

<b>Ascension Saint Agnes</b> Manuel des politiques et procédures du système	<b>Page 1 sur 7</b>	<b>SYS FI 51</b>
<b>Objet :</b>  Politique de facturation et de recouvrement d'Ascension Saint Agnes	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 7/16	
	<b>Examen :</b> <b>Révisions :</b> 17/07, 20/06, 20/10, 21/12, 23/12	
Approbations : Finale - Président/PDG : _____ Date : _____  Concurrence : _____ Date : _____ <i>(Les politiques entrent en vigueur 30 jours          après leur signature par le PDG.)</i>		

## **POLITIQUE/PRINCIPES**

La politique d'Ascension Saint Agnes est de garantir une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires à l'Organisation conformément à sa Politique d'aide financière (Financial Assistance Policy ou « FAP »). Cette politique de facturation et de recouvrement a été spécifiquement rédigée en vue d'établir les pratiques de facturation et de recouvrement applicables aux Patients nécessitant une aide financière et recevant des soins dans les établissements de l'Organisation.

Toutes les pratiques de facturation et de recouvrement mises en œuvre reflèteront notre engagement et notre souci de la dignité humaine et du bien commun, notre préoccupation particulière et notre solidarité vis-à-vis des personnes vivant dans la pauvreté et les personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une justice et une gestion équitables. Les employés et les agents de l'Organisation se comporteront en conformité avec les politiques et les valeurs d'un établissement parrainé par une organisation catholique, notamment en traitant les patient(e)s et leurs familles avec dignité, respect et compassion.

Cette politique de facturation et de recouvrement s'applique à tous les services d'urgence et autres soins indispensables fournis par l'Organisation, comme les services fournis par les médecins salariés et les services de santé comportementale. Cette Politique de facturation et de recouvrement ne s'applique pas aux modalités de paiement des soins « non urgents » et aux « soins médicalement indispensables » (tels que définis dans la FAP de l'Organisation).

## **DÉFINITIONS**

1. « **501(r)** » désigne l'Article 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) et les réglementations qui en découlent.
2. « **Mesures en recouvrement extraordinaires « Extraordinary Collection Actions<sup>o</sup> » ou « ECA »** » désigne l'ensemble des activités de recouvrement suivantes qui sont soumises à certaines restrictions en vertu de l'Article 501(r) :
  - a. Vendre la dette d'un(e) patient(e) à un tiers.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Conformément à l'article 19-214.2 (b) (2) sur la santé du Code du Maryland, l'Organisation ne doit pas vendre de dette.

- b. Signaler des informations défavorables au sujet du (de la) Patient(e) à des agences d'évaluation de crédit ou à des bureaux de crédit.<sup>2</sup>
- c. Différer ou refuser, ou exiger un paiement avant la fourniture de soins médicalement nécessaires en raison d'un défaut de paiement du (de la) Patient(e) pour une ou plusieurs factures, concernant des soins prodigués antérieurement et couverts au titre de la FAP.
- d. Mesures nécessitant une procédure juridique ou judiciaire, à l'exception des demandes déposées dans le cadre d'une procédure de faillite ou de dommages corporels. Ces mesures incluent, sans s'y limiter,
  - i. imposer un droit de rétention sur les biens du Patient<sup>3</sup>,
  - ii. opérer une saisie des biens du (de la) Patient(e)<sup>4</sup>,
  - iii. imposer un prélèvement sur le compte bancaire ou tout autre bien personnel d'un Patient, ou le saisir de toute autre manière,
  - iv. intenter une action civile contre un(e) Patient(e)<sup>5</sup>, et
  - v. saisir le salaire d'un(e) Patient(e).

