

POLITIQUE DE GOUVERNANCE DE COMMONSPIRIT HEALTH

OBJET :Facturation et recouvrement

DATE D'EFFET :
1^{er} juillet 2023

NUMÉRO DE POLICE : Finance G-004

**DATE D'ENTRÉE
EN VIGUEUR
INITIALE** :
1^{er} juillet 2021

POLITIQUE

L'objectif de cette Politique est de fournir des directives claires et cohérentes pour mener les opérations de facturation, de recouvrement et de compensation d'une manière qui favorise la conformité avec la section 501(r) de l'Internal Revenue Code (IRC), ainsi qu'avec les lois et règlements applicables en matière de recouvrement, de manière efficace et satisfaisante pour les patients. La présente Politique décrit les circonstances dans lesquelles les Établissements hospitaliers entreprendront des actions de recouvrement pour les comptes en souffrance de patients suite à la fourniture de Services de soins médicaux d'urgence et de Soins médicalement nécessaires (ci-après désignés par EMCare) et identifie les activités de recouvrement autorisées. La présente Politique décrit les mesures qu'un Établissement hospitalier peut prendre pour obtenir le paiement d'une facture de soins EMCare en cas de non-paiement, y compris, mais sans s'y limiter, toute action de recouvrement autorisée.

CHAMP D'APPLICATION

La présente Politique s'applique à CommonSpirit Health et à chacune de ses Filiales directes et¹ Filiales exonérées d'impôt² qui exploitent un Établissement hospitalier (désignées individuellement comme un Organisme hospitalier CommonSpirit et collectivement comme les Organismes hospitaliers CommonSpirit). CommonSpirit a pour politique de suivre les normes d'éthique et d'intégrité les plus élevées dans la conduite des activités de recouvrement et de suivre les protocoles de recouvrement en vue du traitement équitable de la totalité des patients des Organismes hospitaliers CommonSpirit, dans chaque Établissement hospitalier.

¹ Une Filiale directe désigne toute société dont CommonSpirit Health est le seul membre ou l'unique actionnaire, ainsi que la société à but non lucratif Dignity Community Care, du Colorado.

² Une Filiale désigne soit une organisation, qu'elle soit à but lucratif ou non, dans laquelle une Filiale directe détient le pouvoir de nommer cinquante pour cent (50 %) ou plus des membres votants de l'organe de direction de cette organisation ou détient cinquante pour cent (50 %) ou plus des droits de vote dans cette organisation (comme attesté par des pouvoirs d'adhésion ou des titres conférant un certain pouvoir de décision à la Filiale Directe) ou toute organisation dans laquelle une Filiale détient ce pouvoir ou ces droits de vote.

PRINCIPES

Après que les patients de l'Organisme hospitalier CommonSpirit ont reçu des soins, les Établissements hospitaliers factureront les patients/garants et les payeurs concernés avec justesse et en temps opportun. Au cours de ce processus de facturation et de recouvrement, le personnel fournira un service client de qualité et un suivi en temps opportun; tous les comptes en souffrance seront traités conformément à la législation et à la réglementation applicables. En outre, les valeurs de CommonSpirit exigent que tous les individus soient traités avec respect et compassion. CommonSpirit a défini certaines actions de recouvrement comme étant en conflit avec les valeurs organisationnelles de CommonSpirit et a interdit leur utilisation à quelque moment que ce soit.

