



Ascension

POLITIQUE ADMINISTRATIVE n° 601

OBJET :

Pratiques de facturation et de recouvrement

Objet

En tant que ministère de l'Église catholique, « Ascension » s'engage à suivre les principes de l'Enseignement social catholique. Cette Politique administrative a pour cadre le principe de dignité humaine, qui reconnaît la valeur intrinsèque de chaque personne de par son existence en tant qu'être humain. Le principe du bien commun est également un élément fondamental de cette Politique administrative et met en avant la collaboration pour les bonnes causes que nous avons en commun afin que chaque personne puisse se développer. Pour terminer, le principe de solidarité avec celles et ceux en situation de pauvreté vise à les identifier, à assurer leurs besoins et à les représenter.

La présente politique administrative stipule que les ministères d'Ascension doivent disposer d'une politique cohérente et efficace en matière de facturation et de recouvrement. Les pratiques de facturation et de recouvrement de nos Chargés de soins reflètent notre engagement et notre respect de la dignité humaine et du bien commun, notre préoccupation toute particulière et notre solidarité envers les personnes vivant en situation de pauvreté et toute autre personne vulnérable et notre engagement pour une justice et un service distributifs. Nos chargés de soins doivent garantir que ses employé(e)s et agent(e)s se comportent de façon à refléter les politiques et valeurs d'une organisation parrainée par l'Église catholique, ceci incluant le traitement des patients et de leur famille avec dignité, respect et compassion.

La présente politique administrative remplace la procédure Ascension Health n° M-2 intitulée « Pratiques de facturation et de recouvrement ».

Définitions

« Ascension » désigne Ascension Health Alliance (active sous le nom d'Ascension).

« Ascension Health » désigne Ascension Health (active sous le nom d'Ascension Healthcare).

« Chargé de soin » désigne l'entité locale fournissant les soins d'urgence et les autres soins médicalement nécessaires auxquels participe l'Entité du ministère, directement ou indirectement, en tant que partie prenante ou chargée du contrôle. Les types d'entités incluses dans la définition de « Chargé de soin » dans le cadre de cette politique sont décrits plus en détails ci-après.

« Entité du ministère » désigne l'organisation (chargé de soin) dans une zone régionale ou locale au travers de laquelle Ascension réalise sa mission et dans laquelle Ascension Health fait office de seul membre chargé du contrôle.

Les autres définitions sont expliquées dans cette Politique administrative et dans les Annexes jointes et sont incorporées ici comme référence.

Politique administrative

L'objectif d'Ascension est que les patients de tous les Chargés de santé d'Ascension soient traités de manière cohérente, quel que soit le lieu du service. Ceci inclut l'extension de cette politique à tous les services fournis par une filiale portant le nom d'Ascension ou contrôlée par elle. Cette politique ne s'applique pas aux factures de soin ne relevant pas d'un « soin d'urgence » et d'autres « soins médicalement nécessaires » (suivant la définition de ces termes dans l'Annexe A de la Politique administrative d'Ascension 600).

Ascension souhaite que chaque ministère de la Santé se conforme à cette politique et, dans la mesure où la loi l'exige, à la section 501(r) de l'Internal Revenue Code (code fiscal américain) et aux règlements promulgués en vertu de celle-ci (collectivement, « 501(r) »). La présente politique administrative, ainsi que **Annexe A**, doivent être interprétées et appliquées conformément à l'article 501(r), sauf indication contraire. Les ministères de la Santé comprennent les suivants :

- Les installations hospitalières avec licence d'État, où le revenu de l'installation hospitalière découlant de la réalisation d'un tel soin est traité par Ascension (ou la filiale adéquate), est exempt de taxe, y compris
 - les filiales en propriété exclusive (ou contrôlées dans le cas de sociétés à but non lucratif) ou
 - les autres entités largement en rapport, comme
 - tout partenariat (à but d'imposition) dans lequel Ascension Health ou une de ses filiales directe ou indirecte détient un capital ou des intérêts sur les bénéficiaires et fournit des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires dans une installation hospitalière avec licence d'État, ou
 - une entité non prise en compte dont Ascension Health ou une de ses filiales directe ou indirecte est le seul membre fournissant des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires dans une installation hospitalière avec licence d'État ;
- les organisations gérant un service d'urgence pour le compte d'une installation hospitalière ;
- les cabinets de médecins employés ;
- les cabinets de médecins contrôlés par le Chargé de soin ;
- Les coentreprises dans lesquelles Ascension Health ou l'une de ses filiales directes ou indirectes est l'actionnaire majoritaire, ou dont la marque ou le logo « Ascension » figure, et qui fournissent des soins d'urgence et autres soins médicaux nécessaires, que la coentreprise soit ou non agréée en tant qu'hôpital ; et
- que les factures suivent le principe de la facturation selon accord ;

mais exclus (même si cette entité répond également aux critères ci-dessus), sous réserve d'une autorisation écrite d'exclusion par le vice-président senior des finances opérationnelles d'Ascension et le service fiscal d'Ascension,