Une ECA ne comprend pas les mesures suivantes (même dans le cas où les critères d'une ECA, tels que définis ci-dessous, sont globalement remplis) :

- a. tout droit de rétention que l'Organisation peut faire valoir en vertu de la loi de l'État sur le produit d'un jugement, d'un règlement ou d'un compromis dû à un(e) Patient(e) suite à des dommages corporels pour lesquels l'Organisation a fourni des soins ; ou
- b. le dépôt d'une demande dans le cadre d'une procédure de faillite.

- 3. « **FAP** » désigne la politique d'aide financière de l'Organisation, dont le but est d'offrir une Aide financière aux Patient(e)s admissibles dans le cadre de la mission de l'Organisation et d'Ascension Health et conformément à l'Article 501(r).
- 4. « **Demande de FAP** » désigne le formulaire de demande d'aide financière.
- 5. « **Aide financière** » désigne l'aide que l'Organisation peut fournir à un(e) Patient(e) dans le cadre de la FAP de l'Organisation.
- 6. « **L'Organisation** » désigne Ascension Saint Agnes. Pour demander des informations complémentaires, envoyer vos questions ou commentaires, ou former un recours, vous pouvez contacter le bureau aux coordonnées ci-dessous, ou comme indiqué dans les avis ou communication que vous recevez de la part de l'Organisation :

Services financiers pour les patient(e)s au 1-667-234-2140

- 7. « **Patient(e)** » désigne la personne qui reçoit des soins (ou qui a reçu des soins) auprès de l'Organisation et toute tierce personne financièrement responsable de ces soins (y compris membres de la famille et tuteurs légaux).

---

<sup>2</sup> Conformément à la loi du Maryland 19-214.2 (b) (5), l'Organisation ne doit pas communiquer avec une agence de renseignements sur le consommateur dans les 180 jours suivant la présentation de la facture initiale à un(e) Patient(e).

<sup>3</sup> Conformément à l'article 19-214.2 (g) (2) sur la santé du Code du Maryland, l'Organisation ne doit pas demander un droit de rétention sur la résidence principale d'un(e) patient(e) pour recouvrer une dette concernant une facture d'hôpital.

<sup>4</sup> Conformément à l'article 19-214.2 (g)(1) sur la santé du Code du Maryland, l'Organisation ne doit pas opérer une saisie de la résidence principale d'un(e) patient(e) pour recouvrer une (des) dette(s) concernant une facture d'hôpital.

<sup>5</sup> Conformément à l'article 19-214.2 (b) (5) sur la santé du Code du Maryland, l'Organisation ne doit pas intenter d'action civile pour recouvrer la dette dans les 180 jours suivant la fourniture de la facture initiale à un(e) Patient(e).

## **PRATIQUES DE FACTURATION ET DE RECouvreMENT**

L'Organisation applique une procédure méthodique pour adresser régulièrement des relevés de facturation aux Patient(e)s concernant les services rendus, et pour communiquer avec les Patients. En cas de défaut de paiement d'un(e) Patient(e) pour des services fournis par l'Organisation, celle-ci pourra prendre des mesures visant à obtenir le paiement, y compris, sans s'y limiter, tenter de communiquer par téléphone, par e-mail et en personne. L'Organisation utilise rarement des actions de recouvrement extraordinaires, ou « ECA », afin d'obtenir le paiement. Toutefois, afin de garantir que les ressources de l'Organisation restent disponibles et sont destinées aux Patient(e)s dans le besoin, dans le cadre de notre politique d'aide financière (« FAP »), l'Organisation peut utiliser des ECA dans des circonstances extrêmes, comme les comptes non soldés en relation avec des services optionnels, non urgents ou autres soins médicaux non nécessaires, les situations où le (la) Patient(e) dispose de ressources importantes (par exemple, une valeur nette élevée) et qu'il refuse de payer le montant dû. Elle peut également le faire lorsqu'elle croit que le non-paiement constitue un abus voulu des termes de sa FAP ou de cette politique. Dans ces circonstances extrêmes, l'Organisation peut utiliser une ou plusieurs ECA, en respectant les clauses et restrictions de cette Politique de facturation et de recouvrement. L'Organisation n'utilise pas d'ECA pour les comptes non soldés suite au fait que le (la) Patient(e) ne remplit les conditions que pour une aide financière partielle conformément à la FAP de l'Organisation ou pour ce qui est des co-paiements sur des comptes agréés pour une aide financière totale selon la FAP. Le Vice-Président Senior d'Ascension ou du Responsable en Chef des Revenus détient l'autorité suprême pour décider si l'Organisation a déployé des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière et si des circonstances extrêmes existent faisant que l'Organisation peut engager des ECA au cas par cas.