APPLICATION

A. Cette Politique s'applique à ce qui suit :

- Tous les frais relatifs aux soins EMCare fournis dans un Établissement hospitalier par un Organisme hospitalier CommonSpirit.
- Tous les frais pour des soins EMCare fournis par un médecin ou un médecin spécialiste employé par un Organisme hospitalier CommonSpirit, dans la mesure où ces soins sont fournis dans un Établissement hospitalier.
- Tous les frais pour des soins EMCare fournis par un médecin ou un médecin spécialiste employé par une entité étroitement liée, dans la mesure où ces soins sont fournis dans un Établissement hospitalier.
- Les Soins médicalement nécessaires non couverts fournis aux patients, lorsque ce dernier est responsable des frais, tels que les frais pour les jours au-delà d'une limite de durée de séjour ou dans des circonstances où les prestations du patient ont été épuisées.
- Toute activité de perception et de recouvrement menée par l'Établissement hospitalier ou un fournisseur désigné de services de facturation et de recouvrement (Fournisseur désigné), ou ses agents de recouvrement tiers d'un Organisme hospitalier, afin de recouvrer les montants dus pour les soins EMCare décrits ci-dessus. Tous les accords avec des tiers régissant ces activités de perception et de recouvrement doivent inclure une disposition exigeant le respect de la présente Politique et l'indemnisation pour les manquements résultant de sa non-conformité. Cela inclut, sans s'y limiter, les accords entre les tiers qui vendent ou référencent par la suite la créance de l'Établissement hospitalier.

B. Coordination avec les autres dispositions légales

La fourniture d'une Assistance financière, la facturation et le recouvrement des comptes des patients peuvent, aujourd'hui ou à l'avenir, faire l'objet d'une

réglementation supplémentaire en vertu des lois fédérales, de l'état ou locales. Cette loi prévaut dans la mesure où elle impose des exigences plus strictes que la présente Politique. Dans le cas où une loi de l'état ou locale adoptée ultérieurement entre directement en conflit avec la présente Politique, l'Organisme hospitalier CommonSpirit sera autorisé, après consultation de son représentant local de l'équipe juridique CommonSpirit, de la direction du Revenu Cycle de CommonSpirit et de la direction de la fiscalité CommonSpirit, à adopter, avant le prochain cycle de révision de la Politique, un addendum à la présente Politique, présentant le minimum de modifications nécessaires pour se conformer à toute loi applicable.

PRINCIPES

Par le biais des relevés de facturation, de la correspondance écrite et des appels téléphoniques, les Organismes hospitaliers CommonSpirit s'efforceront d'informer les patients/garants de leurs redevabilité financière et des options d'Assistance financière disponibles, mais aussi de suivre les comptes en souffrance des patients/garants. En tant que prestataires de soins de santé catholiques, les Organismes hospitaliers CommonSpirit sont appelés à répondre aux besoins des patients et des autres personnes en recherche de soins, quelles que soient leurs capacités financières à payer les services fournis.

Enfin, les Organismes hospitaliers CommonSpirit sont désignés comme des organisations caritatives (c'est-à-dire exonérées d'impôt) en vertu de la Section 501(c)(3) de l'IRC. Conformément à l'IRC Section 501(r), entre autres choses, et afin de rester exonéré d'impôt, chaque Organisme hospitalier CommonSpirit doit, pour les patients recevant des soins EMCare dans un établissement hospitalier, faire ce qui suit :

- limiter les montants des soins EMCare facturés aux personnes éligibles à une Assistance financière au maximum des montants généralement facturés (AGB) aux personnes qui ont une assurance couvrant ces soins,
- facturer les autres soins médicaux aux personnes admissibles à une Assistance financière à un montant inférieur aux frais bruts, et
- ne pas engager d'actions de recouvrement exceptionnelles avant que l'établissement hospitalier ait fait des efforts raisonnables pour déterminer si la personne est admissible à une Assistance en vertu de la Politique de gouvernance CommonSpirit pour les Finances G-003, *Assistance financière*.

DÉFINITIONS

Les Montants généralement facturés (AGB) sont les frais maximaux qu'un patient admissible à une Assistance financière est personnellement tenu de payer, en vertu de la présente Politique, après que toutes les déductions et réductions (y compris les réductions disponibles en vertu de la présente Politique) ont été appliquées, minorés des montants remboursés par les assureurs. Aucun patient éligible à une Assistance

financière ne sera facturé plus que l'AGB pour les soins EMCare qui lui sont fournis. CommonSpirit calcule l'AGB pour chaque Établissement en utilisant une méthode « rétroactive » en multipliant les charges « brutes » des soins EMCare qu'il fournit par des pourcentages d'AGB, basés sur les remboursements antérieurs autorisés par Medicare et les assurances privées, conformément à la loi fédérale. Dans ce cadre, les « charges brutes » désignent le montant figurant sur la grille tarifaire de chaque Établissement hospitalier pour chaque service de soins EMCare.

