



Memorial Healthcare System

Politique d'aide financière

Revised May2025

I. POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

Tout patient peut demander une aide financière. Toute autre personne responsable du paiement des soins du patient peut également en faire la demande. Tous les soins d'urgence et les soins médicalement nécessaires sont couverts par la politique d'aide financière. Le South Broward Hospital District, faisant affaire sous le nom de Memorial Healthcare System (MHS), procède au dépistage et au traitement des conditions médicales d'urgence conformément à la Pratique Standard intitulée « Transfert/Accès aux soins d'urgence », jointe à cette politique. Dans les cas où cette Pratique Standard ne s'applique pas, les demandes de rendez-vous pour les services de Memorial Healthcare sont examinées au cas par cas pour une aide financière. Les patients recherchant des soins d'urgence seront traités sans considération de leur admissibilité à une aide financière selon cette politique.

Cette politique s'applique à tous les établissements de MHS.

Memorial Regional Hospital
3501 Johnson Street
Hollywood, FL 33021
954-987-2000

Memorial Regional Hospital South
3600 Washington Street
Hollywood, FL 33021
954-966-4500

Joe DiMaggio Children's Hospital
1005 Joe DiMaggio Drive
Hollywood, FL 33021
954-265-5324

Memorial Hospital West
703 North Flamingo Road
Pembroke Pines, FL 33028
954-436-5000

Memorial Hospital Miramar
1901 SW 172 Avenue
Miramar, FL 33029
954-538-5000

Memorial Hospital Pembroke
7800 Sheridan Street
Pembroke Pines, FL 33024
954-962-9650

Memorial Pembroke 24/7 Care
801 South Douglas Road
Pembroke Pines, FL 33025
954-276-6501

Cette politique d'aide financière vous aidera à comprendre dans quelles situations une aide financière peut être accordée.

L'aide financière peut signifier des soins de charité (tels que définis par l'État de Floride ou les politiques du District) ou certains rabais pour les patients non assurés, comme expliqué plus en détail ci-dessous.

Pour bénéficier des soins de charité, le patient ou la personne responsable doit être incapable de payer les soins médicaux du patient. La capacité de payer est déterminée à l'aide des Lignes directrices fédérales sur la pauvreté (FPG), du revenu du patient ou du garant, et de la taille de la famille. Le gouvernement fédéral met à jour ces lignes directrices chaque année. La capacité de payer est également évaluée en examinant les actifs et, si nécessaire, les dettes et les résultats potentiels de litiges en cours liés à des réclamations de tiers.

Lorsque cela est demandé, MHS déterminera si le patient ou la personne responsable a la capacité de payer. Cet examen, ou dépistage, de l'aide financière est gratuit. Le montant de l'aide financière demandée doit être supérieur à 500 \$ pour l'ensemble des comptes combinés.

Les patients peuvent choisir de ne pas fournir de documentation financière et recevoir à la place une aide financière sous forme de tarifs réduits pour les paiements personnels. Ces tarifs sont disponibles pour les visites au service des urgences ainsi que pour la plupart des procédures ambulatoires et des séjours hospitaliers. Aucune aide financière ne sera accordée à un patient non assuré et non résident du South Broward Hospital District pour des soins non urgents mais médicalement nécessaires pouvant être assurés par le réseau de sécurité local de ce patient. Si aucun fournisseur de ce type n'existe pour le patient, une aide financière sera envisagée au cas par cas.

Le reste de cette politique d'aide financière fournit plus d'informations sur la manière de demander une aide financière. Elle vous indique quand vous serez considéré comme éligible à recevoir une aide financière. Elle vous explique aussi le montant de l'aide financière que vous recevrez si vous remplissez les conditions de cette politique.

II. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET MONTANTS DES RÉDUCTIONS

A. MHS recueillera des informations sur le revenu et la taille de la famille du patient ou de la personne responsable, ainsi que, si nécessaire, sur leurs actifs, dépenses et dettes. Ces données permettront de déterminer leur admissibilité à l'aide financière, le montant de la réduction qui leur sera accordée et la somme qu'ils devront payer.

B. MHS offrira des services de conseil en aide financière sur demande, sans frais supplémentaires, avant ou après que le patient ait reçu des soins.

C. Les admissions en hospitalisation peuvent faire l'objet d'un dépistage pour l'éligibilité à Medicaid. Si les critères de dépistage indiquent une éligibilité potentielle, le patient ou la personne responsable peut être tenu(e) de soumettre une demande à Medicaid avant l'approbation d'une aide financière.

D. Un patient ou une personne responsable peut demander une aide financière pour toute dette supérieure à 500 \$. Cela inclut toutes les sommes à la charge du patient non assuré ainsi que les soldes dus par les patients assurés après paiement de l'assurance. Cela comprend les franchises, la quote-part, les copaiements et les frais non couverts. Les critères suivants sont utilisés par MHS pour évaluer la demande :

i. Le patient ou la personne responsable peut être admissible à une réduction de 100 % si les conditions suivantes sont remplies :

1. Le patient ou la personne responsable doit remplir et signer un formulaire d'évaluation financière.
2. Le patient ou la personne responsable a un revenu total du ménage inférieur ou égal à 200 % du FPG (selon les FPG de 2025, une famille de quatre personnes gagnant 64 300 \$ par an est à 200 % du FPG), comme décrit dans le Tableau A ; et
3. Le patient ou la personne responsable a des actifs liquides du ménage inférieurs à 10 000 \$. Les actifs liquides comprennent l'argent comptant, les soldes de comptes chèques, les soldes de comptes d'épargne, les véhicules, bateaux, biens personnels négociables, actions, obligations ou autres instruments négociables, et les biens immobiliers autres que la résidence principale. Les actifs liquides n'incluent pas la résidence principale, le premier véhicule ou les fonds de retraite non accessibles sans pénalité ; ou
4. Le patient ou la personne responsable a un solde dû qui dépasse 25 % de son revenu annuel du ménage, mais uniquement si le revenu annuel du ménage est inférieur à quatre fois le FPG pour une famille de quatre personnes.

5. Le patient est non identifié après 6 mois. Pendant ces 6 mois, MHS aura épuisé tous les moyens pour identifier le patient, y compris en collaborant avec les autorités locales, étatiques et fédérales chargées de l'application de la loi.

ii. Le patient ou la personne responsable peut être admissible à une réduction progressive si les conditions suivantes sont remplies :

1. Le patient ou la personne responsable a un revenu total du ménage compris entre 201 % et 400 % du FPG (selon les FPG de 2025, une famille de quatre personnes gagnant 128 600 \$ est à 400 %) ;
2. Le montant de la réduction dépend du revenu du patient ou de la personne responsable et de l'établissement. (Voir le Tableau A pour plus de détails) ; ou
3. En aucun cas un patient admissible à l'aide financière ne sera tenu de payer plus de 10 % de son revenu annuel total du ménage.

iii. Les patients peuvent faire l'objet d'un dépistage présomptif pour l'aide financière sans qu'une demande signée soit requise. Ce dépistage utilise le modèle propriétaire communautaire FinThrive. MHS prendra également en compte les comptes antérieurs datant des douze mois précédents ou des douze mois suivant le dernier paiement d'assurance.