- toute entité qu'Ascension Health considère comme fournissant un tel soin en tant qu'entité ou société non liée (par exemple si Ascension ou la filiale en question traite les revenus provenant de la réalisation de tels soins comme un revenu imposable),
- une coentreprise préexistante qui n'est pas un établissement hospitalier agréé par l'État, qui n'utilise pas le nom ou le logo « Ascension » et dont les documents constitutifs ne prévoient pas que la coentreprise fournisse une aide financière ou se conforme aux politiques ou directives d'Ascension en matière d'aide financière ou de pratiques de facturation et de recouvrement, ou

- une organisation faisant principalement fonction d'institution d'éducation ou scientifique.

Outre les Chargés de santé obligés à être conformes à la loi 501(r), Ascension a pour objectif que ses autres chargés de soins n'étant pas légalement obligés d'être en conformité avec ladite loi 501(r) (par exemple, Ascension Senior Living) soient également conformes à cette procédure, sauf si certaines obligations techniques de 501(r) s'avèrent ne pas être applicables. D'autres chargés de soins identifiés par Ascension comme ne devant pas obligatoirement être conformes à la 501(r) peuvent travailler avec les Services légaux et financiers d'Ascension afin d'identifier les provisions de la 501(r) pouvant ne pas s'appliquer.

Conformément à cette politique administrative, le conseil d'administration ou les fiduciaires de chaque ministère de la Santé adoptera une politique de facturation et de recouvrement (« BCP »), dont la forme est jointe à cette politique administrative en tant que **l'annexe A**. Chaque Entité du ministère pourra personnaliser certains aspects de la BCP (par exemple, pour être conforme avec la loi de l'État fédéral applicable), objet de cette Politique Administrative. Bien qu'il soit prévu que chaque Entité du ministère ait un formulaire de BCP en application et adoptée par tous ses Chargés de santé au sein de cette Entité du ministère, une Entité du ministère peut avoir plus d'un formulaire de BCP si cette Entité du ministère englobe plusieurs États et si les différents États incluent dans cette Entité du ministère impose différentes obligations légales influant sur la BCP. Une fois la personnalisation terminée, les invites ou pieds de pages en italique fournissant l'adresse de l'Entité du ministère devraient être supprimés de la version de la BCP qui sera mise à disposition. La BCP de l'Entité du ministère doit être ratifiée (et donc adoptée) par le conseil ou autre entité gérante de chaque installation hospitalière et par les autres Chargés de soins placés sous l'autorité de cette Entité du ministère. La Politique de facturation et de recouvrement mise à jour devrait avoir comme date limite d'entrée en vigueur le 30 juin 2020. Chaque ministère s'assurera également que chacune de ses installations hospitalières permet d'obtenir facilement le BCP conformément à cette politique.

A. Autres exigences et exceptions

Au fur et à mesure que chaque ministère de la Santé, leurs établissements hospitaliers et d'autres organisations adoptent et mettent en œuvre le PSB joint à **l'annexe A**, les lignes directrices administratives additionnelles suivantes doivent être suivies.

- Les restrictions suivantes s'appliquent aux actions de recouvrement, sauf pour ce qui est des soins ne constituant pas une urgence et les autres soins médicalement nécessaires, comme identifiés dans la Politique Administrative d'Ascension 600 et la Politique d'Aide financière (« FAP ») :
 - Les cautions réalisées sur les résidences personnelles sont autorisées uniquement dans les circonstances suivantes :
 - Le Patient (comme défini dans la BCP) ne qualifie pas pour les soins caritatifs à 100 % ou pour l'aide financière et le Patient ne respecte pas les échéanciers de paiement accordés par l'Organisation (comme définis par la BCP) et le Patient.
 - La caution ne résultera pas en une saisie sur une résidence personnelle.
 - Les cautions recouvertes par une agence de recouvrement ou tout autre représentant de l'Organisation ont été préalablement passées en revue et approuvées par l'administration exécutive de l'Organisation.

