



POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Revised May2025

I. POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Qualquer paciente pode solicitar assistência financeira. Qualquer outra pessoa responsável pelo pagamento do atendimento do paciente também pode solicitar assistência financeira. Todos os atendimentos de emergência e cuidados médicos necessários estão cobertos pela política de assistência financeira. O South Broward Hospital District, operando como Memorial Healthcare System (MHS), fornece triagem e tratamento de condições médicas de emergência de acordo com a Prática Padrão intitulada “Transferência/Acesso ao Atendimento de Emergência”, anexada a esta política. Nos casos em que essa Prática Padrão não se aplica, os pedidos para agendar serviços do Memorial Healthcare com antecedência são analisados individualmente quanto à elegibilidade para assistência financeira. Pacientes que procuram atendimento de emergência serão tratados independentemente de sua elegibilidade para assistência financeira sob esta política.

Esta política se aplica a todas as unidades do 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 Steet
Pembroke Pines, FL 33024
954-962-9650

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

Esta Política de Assistência Financeira ajudará você a entender quando a assistência financeira será concedida.

A assistência financeira pode significar atendimento beneficente (conforme definido pelo Estado da Flórida ou pelas políticas do Distrito) ou certos descontos para pessoas sem seguro, conforme explicado mais adiante.

Para atendimento beneficente, o paciente ou responsável financeiro deve ser incapaz de pagar pelo atendimento médico. A capacidade de pagamento é determinada com base nas Diretrizes Federais de Pobreza (Federal Poverty Guidelines – FPG), na renda do paciente ou do fiador e no tamanho da família. O governo federal atualiza essas diretrizes anualmente. A capacidade de pagamento também é determinada pela análise de bens e, se necessário, de dívidas e dos possíveis resultados de litígios pendentes envolvendo responsabilidade de terceiros.

Quando solicitado, o MHS determinará se o paciente ou o responsável tem capacidade de pagamento. Essa análise, ou triagem, para assistência financeira é gratuita. O valor da assistência financeira solicitada deve ser superior a US\$ 500, considerando todas as contas combinadas.

Os pacientes podem optar por não fornecer documentação financeira e, em vez disso, receber assistência financeira na forma de tarifas com desconto para pagamento próprio. Essas tarifas estão disponíveis para visitas ao Departamento de Emergência, bem como para a maioria dos procedimentos ambulatoriais e internações. A assistência financeira não será concedida a nenhum paciente sem seguro que não resida no South Broward Hospital District para cuidados médicos necessários não emergenciais que possam ser prestados por uma unidade pública de saúde local. Se não houver provedor público de saúde para aquele paciente, a assistência financeira será determinada caso a caso.

O restante desta Política de Assistência Financeira fornece mais informações sobre como você pode solicitar assistência financeira. Ela informa quando você será considerado elegível para receber assistência financeira. Também informa quanto de assistência financeira você receberá ao atender aos requisitos desta Política de Assistência Financeira.

II. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E VALORES DE DESCONTO

- A. O MHS coletará informações sobre a renda e o tamanho da família do paciente ou de outra parte responsável e, se necessário, sobre seus bens, despesas e dívidas. O resultado determinará a elegibilidade para assistência financeira, o valor do desconto que será concedido e o valor que deverá ser pago.
- B. O MHS fornecerá orientação sobre Assistência Financeira mediante solicitação, sem custo adicional, antes ou depois de o paciente receber os serviços.
- C. Admissões hospitalares podem ser analisadas quanto à elegibilidade para o Medicaid. Se os critérios de triagem indicarem possível elegibilidade, o paciente ou responsável poderá ser solicitado a enviar uma solicitação ao Medicaid antes da aprovação da Assistência Financeira.
- D. Um paciente ou responsável pode solicitar assistência financeira para qualquer dívida superior a US\$ 500. Isso inclui todos os valores de responsabilidade do paciente sem seguro, bem como saldos devidos por pacientes com seguro após o pagamento da seguradora. Isso inclui franquias, cosseguro, coparticipações e encargos não cobertos. Os seguintes critérios são utilizados quando o MHS analisa o pedido:
 - i. O paciente ou responsável pode se qualificar para um desconto de 100% se os seguintes critérios forem atendidos:
 - 1. O paciente ou responsável deve preencher e assinar um Formulário de Avaliação Financeira.
 - 2. O paciente ou responsável possui uma renda familiar total igual ou inferior a 200% das Diretrizes Federais de Pobreza (FPG). (De acordo com as FPG de 2025, uma família de quatro pessoas com renda anual de US\$ 64.300 está em 200% da FPG), conforme descrito na Tabela A; e
 - 3. O paciente ou responsável possui ativos líquidos inferiores a US\$ 10.000. Os ativos líquidos incluem dinheiro em espécie, saldos de contas correntes, saldos de contas poupança, veículos, barcos, bens pessoais comercializáveis, ações, títulos ou outros instrumentos negociáveis e imóveis que não sejam a residência principal. Ativos líquidos não incluem a residência principal, o primeiro veículo ou fundos de aposentadoria que não possam ser acessados sem penalidade; ou
 - 4. O paciente ou responsável possui um saldo devedor que excede 25% da renda familiar anual, mas somente se a renda familiar anual for inferior a 4 vezes a FPG para uma família de quatro pessoas.