La **période de demande** désigne le temps accordé aux patients par l'Organisme hospitalier CommonSpirit pour remplir ladite demande d'Assistance. Elle expire à la plus tardive des deux dates suivantes : (i) 365 jours après la sortie du patient de l'Établissement hospitalier ou après la date de ses soins EMCare, ou (ii) 240 jours après la date de la facture initiale pour les soins EMCare reçus dans un Établissement hospitalier.

Soins médicaux d'urgence, EMTALA - Tout patient cherchant à obtenir des soins pour un problème médical d'urgence au sens de la Section 1867 de la loi sur la Sécurité sociale (42 U.S.C.1395dd) dans un Établissement hospitalier doit être traité sans discrimination et sans tenir compte de la capacité du patient à payer les soins. En outre, toute action visant à décourager les patients de recourir aux soins EMCare, y compris, mais sans s'y limiter, l'exigence d'un paiement avant le traitement ou l'autorisation d'activités de recouvrement de créances interférant avec la fourniture des soins EMCare, est interdite. Les Établissements hospitaliers doivent également fonctionner conformément à l'ensemble des exigences fédérales et de l'état relatives à la prestation de soins liés à des situations médicales d'urgence, y compris les exigences en matière de dépistage, de traitement et de transfert en vertu de la loi fédérale sur le traitement médical d'urgence et le travail (EMTALA) et conformément au règlement 42 CFR 482.55 (ou tout règlement qui le remplace). Les Établissements hospitaliers doivent se référer et être guidés par la Politique EMTALA de CommonSpirit, les règlements EMTALA et les Modalités de Participation à Medicare/Medicaid applicables, afin de déterminer ce qui constitue une situation médicale d'urgence et les processus à suivre pour chacune d'entre elles.

Actions de recouvrement exceptionnelles (ECA) - l'Établissement hospitalier ne s'engagera pas dans des ECA à l'encontre d'une personne avant d'avoir fait un effort raisonnable pour déterminer l'éligibilité à la FAP de l'Établissement hospitalier. Une ECA peut comprendre l'une des mesures suivantes prises dans le but d'obtenir le paiement d'une facture de soins:

- vendre la créance d'un particulier à une autre partie, sauf dans les cas expressément prévus par la loi fédérale, et
- communiquer des renseignements défavorables sur le particulier aux bureaux de crédit à la consommation.

Les ECA ne comprennent pas les droits qu'un Établissement hospitalier est en droit de 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 particulier (ou à son représentant) à la suite de blessures personnelles pour lesquelles l'Établissement a fourni des soins.

L'**Assistance financière** désigne l'assistance fournie aux patients pour lesquels le paiement intégral des dépenses prévues pour les soins EMCare dispensés dans un Établissement hospitalier constituerait une difficulté financière et qui répondent aux critères d'admissibilité à cette assistance. Une Assistance financière est proposée aux patients assurés dans la mesure où le contrat de l'assureur du patient le permet.

La **Politique d'assistance financière (FAP)** désigne la Politique de gouvernance CommonSpirit pour les Finances G-003, *Assistance financière*, qui décrit le programme d'Assistance financière de CommonSpirit, y compris les critères que les patients/garants doivent remplir pour être admissibles à ladite Assistance ainsi que le processus par lequel les particuliers peuvent demander cette Assistance.

Le terme **garant** désigne un particulier qui est légalement responsable du paiement de la facture du patient.

L'**Établissement hospitalier (ou l'Établissement)** désigne un établissement de soins de santé qui doit être agréé, enregistré ou reconnu de manière similaire par un état, en tant qu'hôpital et qui est exploité par un Organisme hospitalier CommonSpirit. En ce qui concerne l'exécution des activités de facturation et de recouvrement, le terme « Établissement hospitalier » peut également inclure un Prestataire désigné.