En vertu de l'article 501(r), cette Politique de facturation et de recouvrement décrit les efforts raisonnables que l'Organisation doit entreprendre pour déterminer si un(e) Patient(e) est admissible à l'aide financière au titre de sa FAP ou qu'il existe des circonstances extrêmes justifiant l'utilisation d'ECA.

Une fois qu'il a été déterminé qu'une circonstance extrême existe et que le (la) Patient(e) ne peut pas bénéficier de l'aide financière selon la FAP, l'Organisation peut mettre en œuvre une ou plusieurs ECA, comme décrit dans ce document.

1. Traitement des Demandes d'aide financière - FAP. Sauf dans les cas prévus ci-dessous, un(e) Patient(e) peut soumettre une demande d'aide financière FAP à tout moment en ce qui concerne les soins d'urgence et autres soins médicaux nécessaires reçus de l'Organisation. Les déterminations d'admissibilité à une aide financière seront traitées en fonction des catégories générales suivantes.
  - a. Demandes de FAP complètes. Dans le cas d'un(e) Patient(e) qui soumet une demande de FAP dûment remplie, l'Organisation devra, en temps opportun, suspendre toute ECA visant à obtenir le paiement des soins, puis établir une détermination d'admissibilité et fournir une notification écrite conformément aux dispositions ci-dessous.
  - b. Déterminations d'admissibilité présumée. S'il est déterminé qu'un(e) Patient(e) est présumé(e) admissible à une aide financière inférieure d'un montant le plus généreux proposé au titre de l'aide financière, l'Organisation avisera le (la) Patient(e) du fondement de la décision et donnera au (à la) Patient(e) un délai raisonnable, pendant lequel il pourra demander une aide plus importante.
  - c. Avis et traitement en l'absence de demande soumise. À moins qu'une demande d'aide financière dûment remplie soit soumise ou que l'admissibilité du (de la) Patient(e) soit déterminée selon les critères d'admissibilité présumée de la FAP, l'Organisation s'abstiendra d'intenter des ECA pendant au moins 120 jours (toute période plus longue prévue par la loi, comme indiqué dans la présente politique) à compter de la date d'envoi du premier relevé de facturation des soins, après que le (la) patient(e) a quitté l'établissement. Pour des soins étalés sur plusieurs visites, ces dispositions de

notification peuvent être regroupées, auquel cas le calendrier serait établi selon le plus récent épisode de soins inclus dans le regroupement de soins. Avant d'entreprendre une (1) ou plusieurs ECA pour obtenir le paiement des soins auprès d'un(e) Patient(e) qui n'a pas soumis de demande d'aide financière et avant qu'il soit déterminé si les circonstances extrêmes justifient l'utilisation d'ECA, l'Organisation devra prendre les mesures suivantes :