5. O paciente permanece não identificado após 6 meses. Durante esses 6 meses, o MHS esgotará todos os esforços para identificar o paciente, incluindo a cooperação com agências de aplicação da lei locais, estaduais e federais.

ii. paciente ou responsável pode se qualificar para um desconto proporcional conforme a escala móvel, se os seguintes critérios forem atendidos:

1. O paciente ou responsável tem uma renda familiar total entre 201% e 400% das Diretrizes Federais de Pobreza (FPG). (De acordo com as FPG de 2025, uma família de quatro pessoas com renda anual de US\$ 128.600 está em 400% da FPG);
2. O valor do desconto depende da renda do paciente ou responsável e da unidade de atendimento. (Consulte a Tabela A como referência); ou
3. Em nenhum momento um paciente que se qualifica para assistência financeira será responsável por mais de 10% de sua renda familiar anual total.

iii. Os pacientes podem ser triados presumidamente para assistência financeira sem necessidade de uma solicitação assinada. Essa triagem utiliza o modelo proprietário baseado na comunidade FinThrive. O MHS também considerará contas anteriores contraídas nos doze meses anteriores ou doze meses após o último pagamento do seguro.

1. O paciente ou responsável com renda familiar total igual ou inferior a 200% das FPG se qualificará para o desconto de 100%.
2. O paciente ou responsável com renda familiar total entre 201% e 400% se qualificará para o desconto proporcional da escala móvel.
3. Em nenhum momento um paciente que se qualifica para assistência financeira será responsável por mais de 10% de sua renda familiar anual total.

iv. Outras formas de assistência financeira podem ser concedidas por meio do processo abreviado de aprovação de Assistência Financeira descrito abaixo:

1. Dias de cobertura ou benefícios ambulatoriais do Medicaid esgotados
2. Tratamento involuntário sob a Lei Baker (Baker Act)
3. O paciente está falecido e nenhum inventário foi registrado no tribunal do condado de residência do paciente após seis meses da data de falecimento. Quando esse critério for verificado pelo MHS, os saldos devidos serão totalmente descontados (100%).
4. Pacientes que possuem uma aprovação válida de assistência financeira do North Broward Hospital District não precisarão reaplicar para a assistência financeira do South Broward Hospital District para serviços de emergência.

- E. As informações financeiras dos residentes do South Broward Hospital District que se qualificam para assistência financeira serão válidas por um ano, a menos que o MHS tenha motivos para questioná-las. Quando o MHS aprova a assistência financeira para um paciente ou responsável, o MHS também considerará as contas contraídas nos doze meses anteriores. Para fins da Política de Assistência Financeira, um "residente" é aquele que estabelece sua residência dentro dos limites geográficos do South Broward Hospital District, onde vive permanentemente ou por um período prolongado, e não como visitante, turista ou por algum outro motivo ou conveniência temporária, e que não esteja fingindo residência.
- F. Pacientes ou responsáveis podem solicitar assistência financeira até um ano após a data do serviço ou doze meses após o último pagamento do seguro.
- G. Residentes do South Broward Hospital District que forem aceitos como membros da Memorial Primary Care terão coparticipações para:
 - i. Serviços de farmácia ambulatorial
 - ii. Visitas à clínica de cuidados primários
 - iii. Serviços hospitalares ambulatoriais
 - iv. Visitas ao departamento de emergência
- H. Pacientes ou responsáveis que se qualificam para assistência financeira e não residem no South Broward Hospital District serão aprovados apenas para cada data específica de atendimento.
- I. Mediante solicitação do paciente ou responsável, o MHS enviará uma declaração por escrito confirmando que ele(a) se qualifica para assistência financeira.
- J. Esta Política de Assistência Financeira se aplica apenas aos serviços prestados pelo MHS em suas instalações e aos serviços prestados por médicos empregados pelo MHS. Uma lista da equipe médica indicando sua adesão a esta Política de Assistência Financeira pode ser encontrada aqui: <https://www.mhs.net/-/media/mhs/files/patients-and-visitors/financial-assistance/en/providers.pdf?la=en> e está disponível para download gratuito. Cópias impressas estão disponíveis mediante solicitação por correio ou e-mail. **MyBill@mhs.net** e nas áreas de admissão e de registro de emergência, sem custo.