Les **Soins médicalement nécessaires** désignent toute procédure raisonnablement considérée (par un prestataire) comme nécessaire pour prévenir, diagnostiquer, corriger, guérir, atténuer ou éviter l'aggravation d'un état, d'une maladie, d'une blessure ou d'une affection qui met la vie en danger, cause des souffrances ou des douleurs, entraîne une maladie ou une infirmité, menace de causer ou d'aggraver un handicap, ou cause une déformation ou un dysfonctionnement physique, ou pour améliorer le fonctionnement d'un membre malformé du corps, s'il n'existe pas d'autre traitement tout aussi efficace, plus conservateur ou moins coûteux. Les Soins médicalement nécessaires ne comprennent pas les procédures facultatives ou cosmétiques visant uniquement à améliorer l'aspect esthétique d'une partie du corps normale ou fonctionnant normalement.

La **Période de notification** désigne la période de 120 jours commençant à la date à laquelle l'Établissement hospitalier fournit le premier relevé de facturation après la sortie pour les soins EMCare. Un Établissement s'abstiendra d'entreprendre une ECA pendant la période de notification, à moins que des efforts raisonnables aient

été faits pour déterminer si un patient est admissible à une Assistance financière.

Le Fonctionnement d'un Établissement hospitalier - On considère qu'un Établissement hospitalier fonctionne soit au moyen de ses propres employés, soit en sous-traitant l'exploitation de l'Établissement à une autre organisation. Un Établissement hospitalier peut également être exploité par un Organisme hospitalier CommonSpirit, si celui-ci possède une participation au capital ou aux bénéfices dans une entité considérée comme société d'associés d'un point de vue fiscal et qui exploite directement un Établissement hospitalier agréé par l'état, ou indirectement un Établissement hospitalier agréé par l'état par l'intermédiaire d'une autre entité considérée comme société d'associés d'un point de vue fiscal.

L'Assistance financière par présomption désigne la détermination de l'éligibilité à l'Assistance financière qui peut s'appuyer sur des informations fournies par des prestataires tiers et autres informations accessibles au public. Si l'on détermine qu'un patient est présumé admissible à l'Assistance financière, il bénéficiera de soins EMCare gratuits ou à prix réduit pour la période pendant laquelle le particulier est présumé admissible. Voir aussi l'éligibilité par présomption dans la Politique de gouvernance CommonSpirit pour les Finances G-003, *Assistance financière*.

Une **Entité étroitement liée** désigne, pour ce qui concerne un Organisme hospitalier CommonSpirit, une entité considérée comme une société d'associés du point de vue de la fiscalité fédérale dans laquelle l'Organisme hospitalier possède une participation au capital ou aux bénéfices, ou une entité distincte dont l'Organisme hospitalier est le seul membre ou propriétaire, qui fournit des soins EMCare dans un Établissement hospitalier agréé par l'état, sauf si la fourniture de ces soins est un acte commercial ou d'affaires, comme décrit dans la section 513 de l'IRC, relativement à l'Organisme hospitalier.

Suspendre les ECA lorsqu'une demande d'Assistance financière (FAA) est soumise signifie qu'un Établissement (ou toute autre partie autorisée) n'initie pas d'ECA, ou ne prend pas d'autres mesures concernant les ECA initiées précédemment, pour obtenir le paiement des soins EMCare jusqu'à ce que :

- l'Établissement a déterminé si le particulier est admissible à une FAP en se basant sur une demande complète et a satisfait à l'exigence d'efforts raisonnables pour cette FAA, telle que définie dans le présent document, ou
- dans le cas où une FAA est incomplète, le particulier n'ayant pas répondu aux demandes de renseignements ou de documents supplémentaires dans un délai raisonnable (trente (30) jours) accordé pour répondre à ces demandes.

Non assuré désigne le statut d'un particulier qui n'est pas couvert par un assureur tiers commercial, un plan ERISA, un programme fédéral de soins de santé (y compris, mais sans s'y limiter, Medicare, Medicaid, SCHIP et TRICARE), une indemnisation des accidents du travail ou une autre aide tierce pour l'aider à remplir ses obligations de paiement.

Sous-assuré désigne le statut d'un particulier bénéficiant d'une couverture d'assurance privée ou publique, pour qui le paiement intégral des dépenses prévues pour les soins EMCare couverts par la présente police constituerait une difficulté financière.

