

Ascension Saint Agnes

POLITIQUE DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT

10/01/2020

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 (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(r)**» désigne l'Article 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagnée des réglementations qui en découlent.
2. «**Mesures extraordinaires de recouvrement**» ou «**ARE**» désigne l'ensemble des activités de recouvrement suivantes qui sont soumises à certaines restrictions au titre de la Section 501(r) :
 - a. Réservé.
 - b. Signaler des informations préjudiciables pour le Patient à des organismes 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 incluent¹, sans s'y limiter,

¹ En vertu de la Section 19-214.2(e) (1) du code du Maryland, l'Organisation ne doit pas saisir la résidence d'un patient pour recouvrer une créance.

- i. imposer un droit de rétention sur les biens du Patient²,
- ii. opérer une saisie du compte bancaire ou d'autres biens personnels du Patient,
- iii. intenter des poursuites civiles contre un Patient, et
- iv. 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 de FAP**» 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. «**L'Organisation**» signifie Ascension St. Agnes Pour demander des informations complémentaires, envoyer vos questions ou commentaires, ou soumettre un recours, vous pouvez

² En vertu de la section 19-214.2(e) (2) du code du Maryland, si l'Organisation exerce un droit de rétention sur la résidence principale d'un patient, elle peut maintenir sa position de créancier garanti par rapport aux autres créanciers envers lesquels le patient peut avoir une créance.

contacter le bureau dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous ou dans n'importe quel avis ou communication que vous recevez de la part de l'Organisation :

Services financiers pour les patients au 1-667-234-2140

7. « **Patient** » 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).

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 d'aide financière 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 de FAP 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 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 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. Demandes de 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. 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 aviser le Patient par écrit de sa détermination finale dans un délai de quatorze (14) jours calendaires. La notification inclura une détermination du montant dont le Patient sera financièrement responsable. En cas de refus de la demande de FAP, 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 versera 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 \$.
 - i. En vertu de la Section 19-214.2(c) (1) du Code du Maryland, L'Organisation doit prévoir le remboursement des montants supérieurs à 25 \$ perçus auprès d'un Patient 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.
 - ii. L'Organisation peut réduire la période de deux ans prévue au paragraphe (b) (i) du présent article à au moins 30 jours après la date à laquelle l'hôpital demande des informations à un patient, ou au garant de ce patient, en vue de déterminer

l'admissibilité du patient à des soins gratuits au moment du service, si l'Organisation démontre un manque de coopération.

- iii. Si un Patient est inscrit à un régime public de soins de santé sous condition de ressources qui exige que le Patient paie de lui-même les services hospitaliers, la politique de remboursement de l'Organisation doit prévoir un remboursement conforme aux termes du contrat du Patient.

- 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. Conformément à la Section 19-214.2(d) (2) du code du Maryland, l'Organisation doit signaler l'exécution de l'obligation de paiement du Patient dans les soixante (60) jours suivant l'exécution de l'obligation à toute agence de renseignements sur les consommateurs à laquelle l'Organisation avait communiqué des informations défavorables sur le patient.

- 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 détermination finale 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. L'Organisation doit surveiller activement tout accord de recouvrement de créances conformément à cette politique.

- 5. Intérêts. L'Organisation ne doit pas facturer d'intérêts sur les factures encourues par les patients qui paient eux-mêmes avant que ces derniers aient été soumis à une décision de justice.