

## ASCENSION WISCONSIN

### POLITIQUE DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT

01/06/2023

#### POLITIQUE/PRINCIPES

Ascension Wisconsin (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 Wisconsin. 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 :

Demande par téléphone en appelant le service clientèle d'Ascension Wisconsin au 877-304-6332.

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'éligibilité 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 à l'encontre du patient, lever toute taxe ou tout privilège sur les biens du patient et retirer du dossier de crédit du patient toute information défavorable communiquée à un organisme de signalement des consommateurs 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 atteste du refus précédent d'aide financière, une notification écrite sera envoyée au patient.
5. Collectes. À l'issue des procédures susmentionnées (y compris des efforts raisonnables pour déterminer si un Patient peut bénéficier de l'Aide financière dans le cadre de sa FAP), et après détermination par l'Organisation qu'il existe des circonstances extrêmes justifiant l'utilisation d'ECA, l'Organisation pourra poursuivre ses ECA à l'encontre des Patients non-assurés et sous-assurés, 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 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.