PRATIQUES DE FACTURATION

Les Organismes hospitaliers CommonSpirit suivront les procédures normales de recouvrement des comptes liés aux soins EMCare fournis dans un Établissement hospitalier CommonSpirit, comme suit :

A. Facturation aux assurances

- Pour tous les patients assurés, les Établissements hospitaliers factureront les tiers payeurs applicables (sur la base des informations fournies ou vérifiées par le patient/garant, ou vérifiées de manière appropriée à partir d'autres sources) en temps opportun.
- Si une demande par ailleurs valide est refusée (ou non traitée) par le payeur en raison d'une erreur commise par un Établissement hospitalier, ce dernier ne facturera pas au patient un montant supérieur à celui que le patient aurait dû payer si le payeur avait réglé la demande.
- Si une demande par ailleurs valide est refusée (ou non traitée) par un payeur en raison de facteurs indépendants de la volonté de l'Établissement hospitalier, le personnel assurera un suivi auprès du payeur et du patient, le cas échéant, pour faciliter la résolution de la demande. Si le problème n'est pas résolu après des efforts de suivi raisonnables, les Établissements hospitaliers peuvent facturer le patient ou prendre d'autres mesures conformes aux contrats des payeurs.

B. Facturation au patient

- Tous les patients/garants seront facturés directement et en temps voulu et recevront un relevé dans le cadre du processus normal de facturation de l'Établissement hospitalier.
- Pour les patients assurés, après que les demandes de remboursement ont été traitées par tous les tiers payeurs disponibles, les Établissements hospitaliers factureront les patients/garants en temps opportun pour les montants qui leur incombent en fonction de leurs prestations d'assurance.

- Tous les patients/garants peuvent à tout moment demander un relevé détaillé de leurs comptes que l'Établissement hospitalier leur fournira.
- Si un patient conteste le montant à payer et demande des documents concernant la facture, le personnel fournira les documents demandés par écrit dans un délai de dix (10) jours (si possible) et bloquera le solde du compte pendant au moins trente (30) jours avant de le soumettre à recouvrement.
- Les Établissements hospitaliers doivent approuver les arrangements relatifs aux plans de paiement pour les patients/garants qui indiquent qu'ils pourraient avoir des difficultés à payer leur solde en un seul versement.
- La direction de Revenue Cycle a le pouvoir de faire exception à cette disposition, au cas par cas, pour des circonstances particulières (conformément aux procédures opérationnelles).
- Les Établissements hospitaliers ne sont pas tenus d'accepter les arrangements de paiement initiés par les patients et peuvent transmettre les comptes à une agence de recouvrement tierce, comme indiqué ci-dessous, si le patient ne respecte pas un plan de paiement établi.

C. Pratiques de recouvrement

- Toutes les activités de recouvrement menées par l'Établissement, un Prestataire désigné ou ses agents de recouvrement tiers seront conformes à la législation fédérale et à celle de l'état régissant les pratiques de recouvrement de créances.
- Tous les patients/garants auront la possibilité de contacter l'Établissement hospitalier au sujet de l'Assistance financière, des options de plan de paiement et des autres programmes applicables qui peuvent être disponibles en ce qui concerne leurs comptes, comme le prévoit l'Addendum A.
 - La FAP d'un Établissement hospitalier est disponible gratuitement.
 - Les particuliers qui ont des questions concernant la FAP d'un Établissement hospitalier peuvent contacter le bureau de conseil financier par téléphone ou s'y rendre en personne.
- Dans le respect des lois fédérales et de l'état, et conformément aux dispositions de la présente Politique, les Établissements hospitaliers peuvent entreprendre des activités de recouvrement, y compris des ECA autorisées, pour recouvrer les soldes impayés des patients.
 - Les activités générales de recouvrement peuvent inclure des appels téléphoniques, des déclarations et d'autres efforts raisonnables conformément aux pratiques courantes du secteur.
 - Les soldes des patients peuvent être confiés à un tiers pour recouvrement, à la discrétion de l'Établissement et dans le

respect des pratiques de non-discrimination fédérales, de l'état et locales applicables. L'Établissement conservera la propriété de toute créance confiée à des agences de recouvrement, et les comptes des patients ne seront confiés au recouvrement qu'avec les réserves suivantes :