- i. Fournir au (à la) Patient(e) une notification écrite lui indiquant qu'une aide financière est disponible pour les Patients admissibles, précisant les ECA qui sont prévues pour obtenir le paiement des soins, et fixant l'échéance après laquelle ces ECA pourront être déclenchées, au plus tôt 30 jours après la date d'émission de la notification ;
  - ii. Fournir au (à la) Patient(e) le résumé de la FAP dans un langage simple et
  - iii. Faire un effort raisonnable pour informer le (la) Patient(e) de vive voix à propos de la FAP et du processus de demande d'aide financière.
- d. Demands de FAP incomplètes. Si un(e) Patient(e) soumet une demande de FAP incomplète, l'Organisation devra indiquer au (à la) Patient(e) par écrit comment remplir sa demande de FAP et lui donner un délai de trente (30) jours calendaires pour la remplir. Toute ECA en instance sera suspendue pendant cette période, et la notification écrite (i) décrira les informations et/ou documents supplémentaires requis au titre de la FAP ou de la demande d'aide financière pour compléter la demande, et (ii) indiquera les coordonnées pertinentes.
2. Restrictions relatives au report ou au refus de soins. Dans une situation où l'Organisation a l'intention de différer ou de refuser, ou d'exiger un paiement avant la prestation de soins médicalement nécessaires, comme défini dans la FAP, en raison d'un défaut de paiement du (de la) Patient(e) pour une ou plusieurs factures concernant des soins fournis précédemment et couverts par la FAP, le (la) Patient(e) recevra une Demande de FAP et un avis écrit lui signifiant qu'une aide financière est proposée aux Patients admissibles.
3. Notification de la détermination ; Choix du plan de paiement.
- a. Déterminations. Lorsqu'une Demande de FAP dûment remplie est reçue sur le compte d'un(e) Patient(e), l'Organisation évaluera la demande d'aide financière pour déterminer l'admissibilité et aviser le (la) Patient(e) par écrit de sa détermination finale dans un délai de quatorze (14) jours calendaires. La notification inclura une détermination du montant dont le (la) Patient(e) sera financièrement responsable. En cas de refus de la demande de FAP, un avis sera envoyé au (à la) Patient(e) lui expliquant le motif du refus et lui fournissant des instructions pour demander un recours ou la reconsidération de la demande.
  - b. Plans de paiement. Si le (la) patient(e) satisfait aux critères d'admissibilité pour un plan de paiement, le cas échéant, ces plans de paiement seront assujettis aux conditions énoncées dans la Politique d'aide financière de l'Organisation, qui peut être modifiée de temps à autre. Si, à tout moment, un(e) Patient(e) souhaite modifier les conditions d'un plan de paiement, le (la) Patient(e) peut contacter le département du service à la clientèle.<sup>6</sup>
  - c. Conformité aux plans de paiement. Il n'y aura pas de pénalité ou de frais pour le paiement anticipé ou le paiement anticipé d'un plan de paiement. Le patient sera réputé conforme à un plan de paiement si le (la) patient(e) effectue au moins onze (11) paiements prévus au cours d'une période de douze (12) mois. Si le (la) Patient(e) manque un paiement mensuel prévu, il (elle) peut compenser ce paiement dans un délai d'un (1) an après la date du paiement manqué sans pénalité. L'organisation peut renoncer à tout paiement supplémentaire manqué qui survient dans un délai de douze (12) mois et permettre au (à la) patient(e) de continuer à participer au

---

<sup>6</sup> Conformément à l'article 19-214.2 (b) (10) (iii) du Code du Maryland, le patient et l'organisation peuvent convenir mutuellement de modifier les conditions d'un plan de paiement offert ou signé avec le (la) Patient(e).

