



Memorial Healthcare System

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

Révisée en avril 2023

I. POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

Tout patient peut demander une aide financière. Les personnes chargées de payer les soins du patient peuvent également demander une aide financière. Tous les soins d'urgence et médicaux nécessaires sont couverts par la politique d'aide financière. Le Memorial Healthcare System (MHS) assure la vérification et le traitement des problèmes de santé d'urgence conformément à la norme de pratique intitulée « Transfert/accès aux soins d'urgence », jointe à la présente politique. Dans les cas où cette norme de pratique ne s'applique pas, les demandes de réservation à l'avance des services de Memorial Healthcare sont examinées au cas par cas pour déterminer s'il y a lieu d'accorder une aide financière. Les patients qui demandent des soins d'urgence seront traités sans tenir compte du fait qu'ils peuvent ou non bénéficier d'une aide financière au titre de la présente politique.

La présente politique s'applique à tous les établissements du South Broward Healthcare District. Il convient de noter que les centres de chirurgie ambulatoire de Memorial ne sont pas inclus car ils n'appartiennent pas au South Broward Hospital District ou ne sont pas exploités par celui-ci.

La présente politique d'aide financière vous aidera à comprendre les circonstances dans lesquelles une aide financière est accordée.

L'aide financière peut consister en des soins de bienfaisance (tels que définis par les politiques de l'État de la Floride ou du district) ou en certaines réductions pour les personnes non assurées, comme expliqué ci-dessous.

Pour bénéficier de soins de bienfaisance, le patient ou la partie responsable ne doit pas être en mesure de payer les soins médicaux du patient. La capacité de payer est déterminée en fonction des critères fédéraux en matière de pauvreté (*Federal Poverty Guidelines*, ou FPG), du revenu du patient ou du garant et de la taille de la famille. Ces critères sont mis à jour chaque année par le gouvernement fédéral. La capacité de payer est également déterminée par l'examen des actifs et, s'il y a lieu, des passifs et des résultats des litiges potentiels concernant les réclamations en cours en matière de responsabilité civile.

Sur demande, MHS déterminera si le patient ou la partie responsable a la capacité de payer. Cet examen ou vérification en vue de l'obtention d'une aide financière est gratuit. Le montant de l'aide financière demandée doit être supérieur à 500 dollars, pour l'ensemble des comptes.

Les patients peuvent choisir de ne pas fournir de documents financiers et de bénéficier plutôt d'une aide financière sous forme de tarifs réduits pour les soins à la charge du patient. Ces tarifs réduits sont offerts pour les visites au service des urgences ainsi que pour la plupart des procédures ambulatoires et des hospitalisations.

Aucune aide financière ne sera accordée à un non-résident du South Broward Hospital District pour des soins non urgents et médicalement nécessaires qui peuvent être fournis par leur établissement local de sécurité sociale. S'il n'existe pas de prestataire de services sociaux pour ce patient, l'aide financière sera déterminée au cas par cas.

De plus amples informations sur le processus de demande d'une aide financière sont fournies dans la suite de la présente politique d'assistance financière. Celle-ci vous indique quand vous serez jugé(e) admissible à une aide financière. Elle vous informe du montant de l'aide financière que vous recevrez si vous remplissez les conditions de la présente politique d'aide financière.

II. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ ET MONTANTS DES RÉDUCTIONS