- Il est raisonnable de croire que le patient est redevable de la créance.
- Tous les tiers payeurs identifiés par le patient/garant de manière rapide et opportune qui ont été correctement facturés, et la créance restante relèvent de la responsabilité financière du patient. Les Établissements hospitaliers ne doivent pas facturer à un patient un montant que la compagnie d'assurance ou un tiers est tenu de payer.
- Les Établissements hospitaliers ne transmettront pas de comptes pour recouvrement tant qu'une demande de remboursement du compte est en attente de paiement par un tiers payeur. Toutefois, les demandes qui restent en
 - « attente » auprès d'un tiers payeur pendant une durée déraisonnable malgré les efforts déployés pour faciliter leur résolution peuvent être reclassées comme « refusées ».
- Les Établissements hospitaliers ne transmettront pas les comptes au recouvrement lorsque la demande d'assurance a été refusée en raison d'une erreur de l'Établissement hospitalier. Cependant, un Établissement hospitalier peut toujours transmettre au recouvrement la partie de ces demandes dues par le patient, si elle n'est pas payée.
- Les Établissements hospitaliers ne transmettront pas de comptes au recouvrement lorsque le patient a initialement demandé une Assistance financière et que l'Établissement hospitalier n'a pas encore fait d'efforts raisonnables (tels que définis ci-dessous) à l'égard de ce compte.
- À la réception d'un avis de faillite, les Organismes hospitaliers CommonSpirit cesseront toute tentative de recouvrement, y compris sa cession à une agence de recouvrement. Le patient/débiteur ne sera pas contacté par quelque méthode que ce soit, y compris par des appels téléphoniques, des lettres ou des déclarations après réception de la notification. Toute communication, si nécessaire, doit se faire avec le mandataire ou l'avocat affecté au dossier.

- Aucun Établissement ne doit envoyer un compte non réglé à un agent de recouvrement tiers tant que le patient ou le garant respecte les normes de coopération avec les patients, telles que définies dans la Politique de gouvernance CommonSpirit pour les Finances G-003, *Assistance financière*.

EFFORTS RAISONNABLES ET ACTIONS DE RECouvreMENT EXCEPTIONNELLES

Avant de s'engager dans des ECA pour obtenir le paiement des soins EMCare, les Établissements hospitaliers doivent faire des efforts raisonnables pour déterminer si un particulier est admissible à une Assistance financière. En aucun cas une ECA ne sera engagée avant un délai de 120 jours (ou plus, si la loi applicable l'exige), à compter de la date à laquelle l'Établissement fournit le premier relevé de facturation après la sortie (c'est-à-dire pendant la période de notification), sauf si tous les efforts raisonnables ont été faits. Les scénarios suivants décrivent les efforts raisonnables qu'un Établissement doit faire avant de s'engager dans des ECA.

A. S'engager dans des ECA - Obligation de notification

- En ce qui concerne les soins EMCare dispensés dans l'Établissement, le patient doit être informé de la FAP telle qu'elle est décrite dans le présent document, avant d'entamer une ECA. L'obligation de notification est la suivante :
 - **Lettre de notification** - L'Établissement hospitalier informera le patient de la FAP en lui fournissant un avis écrit (lettre de notification) au moins trente (30) jours avant d'entamer une ECA. La lettre de notification doit :
 - comprendre un résumé en langage clair de la FAP,
 - indiquer si une Assistance financière est disponible pour les personnes éligibles, et
 - identifier la ou les ECA que l'Établissement hospitalier (ou toute autre partie autorisée) a l'intention d'initier pour obtenir le paiement des soins EMCare, si le montant dû n'est pas payé ou si une FAA n'est pas soumise avant une date limite précise, qui ne peut être antérieure au dernier jour de la période de demande.
 - **Notification orale** - Parallèlement à l'envoi de la lettre de notification, l'Établissement hospitalier tentera d'informer oralement le patient de la manière dont il peut obtenir une aide dans le cadre de la FAP au cours du processus d'inscription, en utilisant le numéro de téléphone le plus récent fourni par le patient. Cette tentative sera répertoriée en même temps.

