

St. Vincent's Health System, Inc.

POLITIQUE DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT

Dernière mise à jour : 30/06/2021

POLITIQUE/PRINCIPES

Il s'agit de la politique de St. Vincent's Health System, Inc., et ses filiales contrôlées, notamment, mais sans s'y limiter, St. Luke's-St. Vincent's HealthCare, Inc, dba Ascension St. Vincent's Southside; St. Vincent's Medical Center, Inc., dba Ascension St. Vincent's Riverside; St. Vincent's Medical Center-Clay County, Inc., dba Ascension St. Vincent's Clay County (« l'Organisation ») qui vise une pratique socialement équitable pour prodiguer les soins d'urgence ou médicaments 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 qui ont besoin d'une aide financière et reçoivent des soins dans les établissements de l'Organisation.

Toutes les pratiques de facturation et de recouvrement mises en œuvre reflèteront notre engagement et notre estime pour la dignité humaine et le 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 équité de justice et de gestion. Les employés et les agents de l'Organisation se comporteront dans le respect des politiques et des 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 services médicalement nécessaires 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 nécessaires » (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) accompagnée des réglementations qui en découlent.
2. «**Actions en recouvrement extraordinaires**» ou «**ARE** » désigne l'ensemble des activités de recouvrement suivantes qui sont soumises à certaines restrictions en vertu 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 préalablement prodigués 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, mais sans s'y limiter,
 - i. exercer un droit de rétention 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 ARE ne comprend pas les mesures suivantes (même dans le cas où les critères d'une ARE, 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 ARE 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, dont le but est d'offrir une Aide financière aux Patients admissibles dans le cadre de la mission de l'Organisation et d'Ascension Health et conformément à l'Article 501(r).

4. «Demande Politique d'aide financière» désigne le formulaire de demande d'aide financière.

5. «Aide financière» désigne l'aide que l'Organisation peut fournir à un Patient dans le cadre de la FAP de l'Organisation.

6. «Organisation» désigne St. Vincent's Health System, Inc. et ses filiales contrôlées, notamment, sans s'y limiter, St. Luke's-St. Vincent's HealthCare, Inc, dba Ascension St. Vincent's



Southside; St. Vincent's Medical Center, Inc., dba Ascension St. Vincent's Riverside; St. Vincent's Medical Center-Clay County, Inc., dba Ascension St. Vincent's Clay County. 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 n'importe quel avis ou communication que vous recevez de la part de l'Organisation :

Site web: <https://healthcare.ascension.org/Locations/Florida/FLJAC/Jacksonville-Ascension-St-Vincents-Riverside/Billing-and-Payment>

Numéro de ligne verte du service à la clientèle : 877-257-3449

Adresse postale :

St. Vincent's Health System, Inc.
P O Box 45167
Jacksonville, FL 32232

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

PRATIQUES DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT

L'Organisation applique un procédure méthodique pour adresser régulièrement des relevés de facturation aux Patients concernant les services rendus, et pour communiquer avec les Patients. En cas de défaut de paiement d'un Patient 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, et intenter une ou plusieurs ARE, sous réserve des dispositions et des restrictions figurant dans la présente politique de facturation et de recouvrement. Le Revenue Cycle Department, ou Ministère du cycle des recettes, détient l'autorité suprême pour décider si l'Organisation a déployé des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière et si l'Organisation peut engager des ARE.

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 Patient est admissible à l'aide financière au titre de la FAP avant d'engager une quelconque action en recouvrement extraordinaire, ou ARE. Une fois la décision rendue, l'Organisation peut entreprendre une ou plusieurs ARE, comme décrit ici.

1. Traitement des demandes FAP. Sauf dans les cas prévus ci-dessous, un Patient 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 d'aide financière complètes. Dans le cas d'un Patient qui soumet une demande d'aide financière dûment remplie, l'Organisation devra, en temps opportun, suspendre toute ARE 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 Patient est présumé admissible à une aide financière inférieure à l'aide la plus généreuse proposée au titre de l'aide financière, l'Organisation avisera le Patient du fondement de la décision et donnera au Patient un délai raisonnable, pendant lequel il pourra demander une aide plus importante avant que l'Organisation n'intente une ARE.
 - 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 Patient soit déterminée selon les critères d'admissibilité présumée de la FAP, l'Organisation s'abstiendra d'intenter des ARE 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'entreprendre une (1) ou plusieurs ARE pour obtenir le paiement des soins auprès d'un Patient qui n'a pas soumis de demande d'aide financière, l'Organisation devra 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 ARE qui sont prévues pour obtenir le paiement des soins, et fixant l'échéance après laquelle ces ARE pourront être déclenchées, au plus tôt 30 jours après la date d'émission de la notification ;
 - ii. Fournir au Patient 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 d'aide financière incomplète, l'Organisation devra indiquer au Patient par écrit comment remplir sa demande d'aide financière et lui donner un délai de trente (30) jours calendaires pour la remplir. Toute ARE 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 Patient pour une ou plusieurs factures concernant des soins fournis précédemment et couverts par la FAP, le Patient 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.
 - 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 avisera 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. En cas de refus de la demande d'aide

financière, un avis sera envoyé au Patient lui expliquant le motif du refus et lui fournissant des instructions pour demander un recours ou la reconsidération de la demande.

- b. Remboursements. L'Organisation fournira un remboursement 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 \$.
 - c. Annulation des ARE, ou actions en recouvrement extraordinaires. 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 ARE 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 Patient, lever toute saisie ou droit de privilège sur les biens du Patient, et retirer du rapport de crédit du Patient toute information préjudiciable qui a été signalée à un organisme d'évaluation de crédit ou à un bureau de crédit.
4. Recours. Le Patient 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 formulera une décision définitive. Si la décision définitive confirme le précédent refus de l'aide financière, une notification écrite sera envoyée au Patient.
 5. Recouvrements. À l'issue des procédures susmentionnées, l'Organisation pourra poursuivre ses ARE 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 identifiées ici, 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.