III. BASE PARA O CÁLCULO DOS VALORES COBRADOS AOS PACIENTES

Uma vez que o MHS determine que um paciente ou responsável se qualifica para receber assistência financeira conforme esta Política de Assistência Financeira, ele ou ela não será cobrado mais do que os Valores Geralmente Faturados (AGB – *Amounts Generally Billed*). No MHS, o AGB é determinado pelo “método retrospectivo” (*Look-back method*), calculado da seguinte forma:

O MHS analisa todas as faturas anteriores que foram pagas em um período de doze meses. Isso inclui faturas pagas por Medicare, planos comerciais e de assistência gerenciada durante esse período. Esse valor inclui coparticipações, pagamentos diretos e franquias pagas pelo paciente. Planos substitutos do Medicaid não são incluídos nesses cálculos. Esse valor representa a soma dos pagamentos esperados.

A porcentagem de AGB é calculada dividindo-se a soma dos pagamentos pela soma total dos valores cobrados. Essa porcentagem é então multiplicada pelo total cobrado em cada atendimento para calcular o AGB referente àquele atendimento. O MHS calculou o AGB para cada unidade e adotou a menor taxa para cada instalação do MHS. Os pacientes podem solicitar por escrito a taxa de AGB atual de cada unidade e/ou como o desconto para não segurados se compara aos descontos para segurados.

O Anexo A contém o AGB de cada unidade e pode ser acessado aqui: www.mhs.net/financialaid, onde você pode visualizar, baixar, imprimir e acessar o documento sem pagar taxa, criar conta ou precisar de hardware/software especial.

Você também pode ligar para o Departamento de Elegibilidade pelo telefone **(954) 276-5760** para solicitar uma cópia impressa gratuita pelo correio. Cópias impressas também estão disponíveis em todos os locais públicos das unidades, incluindo a sala de emergência e as áreas de admissão.

IV. PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

O paciente ou responsável pode solicitar um agendamento com os Serviços Financeiros ao Paciente pelo telefone **(954) 276-5501** ou com o Departamento de Elegibilidade pelo telefone **(954) 276-5760**. O paciente também pode solicitar pessoalmente em qualquer um dos locais listados na Seção I, nos departamentos de Admissão/Registro ou no Departamento de Elegibilidade no Memorial Support Services, 2900 Corporate Way, Miramar, FL 33025. Essas solicitações devem ser feitas entre 8:00 e 16:30, de segunda a sexta-feira. O MHS fornecerá informações ou assistência no processo de elegibilidade sempre que qualquer paciente ou responsável informar que não pode pagar seu saldo ou solicitar um formulário de solicitação de assistência financeira. A declaração deve ser feita ao Departamento de Elegibilidade do MHS, aos Serviços Financeiros ao Paciente do MHS ou ao departamento de Contas a Receber.

A. Para se qualificar para um desconto de caridade de 100%, o paciente ou os responsáveis devem preencher um Formulário de Avaliação Financeira, que pode ser encontrado na Tabela C. Os pacientes deverão fornecer a documentação descrita na Tabela D ao solicitar serviços de cuidados primários ou isenção da responsabilidade do paciente no Medicare. Atividades extraordinárias de cobrança serão suspensas por até 120 dias a partir da data da solicitação de assistência, enquanto o paciente ou os responsáveis estiverem no processo de solicitação da Política de Assistência Financeira. Essa suspensão permite um prazo razoável para o recebimento de todos os documentos necessários para determinar a elegibilidade. A equipe do departamento de Elegibilidade notificará o paciente por escrito ou por telefone caso haja documentação ausente ou incompleta.

B. O MHS pode complementar ou confirmar as informações fornecidas pelo paciente ou responsável utilizando qualquer um dos seguintes meios:

- i. LexisNexis – fornece acesso a registros públicos
- ii. FinThrive – fornece informações de credit
- iii. Experian – fornece informações de crédito
- iv. MapQuest – fornece informações de endereço
- v. Diversos sites que fornecem informações de registros públicos, conforme listado na Tabela E

C. Todas as solicitações receberão consideração igual e terão uma decisão baseada nas Diretrizes Federais de Pobreza (FPG) e na capacidade de pagamento do paciente.