- **Notification en cas de multiples périodes de soins -**
L'Établissement hospitalier peut satisfaire à cette exigence de notification en même temps pour de multiples épisodes de soins EMCare et informer le particulier des ECA que l'Établissement a l'intention d'initier pour obtenir le paiement de multiples factures impayées associées à ces soins. Cependant, si un Établissement regroupe les factures impayées d'un particulier pour plusieurs épisodes de soins EMCare avant d'initier une ou plusieurs ECA pour obtenir le paiement de ces factures, il n'aura pas fait d'efforts raisonnables pour déterminer si le particulier est admissible à la FAP, à moins qu'il ne s'abstienne d'initier la ou les ECA jusqu'à 120 jours après le premier relevé de facturation, après la sortie du patient pour la période de soins EMCare la plus récente incluse dans le regroupement.

B. Efforts raisonnables quand le patient a soumis une FAA incomplète

- L'Établissement hospitalier suspendra toute ECA déjà engagée à l'encontre du patient/garant jusqu'à ce que l'admissibilité à l'Assistance financière ait été déterminée.
- L'Établissement hospitalier enverra une notification écrite au patient avec une liste des documents que le patient ou le garant doit fournir pour que la FAA soit considérée comme complète et donnera au patient trente (30) jours pour fournir les informations nécessaires. La notification comprendra les coordonnées, dont le numéro de téléphone et le site physique de l'Établissement, ou du service au sein de l'Établissement, qui peut fournir des informations sur la FAA et aider à sa préparation.

C. Efforts raisonnables lorsqu'une FAA complète est soumise

- Si un patient soumet une FAA dûment remplie pendant la période de demande, l'Établissement hospitalier doit :
 - Suspendre toute ECA ayant pour objectif d'obtenir le paiement de soins EMCare.
 - Déterminer si le particulier est admissible à la FAP pour les soins EMCare et l'informer par écrit de cette décision d'admissibilité (y compris, le cas échéant, de l'aide à laquelle il est admissible) et du motif de cette décision.
 - Si l'Établissement hospitalier détermine que le particulier est admissible à la FAP pour les soins EMCare, il doit prendre les mesures suivantes :
 - Rembourser au particulier tout montant de soins EMCare qu'il a payé (que ce soit à l'Établissement hospitalier ou à toute autre partie à laquelle l'Établissement hospitalier a adressé ou vendu la créance en lien avec ces soins) et qui dépasse le montant dont il est jugé personnellement redevable en tant que personne admissible à la FAP.

- Prendre toutes les mesures raisonnablement disponibles pour annuler toute ECA, y compris le fait de supprimer, dans le rapport de crédit du particulier, les renseignements défavorables signalés à une agence de renseignements sur les consommateurs ou à un bureau de crédit.
- Si l'Établissement hospitalier détermine que le particulier n'est pas admissible à la FAP pour les soins EMCare, l'Établissement aura fait des efforts raisonnables et pourra engager des ECA autorisées.

D. Efforts raisonnables lorsqu'aucune FAA n'est soumise dans les quatre-vingt- dix (90) jours suivants le premier relevé de facturation après la sortie, pour la période de soins EMCare la plus récente

- L'Établissement émet la lettre de notification comme décrite dans la section Efforts raisonnables - Participation aux ECA - Exigence de notification. Si aucune FAA n'est reçue dans les trente (30) jours suivants l'envoi de la lettre de notification, l'obligation de faire des efforts raisonnables pour déterminer l'éligibilité à la FAP aura été satisfaite. Ainsi, l'Établissement hospitalier peut engager des ECA autorisées en vertu de la présente politique à compter de 120 jours après le premier relevé de facturation postérieur à la sortie.
- **Renonciation** - En aucun cas, un Établissement hospitalier n'acceptera de la part d'un particulier une renonciation, qu'elle soit orale ou écrite, selon laquelle le particulier ne souhaite pas faire de demande d'Assistance financière, dans le but de satisfaire aux exigences d'engagement d'efforts raisonnables décrites dans la présente politique.