- plan de paiement sans renvoyer les dettes impayées à une agence de recouvrement ou intenter d'autres poursuites judiciaires.<sup>7</sup>
- d. Remboursements. L'Organisation fournira un remboursement du montant payé par le (la) Patient(e) pour des soins au-delà du montant dont le (la) Patient(e) est jugé(e) personnellement responsable au titre de la FAP, sauf si le montant excédentaire est inférieur à 5,00 \$.
- i. Conformément à l'article 19-214.2 (b) (8) sur la santé en général du Code du Maryland, l'Organisation doit fournir un remboursement des montants perçus auprès du (de la) Patient(e) ou de son garant qui a ensuite été jugé admissible pour recevoir des soins gratuits dans les 240 jours suivant la fourniture de la facture initiale. Sous réserve de l'article 9, l'Organisation doit également annuler tout jugement obtenu contre un(e) Patient(e) ou retirer tout rapport de crédit défavorable dans cette situation.
  - ii. Conformément à l'article 19-214.2( c) (1) sur la santé en général du Code du Maryland, l'Organisation doit prévoir le remboursement des montants supérieurs à 25 \$ perçus auprès d'un(e) Patient(e) ou de son garant qui, dans un délai de deux ans après la date du service, a été jugé admissible à des soins gratuits à la date du service.
  - iii. L'Organisation peut réduire la période de deux ans prévue au paragraphe (b) (ii) du présent article à au moins 30 jours après la date à laquelle l'Organisation demande des informations à un(e) patient(e), ou au garant de ce (cette) patient(e), en vue de déterminer l'admissibilité du (de la) patient(e) à des soins gratuits au moment du service, si l'Organisation démontre un manque de coopération du (de la) patient(e) ou de son garant à fournir les informations requises.
  - iv. Si un(e) Patient(e) est inscrit(e) à un régime public de soins de santé sous condition de ressources qui exige que le (la) Patient(e) paie de lui(elle)-même les services hospitaliers, l'Organisation doit prévoir un remboursement conforme aux termes du contrat du (de la) Patient(e).
- e. Annulation des ECA. Dans la mesure où un(e) Patient(e) est jugé(e) admissible pour une aide financière au titre de la FAP dans les 240 jours suivant la présentation de la facture initiale pour laquelle l'ECA a été déclarée<sup>8</sup>, l'Organisation prendra toutes les mesures raisonnables à sa disposition pour annuler toute ECA à l'encontre du Patient pour obtenir le paiement des soins. Ces mesures raisonnables incluent généralement, sans s'y limiter, des mesures visant à casser tout jugement contre le (la) Patient(e), lever toute saisie ou droit de privilège sur les biens du (de la) Patient(e), et retirer du rapport de crédit du (de la) Patient(e) toute information préjudiciable qui a été signalée à un organisme d'évaluation de crédit ou à un bureau de crédit. Conformément à l'article 19-214.2 (f) (2) sur la santé en général du Code du Maryland, l'Organisation doit signaler l'exécution de l'obligation de paiement du (de la) Patient(e) dans les soixante (60) jours suivant l'exécution de l'obligation à toute agence de renseignements sur le consommateur à laquelle l'Organisation avait signalé des informations défavorables sur le (la) Patient(e). L'Organisation doit également retirer les informations défavorables concernant le (la) Patient(e) si elle est informée qu'un appel ou une révision de la décision de l'assurance maladie est en cours, et ce jusqu'à soixante (60) jours après la fin de l'appel ou jusqu'à soixante (60) jours après que l'Organisation a demandé le réexamen du refus de l'aide financière.<sup>9</sup>
4. Appels et griefs. Le (la) Patient(e) peut faire appel du refus d'admissibilité à l'Aide financière en fournissant des informations complémentaires à l'Organisation sous quatorze (14) jours calendaires

---

<sup>7</sup> Voir l'article 19-214.2(e) sur la santé en général du Code du Maryland.

<sup>8</sup> Voir l'article 19-214.2(b)(9) sur la santé en général du Code du Maryland.

<sup>9</sup> Voir l'article 19-214.2(f)(5) sur la santé en général du Code du Maryland.

suivant la réception de la notification du refus. Tous les recours seront examinés par l'Organisation qui formulera une décision définitive. Si la détermination finale confirme le précédent refus de l'aide financière, une notification écrite sera envoyée au (à la) Patient(e). Si le (la) Patient(e) souhaite déposer une plainte auprès de l'Organisation concernant le recouvrement d'une dette médicale par l'Organisation ou un agent de recouvrement, le (la) Patient(e) peut communiquer avec le département du service à la clientèle.<sup>10</sup>