1. Le patient ou la personne responsable ayant un revenu total du ménage inférieur ou égal à 200 % du FPG sera admissible à une réduction de 100 %.
2. Le patient ou la personne responsable ayant un revenu total du ménage compris entre 201 % et 400 % sera admissible à une réduction progressive.
3. En aucun cas un patient admissible à l'aide financière ne sera tenu de payer plus de 10 % de son revenu annuel total du ménage.

iv. D'autres formes d'aide financière peuvent être accordées dans le cadre du processus abrégé d'approbation de l'aide financière décrit ci-dessous:

1. Jours ou prestations ambulatoires de Medicaid épuisés ;
2. Traitement involontaire en vertu de la loi Baker;
3. Le patient est décédé, aucun testament ou dossier de succession n'a été déposé auprès du tribunal du comté de résidence du patient après six mois suivant la date du décès. Une fois ce critère vérifié par MHS, les soldes impayés seront réduits de 100 %.

4. Les patients ayant une approbation valide d'aide financière du North Broward Hospital District n'auront pas à refaire une demande pour une aide financière du South Broward Hospital District pour des services d'urgence.

E. Les informations financières des résidents du South Broward Hospital District qui remplissent les conditions pour obtenir une aide financière seront valables pendant un an, sauf si MHS a des raisons de les remettre en question. Lorsque MHS approuve une aide financière pour un patient ou une personne responsable, MHS tiendra également compte des comptes contractés au cours des douze mois précédents. Aux fins de la Politique d'Aide Financière, un résident est une personne qui a établi son domicile à l'intérieur des limites géographiques du South Broward Hospital District, où elle réside de manière permanente ou pour une période prolongée, et non comme visiteur, touriste ou à des fins temporaires ou de convenance, et ne prétend pas résider de façon fictive.

F. Les patients ou les personnes responsables peuvent faire une demande d'aide financière jusqu'à un an après la date du service ou dans les douze mois suivant le dernier paiement d'assurance.

G. Les résidents du South Broward Hospital District qui ont été acceptés comme membres de Memorial Primary Care devront payer des quotes-parts pour :

- i. Les services de pharmacie ambulatoire
- ii. Les consultations dans les cliniques de soins primaires
- iii. Les services ambulatoires hospitaliers
- iv. Les visites au service des urgences

H. Les patients ou les personnes responsables qui sont admissibles à l'aide financière mais ne résident pas dans le South Broward Hospital District ne seront approuvés que pour chaque date de service individuellement.

I. À la demande du patient ou de la personne responsable, MHS fournira une déclaration écrite indiquant qu'ils sont admissibles à une aide financière.

J. Cette Politique d'Aide Financière s'applique uniquement aux services fournis par MHS dans ses établissements et aux services dispensés par des médecins employés par MHS. Une liste du personnel médical indiquant leur adhésion à cette politique est disponible ici :

<https://www.mhs.net/-/media/mhs/files/patients-and-visitors/financial-assistance/en/providers.pdf?la=en>

et elle est disponible en téléchargement gratuit. Des copies papier sont disponibles sur demande par courrier, par e-mail à l'adresse **MyBill@mhs.net**, ainsi qu'aux services d'admission et aux guichets d'inscription des urgences, sans frais.

III. BASE DE CALCUL DES MONTANTS FACTURÉS AUX PATIENTS

Une fois que MHS a déterminé qu'un patient ou une personne responsable est admissible à une aide financière en vertu de cette Politique d'Aide Financière, il ou elle ne sera pas facturé(e) plus que les **Montants Généralement Facturés (AGB)**. Chez MHS, l'AGB est déterminé selon la **méthode de rétrospection** (« Look-back method »), calculée comme suit :

MHS examine toutes les réclamations payées au cours d'une période de douze mois. Cela comprend les réclamations relatives à Medicare, aux assurances commerciales et aux régimes de soins gérés. Ce montant inclut les quotes-parts du patient, les copaiements et les franchises. Les régimes de remplacement Medicaid ne sont pas inclus dans ces calculs. Ce montant représente la somme des paiements attendus.

Le pourcentage AGB est calculé en divisant la somme des paiements reçus par la somme des charges totales facturées. Ce pourcentage est ensuite multiplié par les charges totales pour chaque visite patient afin d'obtenir l'AGB correspondant. MHS a calculé l'AGB pour chaque établissement et a adopté le taux le plus bas pour chacun de ses établissements. Les patients peuvent demander par écrit l'AGB actuel de chaque établissement et/ou une comparaison entre la réduction pour les non-assurés et les réductions appliquées aux assurés.