- Les saisies de salaires ne sont autorisées que si :
 - Le patient ne répond pas aux critères de soins caritatifs à 100 % ou pour l'aide financière conformément à la Politique d'assistance de l'Organisation et un tribunal de justice détermine que le salaire du Patient est suffisant pour la saisie.
 - La caution recouverte par une agence de recouvrement ou tout autre représentant de l'Organisation a été préalablement passée en revue et approuvée par l'administration exécutive de l'Organisation.
 - Aucune Organisation ne poursuivra une procédure de banqueroute involontaire contre un Patient afin de procéder au recouvrement.
 - Aucune Organisation, agence de recouvrement ou autre représentant travail pour le compte de l'Organisation n'est autorisée à agir si cela provoque l'émission d'un mandant d'amener, un ordre émis par un juge ou un tribunal de mise aux arrêts d'une personne (également appelé arrêts corporels).
 - Aucune Organisation ne peut faire payer des intérêts sur les soldes dus. Des frais administratifs peuvent être levés pour les chèques sans provision.
- Chaque ministère de la Santé intégrera également le libellé figurant dans **Annexe B** dans tous les contrats conclus avec des agences de recouvrement, afin d'informer toute agence de recouvrement engagée par le ministère de la Santé des politiques et procédures d'Ascension Health en matière de facturation et de recouvrement pour les patients en difficulté financière, y compris la manière éthique dont tous les contacts avec les patients et leurs familles doivent être menés. Si une agence de recouvrement est engagée par un tiers pour le compte du ministère de la Santé, ce tiers sera tenu par le ministère de la Santé d'intégrer les dispositions énoncées dans **l'annexe B** dans les contrats conclus avec les agences de recouvrement.
 - La BCP devrait être adoptée par chacune des organisations, comme expliqué ci-dessus.
 - Tout écart important par rapport au formulaire BCP fourni dans **l'annexe A** doit être approuvé par le vice-président senior / directeur des recettes d'Ascension.
 - En général, l'Organisation n'utilisera pas les ECA (tels que définis dans **l'annexe A**) pour obtenir le paiement. 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 Patient 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'utilisera pas d'ECA pour les comptes non soldés suite au fait que le Patient 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 le FAP. Le service chargé du cycle des recettes a le pouvoir final de déterminer si l'organisation a déployé des efforts raisonnables pour déterminer l'éligibilité à une aide financière et s'il existe des circonstances exceptionnelles justifiant que l'organisation recoure à des ECA.

- Des remboursements du montant payé par le Patient pour des soins au-delà du montant dont le Patient est jugé personnellement responsable au titre de la FAP, sauf si le montant excédentaire est inférieur à 5,00 \$. Selon la FAP, un Patient n'est pas éligible pour une aide financière (ou un remboursement) pour les causes ci-après :
 - Montant payés si une demande de FAP a été réalisée après plus de 240 jours après la première facture acquittée,
 - Montants payés si l'aide financière a été accordée au Patient via le système de score présumé (et pas une demande agréée de FAP)

B. Obtention facile de la BCP

Selon la loi 501(r), chaque installation hospitalière doit faire en sorte que sa BCP puisse « facilement être obtenue ». Afin d'être conforme avec la 501(r) et la ligne directrice explicative de l'IRS, chaque Chargé de soin doit s'assurer que toutes les installations hospitalières sous sa responsabilité mettent en œuvre les points suivants :

- Faire en sorte que sa BCP puisse facilement être obtenue sur le site web de l'installation hospitalière ; et
- Fournir des copies papier de sa BCP sur demande et gratuitement, à la fois par courrier et dans les espaces publics de l'installation hospitalière (y compris, au moins, la salle des urgences et si elles sont présentes, les zones des admissions).

En outre, toutes les installations hospitalières doivent faire en sorte que sa BCP soit disponible non seulement en anglais, mais également pour les populations ayant une maîtrise limitée de l'anglais (« LEP »), ce qui correspond à un groupe dont la population MLA dépasse au moins 1 000 individus ou 5 % de la communauté que dessert l'installation hospitalière. Cette dernière peut déterminer le pourcentage ou le nombre de personnes avec une LEP dans la communauté de l'installation hospitalière ou qui sera vraisemblablement affectée ou déterminée par l'installation hospitalière en employant une méthode raisonnable. Ceci ne devra en aucun cas être incohérent avec une détermination similaire réalisée par l'installation hospitalière en rapport avec son Évaluation des besoins de santé de la communauté.