5. Recouvrements. Selon l'article 9, à l'issue des procédures susmentionnées (y compris des efforts raisonnables pour déterminer si un(e) Patient(e) peut bénéficier de l'Aide financière dans le cadre de sa FAP), et après détermination qu'il existe des circonstances extrêmes justifiant l'utilisation d'ECA, l'Organisation pourra poursuivre ses ECA à l'encontre des Patient(e)s non-assuré(e)s et sous-assuré(e)s, dont le compte est en souffrance, comme déterminé dans les procédures de l'Organisation pour l'élaboration, le traitement et le suivi des factures et des échéanciers de paiement des Patient(e)s. Sous réserve des restrictions identifiées ici et conformément à la loi du Maryland, l'Organisation peut faire appel à un organisme extérieur réputé, spécialisé dans le recouvrement de créances irrécupérables, ou à tout autre prestataire de services pour le traitement des comptes qui comportent des créances douteuses. Ces organismes ou prestataires de services devront respecter les dispositions de l'Article 501(r) applicables aux tiers, la législation de l'état et la présente Politique.<sup>11</sup> L'Organisation doit surveiller activement tout accord de recouvrement de créances conformément à cette politique. L'Organisation **ne doit pas** faire ce qui suit pour tenter de recouvrer une dette d'un(e) Patient(e) relativement à une facture d'hôpital<sup>12</sup> :
- a. Demander un droit de rétention sur la résidence principale du (de la) Patient(e) ;
  - b. Amener un tribunal à émettre un mandat de saisie ou d'arrestation contre le (la) Patient(e) ;
  - c. Demander la saisie-arrêt du salaire si le patient est admissible à l'aide financière ;
  - d. Déposer une réclamation contre la succession du (de la) Patient(e) décédé(e) si l'Organisation savait que le (la) Patient(e) était admissible à des soins gratuits, ou si la valeur de la succession après l'exécution des obligations fiscales est inférieure à la moitié de la dette due ;
  - e. Intenter une action contre le (la) patient(e) ou fournir un avis écrit de l'intention de déposer une action contre le (la) Patient(e), jusqu'à 180 jours après la présentation de la facture initiale ;
  - f. Intenter une action contre le (la) patient(e) avant que l'hôpital ne détermine si le patient est admissible à l'aide financière.
  - g. Intenter une action contre le (la) patient(e) sans avoir au préalable donné un préavis écrit de quarante-cinq (45) jours de son intention d'intenter une action, ce préavis devant être conforme aux conditions requises par l'article 19-214.2(i) sur santé en général du Code du Maryland et le COMAR 10.37.10.26.
  - h. Fournir des renseignements défavorables sur le (la) patient(e) à une agence de renseignements sur le consommateur dans les 180 jours après l'émission de la facture initiale du (de la) patient(e).
  - i. Fournir des informations défavorables sur le (la) Patient(e) à une agence de renseignements sur le consommateur, intenter une action civile ou déléguer une activité de recouvrement à un agent de recouvrement si l'Organisation a été informée conformément à la loi fédérale qu'un appel ou un examen d'une décision d'assurance maladie est en instance dans les 60 jours précédant immédiatement. Si un rapport défavorable a été fait à une agence de

---

<sup>10</sup> Conformément à l'article 19-214.2(b)(10) sur la santé en général du Code du Maryland, l'Organisation doit fournir un mécanisme pour que le (la) Patient(e) puisse déposer une plainte concernant le traitement de la facture du (de la) Patient(e).

<sup>11</sup> Conformément à l'article 19-214.2 (k)(4)(iii) du Code du Maryland, l'Organisation et l'agent de recouvrement sont conjointement et solidairement responsables du respect des exigences de l'article 19-214.2. Voir aussi le COMAR 10.37.10.26.

<sup>12</sup> Voir l'article 19-214.2 sur la santé en général du Code du Maryland.

renseignements sur le consommateur avant que l'Organisation n'ait connaissance de l'appel, l'Organisation demandera à l'agence de supprimer la déclaration défavorable selon l'article 3(e).