- A. MHS vérifiera la solvabilité et le patrimoine du patient ou de la partie responsable afin de déterminer sa capacité de payer. MHS recueillera des informations sur les revenus et les actifs du patient ou de la partie responsable et, si nécessaire, sur ses dépenses et ses passifs. Le résultat de ces vérifications déterminera son admissibilité à une aide financière, le montant de la réduction qu'il recevra et le montant qu'ils devra payer.
- B. Sur demande, MHS fournira des conseils en matière d'aide financière, sans frais supplémentaires, avant ou après que le patient ait reçu des services.
- C. Toute hospitalisation fera l'objet d'une vérification de l'admissibilité au programme Medicaid. Si les critères de sélection révèlent une admissibilité potentielle, le patient/ la partie responsable doit soumettre la demande à Medicaid avant l'évaluation en vue de l'obtention d'une aide financière.
- D. Le patient ou la partie responsable peut demander une aide financière pour toute somme due supérieure à 500 dollars. Cela représente tous les montants à la charge des patients non assurés ainsi que les soldes des patients assurés après le paiement de l'assurance. Ceci inclut les franchises, les coassurances, les quotes-parts et les frais non couverts. Les critères suivants sont utilisés pour l'examen de la demande par MHS :
 - i. Le patient ou la partie responsable peut bénéficier d'une réduction de 100 % si les conditions suivantes sont remplies :
 - 1. Le patient ou la partie responsable doit remplir et signer un formulaire d'évaluation financière.
 - 2. Le patient ou la partie responsable a un revenu total du ménage inférieur ou égal à 200 % du FPG (selon le FPG de 2023, une famille de quatre personnes qui gagne 60 000 \$ par an se situe à 200 % du FPG), tel que décrit dans le tableau A; et
 - 3. Les liquidités du ménage du patient ou de la partie responsable sont inférieures à 5 000 dollars. Les liquidités comprennent les espèces, les soldes de comptes-chèques, les soldes de comptes d'épargne, les véhicules, les bateaux, les biens personnels vendables, les actions, les obligations ou d'autres titres négociables, ainsi que les biens immobiliers autres que les propriétés familiales. Les liquidités ne comprennent pas la résidence principale, le premier véhicule ou les fonds de retraite qui ne sont pas accessibles sans encourir de pénalité; ou

4. Le patient ou la partie responsable a un solde dû qui dépasse 25 % du revenu annuel de son ménage, mais seulement si le revenu annuel du ménage est inférieur à 4 fois le FPG pour une famille de 4 personnes, ou
 5. Le patient n'est toujours pas identifié après six mois. Au cours de ces six mois, MHS fera tout ce qui est en son pouvoir pour identifier le patient, notamment en collaborant avec les organismes d'application de la loi locaux, provinciaux et fédéraux.
- ii. Le patient ou la partie responsable peut bénéficier d'une réduction dégressive si les conditions suivantes sont remplies :
1. Le revenu total du ménage du patient ou de la partie responsable se situe entre 201 % et 400 % (selon le FPG de 2023, une famille de quatre personnes qui gagne 120 000 \$ se situe à 400 %) du FPG.
 2. Le montant de la réduction dépend du revenu du patient ou de la partie responsable et de l'établissement. (Consultez le tableau A pour des éclaircissements); ou
 3. À aucun moment un patient qui est admissible à une aide financière ne devra assumer plus de 10 % du revenu total annuel de son ménage.
- iii. Un patient peut être présumé admissible à une aide financière sans qu'une demande d'aide financière ait été signée. Cette vérification utilise le modèle exclusif de Transunion de type communautaire. Les dépenses antérieures encourues au cours des douze derniers mois seront également pris en compte par MHS.
1. Le patient ou la personne responsable dont le revenu total du ménage est inférieur ou égal à 200 % du FPG bénéficiera d'une réduction de 100 %.
 2. Le patient ou la personne responsable dont le revenu total du ménage se situe entre 201 % et 400 % pourra bénéficier de la réduction dégressive.
 3. À aucun moment un patient qui est admissible à une aide financière ne devra assumer plus de 10 % du revenu total annuel de son ménage.
- iv. D'autres formes d'aide financière peuvent être accordées dans le cadre de la procédure abrégée d'approbation de l'aide financière décrite ci-dessous :
1. Jours de maladie ou prestations ambulatoires Medicaid épuisés
 2. Traitement involontaire en vertu du Baker Act

3. Le patient est décédé et aucune succession n'a été déposée auprès du tribunal du comté de résidence du patient au bout d'un an à compter de la date du décès. Lorsque ce critère aura été vérifié par MHS, les soldes impayés seront réduits de 100 %.
 4. Les patients disposant d'une approbation d'aide financière valide du North Broward Hospital District n'auront pas à refaire une demande d'aide financière auprès du South Broward Hospital District pour des services urgents.
- E. Les informations relatives aux revenus et aux biens des résidents du South Broward Hospital District qui sont admissibles à une aide financière seront acceptées pendant un an, à moins que MHS n'ait des raisons de les remettre en question. Lorsque MHS approuve une aide financière pour un patient ou une partie responsable, MHS prend également en compte les dépenses encourues au cours des douze mois précédents. Aux fins de la politique d'assistance financière, un résident est : une personne qui établit son domicile dans les limites géographiques du South Broward Hospital District, où elle réside de façon permanente ou pour une période prolongée, et non en tant que visiteur, touriste, ou dans un autre but ou de convenance temporaire, et ne faisant pas semblant d'habiter dans la résidence.
- F. Les patients ou les parties responsables peuvent demander une aide financière jusqu'à un an après la date de la prestation de service.
- G. Les résidents du South Broward Hospital District qui ont été acceptés en tant que membres du Memorial Primary Care devront assumer les quotes-parts pour :
- i. les services pharmaceutiques ambulatoires
 - ii. les visites aux cliniques de soins primaires
 - iii. les services hospitaliers ambulatoires
 - iv. les visites au service des urgences
- H. Les patients ou les parties responsables qui sont admissibles à une aide financière et qui ne résident pas dans le South Broward Hospital District ne seront approuvés que par date de prestation de service.
- I. À la demande du patient ou de la partie responsable, MHS enverra une déclaration écrite indiquant son admissibilité à une aide financière.