À des fins de clarté, cette Politique administrative 601 complète ne devrait pas être disponible sur le site web d'un Chargé de santé ou être rendue disponible au public.

C. Conformité à la loi de l'État

En plus des exigences de la loi 501(r), certains États dans lesquels se trouvent les installations hospitalières peuvent imposer des exigences supplémentaires sur les installations hospitalières pour ce qui est des pratiques de facturation et de recouvrement. Si la loi 501(r) et d'autres aspects de cette politique sont en conflit ou ne sont pas cohérents avec l'exigence de la loi de l'État, l'installation hospitalière doit être conforme au niveau le plus élevé d'obligation imposé par la loi 501(r) ou par la loi de l'État dans la mesure où cela remplit également les obligations de l'installation hospitalière en respectant la norme la moins contraignante. Dans la mesure où les exigences de la loi de l'État s'ajoutent à celles de cette politique et à la loi 501(r), les installations hospitalières doivent remplir les deux ensembles d'obligations. Chaque Chargé de santé devrait garantir que sa BCP ou une procédure conjointe inclut des formulations répondant aux exigences supplémentaires applicables dans l'État.

Référence aux autres politiques et procédures :

Politique administrative n° 600 de l'Ascension - Aide financière pour les personnes dans le besoin

Annexes :

Annexe A – Formulaire de la Politique de facturation et de recouvrement

Annexe B – Formulaire de l'addendum aux contrats avec les agences de recouvrement



Date de prise d'effet : 01/12/2016

Approuvé Elizabeth C Foshage

Date de révision : 01/06/2023 Nom :

Elizabeth Foshage

Titre : EVP & Chief Financial Officer

Approuvé : Thomas Vanosdol

Nom : Thomas Vanosdol

Titre : EVP of Mission Integration
(Intégration des missions)

Approuvé par le service juridique d'Ascension :

Date: 01/06/2023

Ascension Seton

POLITIQUE DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT

1er juillet 2023

POLITIQUE/PRINCIPES

Ascension Seton (l'« Organisation ») a pour politique de garantir une pratique socialement équitable en matière de soins d'urgence et autres soins médicaux nécessaires au sein de l'Organisation, conformément à sa politique d'aide financière (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 patients 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®** » désigne la section 501(r) du Code des impôts américain (Internal Revenue Code) et les règlements promulgués en vertu de celle-ci.
2. « **Actions de recouvrement** extraordinaires » ou « **ECA** » désigne l'une des activités de recouvrement suivantes soumises à des restrictions en vertu de l'article 501(r) :
 - a. Vendre la créance d'un Patient à une autre partie, sauf si l'acheteur est soumis à des restrictions particulières comme décrit ci-dessous.
 - b. Signaler des informations défavorables au sujet du Patient à des agences d'évaluation de crédit ou à des bureaux de crédit.
 - c. Différer ou refuser, ou exiger un paiement avant la fourniture de soins médicalement nécessaires en raison d'un défaut de paiement du Patient 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 privilège sur les biens du Patient,

- ii. opérer une saisie des biens du Patient,
- iii. opérer une saisie du compte bancaire ou d'autres biens personnels du Patient,
- iv. intenter des poursuites civiles contre un Patient, et
- v. effectuer des saisies sur le salaire d'un Patient.

