

<p style="text-align: center;"><b>Ascension Saint Agnes</b> Manuel des politiques et procédures du système</p>	<p style="text-align: center;"><b>Page <u>1</u> sur <u>5</u></b></p>	<p style="text-align: center;"><b>SYS FI 51</b></p>
<p><b>Objet :</b></p> <p>Politique de facturation et de recouvrement d'Ascension Saint Agnes</p>	<p><b>Date d'entrée en vigueur :</b> 7/16</p>	
	<p><b>Examen :</b> <b>Révisé :</b> 7/17, 6/20, 10/20, 12/21</p>	
<p>Approbations :</p> <p>Finale - Président/PDG: _____ Date : _____</p> <p>Concurrence : _____ Date _____ <i>(Les politiques entrent en vigueur 30 jours après leur signature par le PDG.)</i></p>		

## 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 l'article 501(r) :
  - a. Réservé.

- b. Signaler des informations défavorables au sujet du Patient à des agences d'évaluation de crédit ou à des bureaux de crédit<sup>1</sup>.
- 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<sup>2</sup>, sans s'y limiter,
  - i. imposer un droit de rétention sur les biens du Patient<sup>3</sup>,
  - ii. imposer un prélèvement sur le compte bancaire ou tout autre bien personnel d'un Patient, ou le saisir de toute autre manière,
  - iii. intenter une action civile contre un Patient<sup>4</sup>, et
  - iv. saisir 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 dette du Patient.<sup>5</sup>
- i. ;
- 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 les soins gratuits ou à coût réduit 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 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 :

<sup>1</sup> Conformément à la loi du Maryland 19-214.2 (b) (5), l'Organisation ne doit pas faire rapport à une agence de renseignements sur le consommateur dans les 180 jours suivant la présentation de la facture initiale à Patient.

<sup>2</sup> Conformément à l'article 19-214.2 (g) (1) du Code du Maryland, l'organisation ne doit pas saisir la résidence principale d'un patient pour recouvrer une dette.

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

<sup>4</sup> Conformément à l'article 19-214.2 (b) (5) 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 Patient.

<sup>5</sup> Conformément à l'article 19-214.2 (b) (2) du Code du Maryland, l'Organisation ne doit pas vendre la dette médicale.

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 mesure extraordinaire de recouvrement, ou ARE. L'organisation tiendra compte des revenus, des actifs et d'autres critères du patient conformément aux directives émises par l'État du Maryland. L'Organisation doit démontrer qu'elle a tenté de bonne foi d'offrir une assistance dans le cadre de sa FAP (y compris au moyen d'un plan de paiement) avant de pouvoir procéder à une ARE ou déléguer une activité de recouvrement à un agent de recouvrement.

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 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 180 jours à compter de la date d'envoi du premier relevé de facturation des soins au patient. 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 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 ; Choix du plan de paiement.

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. Plans de paiement. Si le patient satisfait aux critères d'admissibilité, le cas échéant, pour un plan de paiement, 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 Patient souhaite modifier les conditions d'un plan de paiement, le Patient 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 patient effectue au moins onze (11) paiements prévus au cours d'une période de douze (12) mois. Si le Patient manque un paiement mensuel prévu, le Patient peut compenser ce paiement dans un délai d'un (1) an après la date du paiement manqué sans pénalité pour le Patient. L'organisation peut renoncer à tout paiement supplémentaire manqué qui survient dans un délai de douze (12) mois et permettre au patient de continuer à participer au plan de paiement sans renvoyer les dettes impayées à une agence de recouvrement ou tenter d'autres poursuites judiciaires.

d. 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 \$.

---

<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 Patient.

- i. Conformément à l'article 19-214.2 (b) (8) du Code du Maryland, l'Organisation doit fournir un remboursement des montants perçus auprès du Patient ou du garant du Patient 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 Patient ou retirer tout rapport de crédit défavorable dans cette situation.
- ii. Conformément à l'article 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.
- iii. 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.
- iv. 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.

e. Annulation des ARE. Dans la mesure où un Patient est jugé admissible pour une aide financière au titre de la FAP, et dans les 240 jours suivant la présentation de la facture initiale pour laquelle l'ARE a été déclarée<sup>7</sup>, 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 l'article 19-214.2 (f) (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 le consommateur à laquelle l'Organisation avait signalé des informations défavorables sur le Patient.

4. Appels et griefs. 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. Si le Patient souhaite déposer une plainte auprès de l'Organisation concernant le recouvrement d'une dette médicale, le Patient peut communiquer avec le département du service à la clientèle.

5. Recouvrements. Sous réserve de l'article 9, 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 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

---

<sup>7</sup> Conformément à l'article 19-214.1(a) (2) (i) du Code du Maryland, l'Organisation fournira des soins médicaux gratuits aux patients dont le revenu familial est égal ou inférieur à 200 % du seuil de pauvreté fédéral, ou des soins médicalement nécessaires à coût réduit aux patients à faible revenu dont le revenu familial est supérieur à 200 % du seuil de pauvreté fédéral, tel que calculé au moment du service, ou mis à jour, le cas échéant, pour tenir compte de tout changement dans la situation financière du patient survenu dans les 240 jours suivant la facturation initiale de l'hôpital.

devront respecter les dispositions de l'Article 501(r) applicables aux tiers.<sup>8</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 Patient relativement à une facture d'hôpital :

- a. Demander un droit de rétention sur la résidence principale du Patient ;
- b. Amener un tribunal à émettre un mandat de saisie ou d'arrestation contre le Patient ;
- c. Demander la saisie-arrêt du salaire si le patient est admissible à l'aide financière ;
- d. Déposer une réclamation contre la succession du Patient décédé s'il est connu que le Patient 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 patient ou fournir un avis écrit de l'intention de déposer une action contre le Patient, jusqu'à 180 jours après la présentation de la facture initiale ;
- f. Intenter une action contre le patient avant que l'hôpital ne détermine si le patient est admissible à l'aide financière.
- g. Fournir des renseignements défavorables sur le patient à une agence de renseignements sur le consommateur pendant au moins 180 jours après l'émission de la facture initiale du patient.
- h. Fournir des informations défavorables sur le Patient 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 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.
- i. Fournir des informations défavorables sur le Patient 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.
- j. Fournir des renseignements défavorables concernant un patient à une agence de renseignements sur le consommateur pour un patient qui, au moment du service, n'était pas assuré ou admissible à des soins gratuits ou à coût réduit.

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 une salle 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 patients qui paient eux-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 patient admissible à l'aide financière.

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 patient admissible à une aide financière.

---

<sup>8</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.

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 Patients, ne transmet pas d'informations défavorables contre les Patients 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 suivantes* 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 Patient 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.