

Pièce 4 – Memorial Medical Center

Explication des montants généralement facturés aux patients

À partir du 4/1/2021

Ceux qui reçoivent une assistance au titre de la Politique d'assistance financière (FAP, Financial Assistance Policy) du Memorial Health System (MHS) ne seront pas facturés plus que les montants généralement facturés aux personnes qui ont une couverture d'assurance. Le montant facturé à un patient éligible à la FAP correspond au montant qu'il est personnellement responsable de payer après que toutes les remises (y compris les remises disponibles dans le cadre de la FAP) et tous les paiements d'assurance ont été appliqués. MHS détermine le montant généralement facturé (AGB, Amounts Generally Billed) en multipliant les frais bruts du patient pour ses services de soins d'urgence ou médicalement nécessaires par le pourcentage du montant généralement facturé.

Ce pourcentage est calculé annuellement en divisant la somme des montants autorisés pour toutes les demandes de paiement de l'hôpital auprès des assureurs maladie privés et de Medicare au cours d'une période antérieure de 12 mois par la somme des frais bruts associés à ces demandes. À ces fins, le montant autorisé comprend à la fois le montant à rembourser par l'assureur et le montant (le cas échéant) que l'individu est personnellement responsable de payer sous forme de quote-part, de coassurance ou de franchise.

Le pourcentage du montant généralement facturé du Abraham Lincoln Memorial Hospital basé sur les demandes de paiement de l'année civile 2020 était de 26.9 %. Le MHS inclut dans sa FAP une remise pour les non-assurés. Ce montant de remise a été déterminé afin de garantir que les patients ne sont pas facturés plus que le montant généralement facturé. Au 01/10/21, la remise pour les non-assurés était de 73 %.

Pour plus d'informations sur les montants généralement facturés, consulter le répertoire des établissements pour obtenir les coordonnées.