- j. Fournir des informations défavorables sur le (la) Patient(e) à une agence de renseignements sur le consommateur, intenter une action civile ou déléguer une activité de recouvrement à un agent de recouvrement si l'Organisation a effectué une demande de réexamen du refus de soins gratuits ou à coût réduit qui a été dûment remplie par le patient dans les 60 jours précédents. Si un rapport défavorable a été fait à une agence de renseignements sur le consommateur avant que l'Organisation n'ait connaissance de l'appel, l'Organisation demandera à l'agence de supprimer la déclaration défavorable.
  - k. Fournir des renseignements défavorables concernant un(e) patient(e) à une agence de renseignements sur le consommateur pour un(e) patient(e) qui, au moment du service, n'était pas assuré ou admissible à une assistance financière.
6. Prise en charge de la responsabilité. Aucune personne ne peut être tenue responsable de la dette médicale d'une autre personne âgée d'au moins 18 ans, à moins qu'elle ne consente volontairement à être tenue responsable. Ce consentement doit figurer par écrit sur un document distinct, ne peut être sollicité dans un service d'urgence ou dans une autre situation d'urgence et ne peut pas être requis comme condition pour fournir des services d'urgence.
  7. Intérêts. L'Organisation ne doit pas facturer d'intérêts sur les factures encourues par les patient(e)s qui paient eux(elles)-mêmes avant que ces derniers aient été soumis à une décision de justice. L'organisation ne peut pas facturer d'intérêts ou de frais sur toute dette contractée à la date de service ou après la date de service par un(e) patient(e) admissible à l'aide financière.<sup>13</sup>
  8. Honoraires. L'organisation ne doit pas percevoir de frais supplémentaires d'un montant supérieur aux frais approuvés pour le service hospitalier établis par la loi du Maryland auprès d'un(e) patient(e) admissible à une aide financière.<sup>14</sup>
  9. Pratiques actuelles. Nonobstant toute disposition contraire de la présente Politique de facturation et de recouvrement, l'Organisation ne cherche pas actuellement à obtenir des jugements contre les Patient(e)s, ne transmet pas d'informations défavorables contre les Patient(e)s aux agences de crédit ni ne facture pas d'intérêts sur les retards de paiement de la dette médicale. Tout changement aux pratiques actuelles sera mis en œuvre conformément aux articles 19-214.1 *et suivants* sur la santé en général du Code du Maryland, après consultation du dirigeant principal des finances et du service juridique de l'Organisation. Au minimum, l'Organisation n'intentera pas d'action en justice contre un(e) Patient(e) tant que l'Organisation n'aura pas établi et mis en œuvre une politique de plan de paiement conforme aux directives émises par l'État du Maryland.
  10. Exigences en matière de rapports. L'Organisation doit collecter les informations qui suivent si nécessaire pour se conformer aux exigences de l'État en matière d'établissement de rapports :
    - a. Le nombre total de patient(e)s en fonction de la race/ethnicité, du sexe et du code postal pour lesquels l'Organisation ou son agent de recouvrement sous contrat a intenté une action pour recouvrer une dette médicale ;
    - b. Le nombre total de patient(e)s en fonction de la race/ethnicité, du sexe et du code postal pour lesquels l'Organisation a et n'a pas déclaré ou classé une créance irrécouvrable et
    - c. Montant total des frais non perçus auprès des patient(e)s assuré(e)s, y compris les frais à la charge du (de la) patient(e), et auprès des patient(e)s non assuré(e)s.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Voir les articles 19-214.2(b)(3) et 19-214.2(d) sur la santé en général du Code du Maryland.

<sup>14</sup> Voir l'article 19-214.2(b)(11) sur la santé en général du Code du Maryland.

<sup>15</sup> Voir l'article 19-214.2(a) sur la santé en général du Code du Maryland.