeur du véhicule	Biens immobiliers possédés (Indiquez le type - résidence principale, location, etc.) et le prix d'achat	Solde actuel des prêts	Autre(s) actif(s) et valeur
		<input type="checkbox"/> Véhicule de fonction		Prix d'achat :		Actif : Valeur :
		<input type="checkbox"/> Véhicule de fonction		Prix d'achat :		Actif : Valeur :
		<input type="checkbox"/> Véhicule de fonction		Prix d'achat :		Actif : Valeur :
Cochez uniquement si aucun membre du foyer n'en a :	<input type="checkbox"/> Aucun compte d'épargne santé/Flex	<input type="checkbox"/> N° du véhicule personnel		<input type="checkbox"/> Aucun bien immobilier *Si vous n'êtes pas propriétaire d'un bien immobilier, veuillez indiquer si vous : <input type="checkbox"/> Êtes en location <input type="checkbox"/> Vivez avec un(des) parent(s)/un autre soutien		<input type="checkbox"/> Aucun

Joignez une feuille séparée pour les informations supplémentaires concernant les actifs.

PASSIFS DU FOYER**

Dépenses	Mensuelle	Solde dû
Hébergement		
Services		
Alimentation		
Transport		
Garde des enfants		
Prêts		
Dépenses médicales		
Autres dépenses (Liste)		
Autre :		

Joignez une feuille séparée pour les informations supplémentaires concernant les passifs.

Patients recevant des soins dans les hôpitaux de l'Illinois uniquement : Si le patient satisfait aux critères d'admissibilité présomptive décrits dans 77 ILAC 4500.40 ou s'il est autrement admissible présomptivement en vertu du revenu de la famille, le patient n'a pas l'obligation de remplir cette section de la demande*

** Les patients qui reçoivent des soins d'une clinique SSM de santé rurale ou d'un établissement membre du National Health Service Corps ne sont pas tenus de remplir cette section de la demande**

ACCORD DU PATIENT

Je certifie que les informations figurant dans cette demande sont véridiques et correctes à ma connaissance. Je déposerai une demande pour toute aide étatique, fédérale ou locale à laquelle je suis susceptible d'être admissible afin de m'aider à payer cette facture d'hôpital. Je comprends que les informations fournies pourront être vérifiées par l'hôpital, et j'autorise l'hôpital à contacter des tiers pour vérifier l'exactitude des informations fournies dans cette demande. Je comprends que si je fournis sciemment des informations inexacts dans cette demande, je serai inéligible à l'aide financière, et toute aide financière qui m'aura été octroyée risquerait d'être annulée, et je serai responsable du paiement de la facture d'hôpital.

Oklahoma

- SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

Wisconsin

- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
- SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
- SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

Illinois

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

ID du garant : _____
(exclusivement à usage administratif)

Signature du garant

Date

Signature de l'époux

Date

Méthode de contact préférée : Téléphone : () - - E-mail : _____ Autre : _____

Synthèse de l'aide financière

SSM Health s'engage à fournir une aide financière aux personnes qui sont dépourvues d'assurance, insuffisamment assurés, inéligibles à un programme gouvernemental, ou autrement incapables de payer des soins nécessaires sur le plan médical. SSM Health assurera la prise en charge des urgences médicales pour les personnes, indépendamment de leur capacité à payer.

L'aide financière est disponible sur une échelle dégressive. La nécessité financière de chaque demandeur est basée sur les niveaux fédéraux de pauvreté qui prennent en compte les revenus et le nombre de membres de la famille. La nécessité financière ne tient pas compte de l'âge, du sexe, de la race, du statut social ou d'immigrant, de l'orientation sexuelle ou de l'affiliation religieuse. SSM Health limite la somme facturée pour les soins d'urgence et médicalement nécessaires qui sont fournis aux patients admissibles à l'aide financière en vertu de cette politique afin qu'elle ne dépasse pas les frais bruts pour la prise en charge multipliés par les montants généralement facturés en pourcentage

Pour demander une aide financière, vous devez remplir une demande d'aide financière. Pour obtenir des formulaires gratuits, consultez le site : ssmhealth.com/financialaid.

Vous pourrez également obtenir un formulaire gratuit en appelant le (855) 989-6789, MyChart, billingquestions@ssmhealth.com ou en vous rendant auprès du conseiller financier de votre établissement. Les justificatifs suivants doivent être joints à votre demande :

- justificatifs des revenus (deux derniers mois)
- Déclaration fiscale fédérale ou avis de non-déclaration de l'année dernière

Les patients qui ne sont pas assurés bénéficient automatiquement d'une réduction sur leur facture. Celle-ci sera indiquée sur votre relevé de facturation. Cela ne vous disqualifie pas pour l'aide financière. Pour les patients qui ne sont pas assurés, l'aide financière est appliquée après la réduction. Les patients qui sont insuffisamment assurés peuvent également être admissibles à une aide.