- J. La présente politique d'aide financière ne s'applique qu'aux services fournis par MHS dans ses établissements et aux services fournis par les médecins employés par MHS. Une liste du personnel médical indiquant son adhésion à la présente politique d'aide financière est disponible ici (en anglais seulement) : <https://www.mhs.net/-/media/mhs/files/patients-and-visitors/financial-assistance/en/providers.pdf?la=en>

III. BASE AU CALCUL DES MONTANTS FACTURÉS AUX PATIENTS

Une fois que MHS a déterminé qu'un patient ou une partie responsable peut bénéficier d'une aide financière en vertu de la présente politique d'aide financière, il ou elle ne sera pas facturé(e) au-delà des montants généralement facturés (*Amounts Generally Billed*, ou AGB). Chez MHS, les AGB sont déterminés par la méthode de « rétrospection », qui est calculée comme suit :

MHS examine *toutes* les demandes de remboursement antérieures qui ont été payées au cours d'une période de douze mois. Cela comprend les demandes de remboursement en vertu du programme Medicare, de régimes de soins privés et de régimes de soins gérés sur une période de 12 mois. Ce montant comprend la coassurance, les quotes-parts et les franchises du patient. Les régimes de remplacement de Medicaid ne sont pas compris dans ces calculs. Ce montant est *la somme des paiements prévus*.

Le pourcentage des AGB est calculé en divisant la somme des paiements par la somme des frais totaux facturés. Ce pourcentage est ensuite multiplié par le total des frais facturés pour chaque rencontre de patient afin d'obtenir l'AGB pour cette rencontre. MHS a calculé les AGB pour chaque établissement et a adopté le taux le plus bas pour chaque établissement MHS. Les patients peuvent demander par écrit les AGB en vigueur pour chaque établissement et/ou la comparaison entre les réductions accordées aux personnes non assurées et celles accordées aux assurés.

IV. PROCÉDURE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Le patient ou la partie responsable peut demander un rendez-vous avec les services financiers aux patients en appelant le (954) 276-5501 ou avec le service d'admissibilité en appelant le (954) 276-5760. Le patient peut également présenter une demande en personne à l'un des services d'admissibilité/d'inscription des établissements de soins actifs de MHS ou au service d'admissibilité situé au 2900 Corporate Way, à Miramar.

Ces demandes doivent être présentées entre 8 h 00 et 16 h 30, du lundi au vendredi. MHS fournira des informations ou une assistance à la procédure d'admissibilité lorsqu'un patient ou une partie responsable déclare qu'il n'est pas en mesure de payer son solde ou demande une aide financière. La demande doit être adressée au service d'admissibilité de MHS, aux services financiers aux patients de MHS ou au service des comptes clients.

- A. Pour bénéficier d'une réduction de 100 % à titre caritatif, le patient ou les parties responsables doivent remplir un formulaire d'évaluation financière se trouvant dans le tableau C. Tous les patients doivent fournir dès que possible les documents demandés, tels que décrits dans le tableau D. Les activités de recouvrement extraordinaires seront suspendues pendant une période allant jusqu'à 120 jours à compter de la date de la demande d'aide, pendant que le patient ou les parties responsables suivent la procédure de demande de la politique d'aide financière. Cette suspension des activités de recouvrement donne un temps raisonnable pour recevoir tous les documents nécessaires à la détermination de l'admissibilité. Le personnel du service d'admissibilité informera le patient par écrit ou par téléphone si des documents sont manquants ou incomplets.
- B. MHS peut compléter ou confirmer les informations fournies par le patient ou la partie responsable en recourant à l'un des moyens suivants :
 - i. LexisNexis - permet d'accéder aux archives publiques
 - ii. TransUnion - fournit des renseignements sur la solvabilité
 - iii. Experian - fournit des renseignements sur la solvabilité
 - iv. MapQuest - fournit des renseignements sur les adresses
 - v. Divers sites Web fournissant des renseignements sur les archives publiques, tels qu'indiqués dans le tableau E
- C. Toutes les demandes recevront une considération égale et une décision sera prise en fonction du FPG et de la capacité de paiement du patient.