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. la vente de la créance d'un Patient, sous réserve d'un accord écrit juridiquement contraignant existant avec l'acheteur de la créance, en vertu duquel
 - i. l'acheteur a l'interdiction d'intenter des ECA pour obtenir le paiement des soins ;
 - ii. l'acheteur a l'interdiction de facturer des intérêts de créance au-delà du taux en vigueur en vertu de l'Article 6621(a) (2) de l'Internal Revenue Code au moment de la vente de la créance (ou un autre taux d'intérêt fixé par une notification ou autre directive publiée dans l'Internal Revenue Bulletin) ;
 - iii. la créance peut être remboursée à l'Organisation, ou relancée par celle-ci, suite à la décision de l'Organisation ou de l'acheteur, selon laquelle le Patient est admissible pour une aide financière ; et
 - iv. l'acheteur a l'obligation de respecter les procédures établies dans l'accord qui garantissent que le Patient ne payera pas, et n'aura pas l'obligation de payer conjointement à l'acheteur et à l'Organisation plus que le montant dont il est personnellement responsable au titre de la FAP, si le Patient est jugé admissible à une aide financière et que la créance n'est pas remboursée à l'Organisation, ou relancée par celle-ci ;
 - b. 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 Patient suite à des dommages corporels pour lesquels l'Organisation a fourni des soins ; ou
 - c. le dépôt d'une demande dans le cadre d'une procédure de faillite.
3. « **FAP** » désigne la politique d'aide financière de l'Organisation, qui consiste à fournir une aide financière aux patients éligibles dans le cadre de la mission de l'Organisation et d'Ascension Health et conformément à l'article 501(r).
4. La « **Demande FAP** » désigne la demande d'aide financière.
5. L'« **aide financière** » désigne l'aide que l'Organisation peut fournir à un patient conformément à la FAP de l'Organisation.
6. L'« **Organisation** » désigne Ascension Seton. Pour obtenir des informations supplémentaires, poser des questions, faire part de vos commentaires ou déposer un recours, vous pouvez contacter le bureau indiqué ci-dessous ou mentionné dans tout avis ou communication applicable que vous recevez de la part de l'Organisation :

Ascension Seton
 P.O. Box 204301
 Dallas TX, 75320-4301

7. Le « **patient** » désigne une personne qui reçoit (ou qui a reçu) des soins de l'Organisation et toute autre personne financièrement responsable de ces soins (y compris les membres de la famille et les tuteurs).

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 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 Patient 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 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 décisions relatives à l'admissibilité à l'aide financière seront prises en fonction des catégories générales suivantes.
 - a. Demandes FAP complètes. Dans le cas d'un patient qui soumet une demande FAP complète, l'Organisation suspendra, dans les délais prévus, tout ECA afin d'obtenir le paiement des soins, faire une détermination d'admissibilité et fournir une notification écrite, comme indiqué ci-dessous.
 - b. Déterminations d'admissibilité présumées. Si un patient est présumé éligible à une aide inférieure à l'aide la plus généreuse disponible dans le cadre du FAP, l'organisation informera le patient des motifs de cette décision et lui accordera un délai raisonnable pour demander une aide plus généreuse.

- c. Avis et procédure en l'absence de demande. À moins qu'une demande d'aide financière dûment remplie soit soumise ou que l'admissibilité du Patient soit déterminée selon les critères d'admissibilité présumée de la FAP, l'Organisation s'abstiendra d'intenter des ECA pendant au moins 120 jours à compter de la date d'envoi du premier relevé de facturation des soins, après que le patient ait 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'engager une (1) ou plusieurs procédures ECA afin d'obtenir le paiement des soins prodigués à un patient qui n'a pas soumis de demande FAP et avant de déterminer si des circonstances exceptionnelles justifient le recours à des procédures ECA, l'Organisation doit prendre les mesures suivantes :
- i. Fournir au Patient 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 de vive voix le Patient à propos de la FAP et du processus de demande d'aide financière.
- d. Demands FAP incomplètes. Si un Patient soumet une demande de FAP incomplète, l'Organisation devra indiquer au Patient par écrit comment remplir sa demande de FAP et lui donner un délai de trente (30) jours calendaires pour la remplir. Toutes les ECA en attente seront suspendues pendant cette période, et l'avis écrit devra (i) décrire les informations et/ou documents supplémentaires requis dans le cadre du FAP ou de la demande FAP qui sont nécessaires pour compléter la demande, et (ii) inclure les coordonnées appropriées.
2. Restrictions applicables au report ou au refus de soins. Dans le cas où l'Organisation envisage de reporter ou de refuser la prestation de soins médicaux nécessaires, tels que définis dans la FAP, ou d'exiger un paiement avant de les fournir, en raison du non-paiement par le Patient d'une ou plusieurs factures pour des soins précédemment fournis et couverts par la FAP, le Patient se verra remettre un formulaire de demande FAP et un avis écrit indiquant qu'une aide financière est disponible pour les Patients éligibles.
3. Notification de détermination.
- a. Déterminations. Lorsqu'une demande de FAP dûment remplie est reçue sur le compte d'un Patient, l'Organisation évaluera la demande d'aide financière pour déterminer l'admissibilité et aviser le Patient par écrit de sa détermination finale dans un délai de quarante-cinq (45) jours calendaires. La notification inclura une détermination du montant dont le Patient sera financièrement responsable. Si la demande de FAP est refusée, un avis sera envoyé expliquant la raison du refus et les instructions pour faire appel ou demander un réexamen.
 - b. Remboursements. L'Organisation remboursera le montant payé par un Patient pour des soins qui dépasse le montant que le Patient est tenu de payer personnellement en vertu de la FAP, sauf si ce montant excédentaire est inférieur à 5,00 \$.