Nos conseillers financiers sont là pour vous aider à déterminer votre éligibilité à une aide financière ou répondre à vos questions concernant le processus de demande. Le cas échéant, ils peuvent vous aider à déposer une demande Medicaid ou à mettre en place un plan de paiement.

Les patients doivent se conformer à la politique d'aide financière et au processus de demande de SSM Health. L'admissibilité à l'aide financière peut être limitée aux résidents des zones de services primaires desservies par les établissements de soins de SSM Health. Dans les cas où un patient semble admissible à l'aide financière, mais qu'il ne peut fournir aucun justificatif, SSM Health pourra faire appel à des organismes extérieurs afin de déterminer l'admissibilité du patient.

La politique d'aide financière, la politique de facturation et de recouvrement, le résumé en langage clair et la demande d'aide financière sont disponibles sur ssmhealth.com/financialaid en plusieurs langues, notamment : en anglais, en espagnol, en chinois, en français, en coréen, en russe et en arabe. Vous pouvez également obtenir ces documents par courrier ou par courriel en soumettant une demande au service clientèle à l'adresse suivante : **(855) 989-6789, billingquestions@ssmhealth.com ou par MyChart.** Les conseillers financiers qui travaillent sur place dans chaque établissement, aux adresses indiquées ci-dessous, peuvent également fournir en personne une copie des documents mentionnés ci-dessus.

Une copie de notre politique de facturation et d'encaissement, qui décrit les mesures que SSM Health sera susceptible de prendre en cas de non-paiement, est disponible gratuitement sur demande.

SSM Health pourra à tout moment modifier les critères déterminant l'admissibilité à l'aide financière. Soyez assurés que SSM Health a conscience de la sensibilité de vos informations personnelles et s'efforce de protéger votre confidentialité.

Toutes les communications concernant les créances contestées, y compris toute forme de paiement présenté en règlement intégral de la dette, doivent être reçues à l'adresse ci-dessous.

**Montants facturés contestés
PO Box 411997
St. Louis, MO 63141**

Les paiements présentés en règlement intégral d'une dette qui ne sont pas envoyés à cet endroit ne permettront pas de régler la totalité de la dette impayée.

Les demandes dûment remplies ou les questions concernant l'aide financière peuvent être soumises aux endroits suivants :


Par courrier

SSM Health : Service financiers aux patients
Attn : Financial Assistance
PO Box 411997
St. Louis, MO 63141


Par télécopieur

(314) 989-6734


Par e-mail

financialaid@ssmhealth.com


Par téléphone

(855) 989-6789

En personne

Veuillez consulter le conseiller financier de l'établissement dans lequel vous avez été pris en charge. Adresse indiquée ci-dessous.

Missouri

SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
1465 S. Grand Blvd.
St. Louis, MO 63104

SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
12303 DePaul Drive
St. Louis, MO 63044

SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
300 First Capitol Drive
St. Charles, MO 63301

SSM Health St. Clare Hospital - Fenton
1015 Bowles Ave
Fenton, MO 63026

SSM Health St. Louis University Hospital
1201 S. Grand Blvd
St. Louis, MO 63104

SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
2505 Mission Drive
Jefferson City, MO 65109

SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain

SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
1 Good Samaritan Way
Mount Vernon, IL 62864

Oklahoma

SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
1111 N. Dewey Ave.
Oklahoma City, OK 73103

SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
1000 N. Lee
Oklahoma City, OK 73102

Wisconsin

SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
707 14th St.
Baraboo, WI 53913

SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
700 S. Park St.
Madison, WI 53715

SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
3400 E. Racine St.
Janesville, WI 53546



DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Oklahoma

- SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

Wisconsin

- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
- SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
- SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

Illinois

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

ID du garant : _____
(exclusivement à usage administratif)

SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

500 Medical Drive
Wentzville, MO 63385

SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis

100 Medical Plaza
Lake Saint Louis, MO 63367

SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis

6420 Clayton Road
Richmond Heights, MO 63117

620 E. Monroe
Mexico, MO 65265

Illinois

SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

400 N. Pleasant Ave
Centralia, IL 62801

SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee

1102 W. Macarthur St.
Shawnee, OK 74804

SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

2825 Parklawn Drive
Midwest City, OK 73110

St. Agnes Hospital

430 East Division St.
Fond du Lac, WI 54935

Waupun Memorial Hospital

620 W. Brown St.
Waupun, WI 53963

Ripon Medical Center

845 Parkside St.
Ripon, WI 54971