V. APPEL CONTRE LA DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ

Tout patient ou partie responsable peut demander un appel lorsque MHS refuse une aide financière. La demande doit être présentée par écrit. Le montant total des dépenses refusées doit être supérieur à 5 000 dollars. La procédure d'appel est décrite dans une politique distincte jointe à la présente politique.

VI. MESURES QUI PEUVENT ÊTRE PRISES EN CAS DE NON-PAIEMENT

- A. Les mesures suivantes seront prises pour recouvrer les soldes des patients si aucune aide financière n'est demandée ou appliquée dans le cadre des politiques susmentionnées, ou après que l'aide financière ait été refusée :
 - i. Une facture initiale est envoyée au patient ou à la partie responsable après son congé de l'hôpital.
 - ii. Un relevé est envoyé 30 jours après la facture initiale, puis tous les 30 jours pendant les 90 jours suivants. Si un paiement partiel est perçu, la série de relevés est relancée et se poursuit pendant 120 jours.
 - iii. Des appels peuvent être réalisés pendant cette période.
 - iv. 120 jours après le congé de l'hôpital, si personne n'a demandé d'aide financière, ou si aucun plan de paiement n'a été mis en place, et si aucun paiement partiel n'a été reçu, le compte peut être confié à une agence de recouvrement de créances primaire.
 - v. Au bout d'un an, le compte peut être confié à une agence de recouvrement des créances secondaire.
- B. En cas d'urgence de santé publique, MHS peut décider qu'aucun relevé ne soit envoyé aux patients jusqu'à ce que l'impact de l'urgence de santé publique soit atténué dans South Broward County. Cette décision sera prise par le vice-président du cycle des recettes et le directeur financier de MHS.

- C. Au cours des 120 premiers jours à compter de la date du premier relevé de facturation après le congé de l'hôpital, MHS n'entreprendra aucune des actions de recouvrement mentionnées ci-dessous dans la présente section. De plus, MHS informera le patient ou la partie responsable 30 jours avant d'entamer l'une des actions de recouvrement mentionnées ci-dessous dans la présente section.
- i. tenter une action en justice
 - ii. déposer une demande de jugement
 - iii. faire une déclaration à une ou plusieurs agences d'évaluation du crédit
 - iv. Différer ou refuser des soins après que le médecin du patient ait déterminé qu'il n'y a pas de problème de santé d'urgence si le patient ou la partie responsable a des soldes impayés auprès d'agences de créances irrécouvrables, et ce, jusqu'à ce que des modalités adéquates aient été prises pour le paiement de leurs mauvaises créances.

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

- A. MHS publiera la politique d'aide financière, le formulaire d'évaluation financière et un résumé en langage clair de la politique d'aide financière sur son site Web, www.mhs.net/financialaid, dans toutes les langues requises par les réglementations de la section 501(r). Ces documents peuvent également être demandés en personne dans n'importe quel établissement hospitalier de MHS ou en appelant les services financiers aux patients au (954) 2765501.
- B. Des avis publics seront affichés de manière claire et visible dans des endroits accessibles au public, y compris dans toutes les zones d'inscription. Ces avis expliqueront que MHS propose un programme d'aide financière aux personnes non assurées ou sous-assurées.

Les notifications relatives à cette politique, qui comprennent les coordonnées, seront diffusées par MHS de diverses manières, y compris sous forme d'avis joints aux relevés envoyés aux patients et d'avis joints aux formulaires d'admissibilité des patients dans les zones d'admissibilité et d'inscription, ainsi que dans d'autres lieux publics choisis par MHS. La politique d'aide financière, le formulaire de demande au programme d'aide financière et son résumé en langage clair seront disponibles en anglais, en espagnol, en français, en créole français, en portugais, en vietnamien et en russe. Toute question concernant cette politique peut être posée pendant les heures de bureau au (954) 276-5501.