V. APELAÇÃO DA DECISÃO DE ELEGIBILIDADE

Qualquer paciente ou responsável pode solicitar uma apelação quando o MHS negar assistência financeira ou se ele(a) acreditar que houve um erro no nível de assistência concedido. A solicitação deve ser feita por escrito ou por telefone ao Departamento de Elegibilidade, pelo número **(954) 276-5760**. O valor total das contas deve exceder **US\$ 5.000,00**. O processo de apelação está descrito em uma política separada anexada a esta política.

VI. AÇÕES QUE PODEM SER TOMADAS EM CASO DE INADIMPLÊNCIA

A. As seguintes etapas serão tomadas para cobrar os saldos devidos pelos pacientes caso nenhuma solicitação de assistência financeira seja feita, ou se não se aplicar conforme as políticas descritas acima, ou após a assistência financeira ter sido negada:

- i.** Uma fatura inicial é enviada ao paciente ou responsável após a alta.
- ii.** Um extrato é enviado 30 dias após a fatura inicial, com novos extratos enviados a cada 30 dias ao longo dos próximos 90 dias. Se um pagamento parcial for recebido, a sequência de extratos será reiniciada e continuará por 120 dias.
- iii.** Podem ser feitas ligações telefônicas durante esse período.
- iv.** Após 120 dias da alta, se ninguém tiver solicitado assistência financeira, ou se nenhum plano de pagamento tiver sido estabelecido, nenhum pagamento parcial recebido, ou nenhum recurso de assistência financeira tiver sido solicitado, a conta poderá ser encaminhada para uma agência primária de cobrança de dívidas.
- v.** Após 1 ano, a conta poderá ser encaminhada para uma agência secundária de cobrança de dívidas.

B. No caso de uma Emergência de Saúde Pública (PHE), o MHS poderá decidir que nenhuma correspondência de cobrança será enviada ao paciente e que nenhuma ação de cobrança será tomada enquanto o impacto da PHE não tiver sido reduzido no Condado de South Broward. Essa decisão será tomada pelo Vice-presidente do Ciclo de Receita e pelo Diretor Financeiro (CFO) do MHS.

C. Durante os primeiros 120 dias a partir da data do primeiro extrato de cobrança pós-alta, o MHS não iniciará nenhuma das ações de cobrança mencionadas abaixo nesta seção. Além disso, o MHS não tomará nenhuma das ações de cobrança descritas sem antes fazer esforços razoáveis para determinar a elegibilidade do paciente de acordo com a Política de Assistência Financeira. O MHS notificará o paciente ou responsável por escrito com 30 dias de antecedência antes de iniciar qualquer uma das ações de cobrança mencionadas nesta seção.

- i.** Entrar com ação judicial
- ii.** Solicitar um julgamento judicial
- iii.** Adiar ou negar atendimento após ter sido determinado pelo médico do paciente que não existe uma condição médica de emergência, caso o paciente ou responsável possua saldos pendentes encaminhados para agências de cobrança de dívidas inadimplidas, até que sejam feitos acordos de pagamento adequados para esses saldos.

A notificação por escrito informará o paciente ou responsável que a assistência financeira está disponível para indivíduos elegíveis, identificará as ações de cobrança que o MHS pretende iniciar para

obter o pagamento e indicará um prazo após o qual tais ações de cobrança poderão ser iniciadas — esse prazo não será inferior a 30 dias a partir da data em que a notificação por escrito for fornecida. A notificação incluirá o Resumo em Linguagem Simples da Política de Assistência Financeira. O MHS também fará um esforço razoável para informar oralmente o paciente ou responsável sobre a Política de Assistência Financeira e como ele pode obter ajuda com o processo de solicitação.

O departamento de Contas a Receber tem autoridade final para determinar que o MHS fez esforços razoáveis para verificar se o indivíduo é elegível para assistência financeira conforme a Política de Assistência Financeira e pode iniciar as ações de cobrança descritas acima.

VII. ESFORÇOS PARA DIVULGAR AMPLAMENTE A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

A. O MHS disponibilizará a Política de Assistência Financeira, o Formulário de Avaliação Financeira, os Valores Geralmente Faturados (AGB) e um resumo em linguagem simples da Política de Assistência Financeira em seu site: www.mhs.net/financialaid. A Política de Assistência Financeira, o Formulário de Solicitação de Assistência Financeira, o AGB e o Resumo em Linguagem Simples estarão disponíveis em **inglês, espanhol, francês, crioulo haitiano, português, vietnamita e russo**, gratuitamente. Esses documentos também podem ser solicitados gratuitamente, pessoalmente, em qualquer área de admissão ou registro da emergência do MHS, ou por telefone, ligando para o Departamento de Serviços Financeiros ao Paciente pelo número **(954) 276-5501**, para que as cópias sejam enviadas gratuitamente pelo correio.