L'**Annexe A** contient l'AGB pour chaque établissement et peut être consultée à l'adresse suivante : www.mhs.net/financialaid, où vous pouvez accéder au document, le télécharger, l'imprimer et le visualiser sans frais, sans créer de compte ni utiliser de matériel ou logiciel spécial.

Vous pouvez également appeler le service d'éligibilité au **(954) 276-5760** pour demander qu'une copie papier vous soit envoyée gratuitement par courrier. Des copies papier sont également disponibles dans tous les lieux publics des établissements, y compris aux urgences et aux admissions.

IV. PROCESSUS DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Le patient ou la personne responsable peut demander un rendez-vous avec les **Services Financiers aux Patients** en appelant le **(954) 276-5501**, ou avec le **Service d'Éligibilité** en appelant le **(954) 276-5760**. Le patient peut également faire une demande en personne dans l'un des lieux mentionnés dans la Section I, auprès des services d'admission/enregistrement ou du **Service d'Éligibilité** situé à :

Memorial Support Services
2900 Corporate Way
Miramar, FL 33025

Ces demandes doivent être faites entre **8h00 et 16h30**, du **lundi au vendredi**. MHS fournira.

des informations ou une assistance dans le processus d'éligibilité lorsque tout patient ou toute personne responsable déclare ne pas pouvoir régler son solde ou demande un formulaire de demande d'aide financière. Cette déclaration doit être adressée au **Service d'Éligibilité de MHS**, aux **Services Financiers aux Patients de MHS** ou au **service des Comptes Clients**.

A. Pour bénéficier d'une réduction de 100 % dans le cadre de la charité médicale, le patient ou la personne responsable doit remplir un **Formulaire d'Évaluation Financière**, disponible dans le **Tableau C**. Les patients devront fournir la documentation mentionnée dans le **Tableau D** lorsqu'ils font une demande de services de soins primaires ou une dispense de la part à charge des patients couverts par Medicare. Toute **activité de recouvrement exceptionnelle** sera suspendue pendant une durée maximale de 120 jours à compter de la date de la demande d'aide, le temps que le patient ou la personne responsable suivre le processus de demande dans le cadre de cette Politique d'Aide Financière. Cette suspension permet de disposer d'un délai raisonnable pour recevoir tous les documents nécessaires à l'évaluation de l'éligibilité. Le personnel du service d'éligibilité informera le patient par écrit ou par téléphone en cas de documents manquants ou incomplets.

B. MHS peut compléter ou vérifier les informations fournies par le patient ou la personne responsable à l'aide de l'un des moyens suivants :

- i. **LexisNexis** – fournit l'accès aux registres publics
- ii. **FinThrive** – fournit des informations de crédit
- iii. **Experian** – fournit des informations de crédit
- iv. **MapQuest** – fournit des informations d'adresse
- v. Divers sites internet fournissant des données issues de registres publics, comme indiqué dans le **Tableau E**

C. Toutes les demandes seront examinées de manière équitable et feront l'objet d'une décision basée sur les Lignes directrices fédérales sur la pauvreté (FPG) et sur la capacité de paiement du patient.

V. RECOURS EN CAS DE DÉCISION D'ÉLIGIBILITÉ

Tout patient ou toute personne responsable peut déposer un recours si MHS refuse une aide financière ou s'il/elle estime qu'une erreur a été commise dans le niveau d'aide accordée. La demande doit être formulée par écrit ou par téléphone auprès du **Service d'Éligibilité au (954) 276-5760**. Le montant total des comptes concernés doit dépasser

5 000,00 \$. La procédure de recours est décrite dans une politique distincte jointe à la présente politique.