- c. Inversion du ou des ECA. Dans la mesure où un Patient est jugé admissible pour une aide financière au titre de la FAP, 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 raisonnablement disponibles comprennent généralement, sans s'y limiter, les mesures visant à annuler tout jugement rendu à l'encontre du patient, à lever toute saisie ou tout privilège sur les biens du patient et à supprimer du rapport de solvabilité du patient toute information défavorable qui a été communiquée à une agence d'évaluation du crédit ou à un bureau de crédit.
4. Appels. 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 suivant la réception de la notification du refus. Tous les recours seront examinés par l'Organisation qui émettra une détermination finale. Si la décision finale confirme le refus antérieur d'aide financière, une notification écrite sera envoyée au patient.
5. Collections. Une fois les procédures ci-dessus terminées (y compris les efforts raisonnables déployés pour déterminer si un patient est admissible à une aide financière en vertu de sa politique d'aide financière) et après avoir déterminé qu'il existe des circonstances extrêmes justifiant le recours à des mesures d'exécution, l'organisation peut procéder à des mesures d'exécution à l'encontre des patients non assurés et sous-assurés ayant des comptes en souffrance, conformément aux procédures de l'organisation relatives à l'établissement, au traitement et au suivi des factures et des plans de paiement des patients. Sous réserve des restrictions énoncées dans les présentes, l'Organisation peut faire appel à une agence de recouvrement de créances douteuses externe réputée ou à un autre prestataire de services pour traiter les comptes irrécouvrables, et ces agences ou prestataires de services doivent se conformer aux dispositions de l'article 501(r) applicables aux tiers.

ADDENDUM AUX CONTRATS AVEC LES AGENCES DE RECOUVREMENT

[*Insert name of Health Ministry*]¹ (« Ministère de la Santé ») et [*Insert name of Collection Agency*] (« Agence de recouvrement »), en contrepartie d'une contrepartie mutuellement reconnue, conviennent, à compter du _____ jour de _____ 20__, de modifier le contrat de services de recouvrement actuel entre les parties afin d'y inclure ce qui suit :

1. Le ministère de la Santé et ses affiliés ont adopté une politique et des procédures (collectivement, la « Politique ») visant à se conformer à la section 501(r) du Code des impôts américain et aux règlements promulgués en vertu de celle-ci (collectivement, « 501(r) ») et à garantir davantage des pratiques de facturation et de recouvrement socialement équitables pour tous les patients du ministère de la Santé.
2. L'agence de recouvrement reconnaît avoir reçu, examiné et compris la politique.
3. Sous réserve du paragraphe 4 du présent addendum, l'agence de recouvrement s'engage à respecter la politique dans le cadre de ses activités de recouvrement concernant les patients du ministère de la Santé. De telles activités incluent, sans les limiter :
 - a. Toutes les communications avec tout patient ou toute personne financièrement responsable du ministère de la Santé renvoyé à l'agence de recouvrement aux fins de recouvrement des montants dus au ministère de la Santé ; et
 - b. Toutes les procédures judiciaires ou autres mesures de recouvrement, de quelque nature que ce soit, à l'encontre de tout patient du ministère de la Santé ou de toute personne financièrement responsable, renvoyées à l'agence de recouvrement aux fins de recouvrement des montants dus au ministère de la Santé.
4. L'agence de recouvrement s'engage à agir à tout moment conformément à l'article 501(r) et à ne pas déroger aux normes et exigences énoncées dans la politique sans l'accord écrit préalable du ministère de la Santé.

[*HEALTH MINISTRY*]

Par : _____
Nom : _____
Titre : _____

[*COLLECTION AGENCY*]

Par : _____
Nom : _____
Titre : _____

¹ Dans le cas où un tiers aurait fait appel à l'agence de recouvrement, l'avenant devrait être révisé afin que le tiers puisse signer cet avenant avec l'agence de recouvrement.