B. Avisos públicos serão afixados de forma clara e visível em locais acessíveis ao público, incluindo todas as áreas de registro e salas de emergência. Esses avisos explicarão que o MHS oferece um Programa de Assistência Financeira para indivíduos que não possuem seguro ou possuem seguro insuficiente. Esses avisos serão traduzidos para os mesmos idiomas que os demais materiais da Política de Assistência Financeira (FAP).

A notificação desta política, que inclui informações de contato, será distribuída pelo MHS por diversos meios, incluindo avisos anexados aos extratos dos pacientes e aos formulários de admissão nas áreas de admissão, registro e salas de emergência, bem como por outros locais públicos conforme o MHS considerar apropriado. O MHS notificará e informará os membros da comunidade atendida pelo MHS sobre a Política de Assistência Financeira (FAP) de uma maneira razoavelmente planejada para alcançar aqueles membros da comunidade que têm maior probabilidade de necessitar de assistência financeira do MHS. Dúvidas sobre esta política podem ser esclarecidas durante o horário comercial pelo telefone **(954) 276-5501**.

Anexo A

Memorial Regional Hospital

SALDOS DEVIDOS PELO PACIENTE	
RENDA	VALOR DO DESCONTO
Até 200% do FPG	Desconto de 100%
201% - 250% do FPG	Desconto de 90%
251% - 300% do FPG	Desconto de 85%
301% - 350% do FPG	Desconto de 82%
351% - 400% do FPG	Desconto de 82%

Memorial Regional Hospital South

SALDOS DEVIDOS PELO PACIENTE	
RENDA	VALOR DO DESCONTO
Até 200% do FPG	Desconto de 100%
201% - 250% do FPG	Desconto de 90%
251% - 300% do FPG	Desconto de 85%
301% - 350% do FPG	Desconto de 82%
351% - 400% do FPG	Desconto de 82%

Joe DiMaggio Children's Hospital

SALDOS DEVIDOS PELO PACIENTE	
RENDA	VALOR DO DESCONTO
Até 200% do FPG	Desconto de 100%
201% - 250% do FPG	Desconto de 90%
251% - 300% do FPG	Desconto de 85%
301% - 350% do FPG	Desconto de 82%
351% - 400% do FPG	Desconto de 82%

Memorial Hospital West

SALDOS DEVIDOS PELO PACIENTE	
RENDA	VALOR DO DESCONTO
Até 200% do FPG	Desconto de 100%
201% - 250% do FPG	Desconto de 90%
251% - 300% do FPG	Desconto de 85%
301% - 350% do FPG	Desconto de 85%
351% - 400% do FPG	Desconto de 85%

Memorial Hospital Miramar

SALDOS DEVIDOS PELO PACIENTE	
RENDA	VALOR DO DESCONTO
Até 200% do FPG	Desconto de 100%
201% - 250% do FPG	Desconto de 90%
251% - 300% do FPG	Desconto de 85%
301% - 350% do FPG	Desconto de 80%
351% - 400% do FPG	Desconto de 79%

Memorial Hospital Pembroke

SALDOS DEVIDOS PELO PACIENTE	
RENDA	VALOR DO DESCONTO
Até 200% do FPG	Desconto de 100%
201% - 250% do FPG	Desconto de 90%
251% - 300% do FPG	Desconto de 85%
301% - 350% do FPG	Desconto de 82%
351% - 400% do FPG	Desconto de 82%

Memorial Employed Physician Group/Urgent Care/Specialty Pharmacy

SALDOS DEVIDOS PELO PACIENTE	
RENDA	VALOR DO DESCONTO
Até 200% do FPG	Desconto de 100%
201% - 250% do FPG	Desconto de 90%
251% - 300% do FPG	Desconto de 85%
301% - 350% do FPG	Desconto de 80%
351% - 400% do FPG	Desconto de 75%

Memorial Employed Physician Group/Urgent Care/Specialty Pharmacy

SALDOS DEVIDOS PELO PACIENTE	
RENDA	VALOR DO DESCONTO
Até 200% do FPG	Desconto de 100%
201% - 250% do FPG	Desconto de 90%
251% - 300% do FPG	Desconto de 85%
301% - 350% do FPG	Desconto de 80%
351% - 400% do FPG	Desconto de 75%