VI. MESURES POUVANT ÊTRE PRISES EN CAS DE NON-PAIEMENT

A. Les étapes suivantes seront suivies pour recouvrer les soldes dus par les patients si aucune demande d'aide financière n'est effectuée ou appliquée selon les politiques ci-dessus, ou après un refus d'aide financière :

- i. Une facture initiale est envoyée au patient ou à la personne responsable après la sortie.
- ii. Un relevé est envoyé 30 jours après la facture initiale, avec des relevés supplémentaires tous les 30 jours pendant les 90 jours suivants. Si un paiement partiel est reçu, la série de relevés recommencera et se poursuivra pendant 120 jours.
- iii. Des appels téléphoniques peuvent être effectués durant cette période.
- iv. Après 120 jours suivant la sortie, si aucune demande d'aide financière n'a été faite, si aucun plan de paiement n'a été mis en place, aucun paiement partiel reçu, ou aucun recours demandé, le compte peut être confié à une **agence de recouvrement principale**.
- v. Après un an, le compte peut être confié à une **agence de recouvrement secondaire**.

B. En cas d'**urgence de santé publique (PHE)**, MHS peut décider qu'aucun relevé patient ne sera envoyé et qu'aucune mesure de recouvrement ne sera entreprise tant que l'impact de l'urgence ne sera pas réduit dans le comté de South Broward. Cette décision sera prise par le **Vice-Président du Cycle des Revenus** et le **Directeur Financier de MHS**.

C. Pendant les 120 premiers jours suivant la date d'émission de la première facture après la sortie, MHS n'entreprendra **aucune** des actions de recouvrement mentionnées ci-dessous dans cette section. De plus, MHS **n'engagera aucune action de recouvrement** sans avoir préalablement fait des efforts raisonnables pour déterminer l'éligibilité du patient selon la Politique d'Aide Financière. MHS informera le patient ou la personne responsable **par écrit 30 jours à l'avance** avant de débuter toute action de recouvrement décrite ci-dessous.

- i. engager une action en justice
- ii. demander un jugement
- iii. différer ou refuser des soins après qu'il a été déterminé par le médecin du patient qu'aucune condition médicale d'urgence n'existe, si le patient ou la personne responsable a des soldes impayés transférés à des agences de recouvrement, jusqu'à ce que des modalités de paiement adéquates aient été mises en place pour ces soldes.

L'avis écrit informera le patient ou la personne responsable que **l'aide financière est disponible** pour les personnes admissibles, précisera les actions de recouvrement que MHS entend entreprendre pour obtenir le paiement, et indiquera une **date limite** après laquelle ces actions peuvent être engagées, laquelle ne peut être antérieure à **30 jours après la date d'envoi de l'avis**. Cet avis inclura également un **Résumé en langage clair de la Politique d'Aide Financière**.

MHS fera également un **effort raisonnable pour informer oralement** le patient ou la personne responsable de l'existence de la Politique d'Aide Financière et de la manière d'obtenir de l'aide pour le processus de demande.

Le **service des Comptes Clients** a l'autorité finale pour déterminer si MHS a fait les efforts raisonnables nécessaires pour établir si une personne est admissible à une aide financière selon la Politique d'Aide Financière, et peut engager les actions de recouvrement décrites ci-dessus.

VII. EFFORTS POUR FAIRE CONNAÎTRE LARGEMENT LA POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

A. MHS mettra à disposition la **Politique d'Aide Financière**, le **Formulaire d'Évaluation Financière**, les **Montants Généralement Facturés (AGB)**, ainsi qu'un **Résumé en langage clair de la Politique d'Aide Financière** sur son site internet : www.mhs.net/financialaid.

La Politique d'Aide Financière, le formulaire de demande d'aide financière, les AGB et le résumé en langage clair seront disponibles **en anglais, espagnol, français, créole haïtien, portugais, vietnamien et russe, sans frais**.

Ces documents peuvent également être demandés **gratuitement** en personne aux services d'admission ou d'enregistrement des urgences de tout établissement MHS, ou en appelant le **Service Financier aux Patients au (954) 276-5501** pour recevoir des copies **par courrier, sans frais**.

B. Des avis publics seront clairement et visiblement affichés dans des endroits accessibles au public, y compris dans toutes les zones d’admission et des urgences. Ces avis expliqueront que MHS propose un **Programme d’Aide Financière** aux personnes non assurées ou sous-assurées. Ces avis seront traduits dans les **mêmes langues** que les autres documents du programme d’aide financière (FAP).

La notification de cette politique, qui inclut les coordonnées de contact, sera distribuée par MHS par divers moyens, notamment des **avis joints aux relevés des patients** et aux **formulaires d’admission** dans les services d’admission, d’enregistrement et des urgences, ainsi que dans d’autres lieux publics que MHS pourra choisir. MHS informera les membres de la communauté qu’il dessert au sujet du programme d’aide financière de manière **raisonnablement calculée pour atteindre les personnes les plus susceptibles d’avoir besoin d’une aide financière**.

Pour toute question concernant cette politique, vous pouvez contacter MHS pendant les heures ouvrables au **(954) 276-5501**.

Annexe A

Memorial Regional Hospital

Soldes dus par le patient	
REVENU	MONTANT DE LA REMISE
Jusqu'à 200 % du FPG	Remise de 100 %
201% - 250% du FPG	Remise de 90%
251% - 300% du FPG	Remise de 85%
301% - 350% du FPG	Remise de 82%
351% - 400% du FPG	Remise de 82%

Memorial Regional Hospital South

Soldes dus par le patient	
REVENU	MONTANT DE LA REMISE
Jusqu'à 200 % du FPG	Remise de 100 %
201% - 250% du FPG	Remise de 90%
251% - 300% du FPG	Remise de 85%
301% - 350% du FPG	Remise de 82%
351% - 400% du FPG	Remise de 82%

Joe DiMaggio Children's Hospital

Soldes dus par le patient	
REVENU	MONTANT DE LA REMISE
Jusqu'à 200 % du FPG	Remise de 100 %
201% - 250% du FPG	Remise de 90%
251% - 300% du FPG	Remise de 85%
301% - 350% du FPG	Remise de 82%
351% - 400% du FPG	Remise de 82%

Memorial Hospital West

Soldes dus par le patient	
REVENU	MONTANT DE LA REMISE
Jusqu'à 200 % du FPG	Remise de 100 %
201% - 250% du FPG	Remise de 90%
251% - 300% du FPG	Remise de 85%
301% - 350% du FPG	Remise de 85%
351% - 400% du FPG	Remise de 85%

Memorial Hospital Miramar

Soldes dus par le patient	
REVENU	MONTANT DE LA REMISE
Jusqu'à 200 % du FPG	Remise de 100 %
201% - 250% du FPG	Remise de 90%
251% - 300% du FPG	Remise de 85%
301% - 350% du FPG	Remise de 80%
351% - 400% du FPG	Remise de 79%

Memorial Hospital Pembroke

Soldes dus par le patient	
REVENU	MONTANT DE LA REMISE
Jusqu'à 200 % du FPG	Remise de 100 %
201% - 250% du FPG	Remise de 90%
251% - 300% du FPG	Remise de 85%
301% - 350% du FPG	Remise de 82%
351% - 400% du FPG	Remise de 82%

Memorial Employed Physician Group/Urgent Care/Specialty Pharmacy

Soldes dus par le patient	
REVENU	MONTANT DE LA REMISE
Jusqu'à 200 % du FPG	Remise de 100 %
201% - 250% du FPG	Remise de 90%
251% - 300% du FPG	Remise de 85%
301% - 350% du FPG	Remise de 80%
351% - 400% du FPG	Remise de 75%