E. Actions de recouvrement exceptionnelles autorisées

- Après avoir fait des efforts raisonnables, y compris la notification obligatoire, pour déterminer l'admissibilité à l'Assistance financière comme indiqué ci-dessus, un Établissement hospitalier (ou une autre partie autorisée) peut engager les ECA suivantes pour obtenir le paiement des soins EMCare :
 - vendre la créance d'un particulier à une autre partie, sauf dans les cas expressément prévus par la loi fédérale, et
 - communiquer des renseignements défavorables sur le particulier aux bureaux de crédit à la consommation.

Un Établissement hospitalier s'abstiendra de procéder à une ECA à l'encontre d'un patient si celui-ci fournit des documents attestant qu'il a demandé une couverture de soins de santé au titre de Medicaid ou d'autres programmes de soins de santé publics, à moins que, ou jusqu'à ce que l'éligibilité du particulier à ces programmes ait été déterminée et que toute couverture disponible auprès de tiers pour les soins EMCare ait été facturée et traitée.

F. Efforts raisonnables - Accords avec des tiers

- En ce qui concerne la vente ou le transfert de la créance d'un particulier liée à des soins EMCare à une autre partie (à l'exception des ventes de créances qui ne sont pas considérées comme une ECA telle que décrite dans les règlements du Trésor de l'Internal Revenue Service), l'Établissement hospitalier conclura et, dans la mesure du possible, appliquera un accord écrit juridiquement contraignant avec la partie concernée. Pour satisfaire à l'obligation de déployer des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité d'un particulier à la FAP, ces accords doivent, au minimum, inclure les dispositions suivantes :
 - Si le particulier soumet une FAA (qu'elle soit complète ou incomplète) après le transfert ou la vente de la créance, mais avant la fin de la période de demande, la partie suspendra l'ECA en lien avec l'obtention du paiement des soins EMCare.
 - Si le particulier soumet une FAA (qu'elle soit complète ou incomplète) après le transfert ou la vente de la créance, mais avant la fin de la période de demande, et qu'il est déterminé qu'il est éligible à la FAP pour les soins EMCare, la partie prendra les mesures suivantes en temps opportun :
 - Respecter les procédures spécifiées dans l'accord et la présente Politique afin que le particulier ne paie pas, et n'ait pas l'obligation de payer, à la partie et à l'Établissement hospitalier ensemble, plus que ce qu'il est tenu de payer pour les soins EMCare en tant que particulier admissible à la FAP.
 - Le cas échéant, et si la partie (plutôt que l'Établissement hospitalier) a le pouvoir de le faire, prendre toutes les mesures raisonnablement disponibles pour annuler toute ECA (autre que la vente d'une créance) engagée à l'encontre du particulier.
 - Si la tierce partie contractante transfère ou vend la créance à une partie subséquente (la quatrième partie) pendant la période d'application, la tierce partie obtiendra un accord écrit de cette partie subséquente comprenant tous les éléments décrits dans cette section.
 - La tierce partie contractante doit faire des efforts raisonnables pour collaborer avec un patient ayant des factures impayées afin de régulariser son compte. Les pratiques de recouvrement agressives ou contraires à l'éthique ne sont pas tolérées.

G. Efforts raisonnables - Fourniture de documents par voie électronique

- Un Établissement hospitalier peut fournir tout avis écrit ou toute communication décrite dans les présentes par voie électronique (par exemple, par courriel) à tout particulier qui indique qu'il préfère recevoir l'avis écrit ou la communication par cette voie.

DOCUMENTATION SUR L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

A. Traitement des demandes

- Le processus de demande, la détermination des besoins financiers et l'octroi de l'aide doivent respecter les valeurs de CommonSpirit en matière de dignité humaine et de bonne gestion.
- Les demandes d'Assistance financière doivent être traitées rapidement et les Établissements hospitaliers doivent aviser le patient ou le demandeur par écrit dans les trente (30) à soixante (60) jours suivant la réception d'une demande dûment remplie.
- Un Établissement hospitalier ne déterminera pas l'admissibilité d'un patient sur la base d'informations dont il a des raisons de croire qu'elles sont fausses ou peu fiables, ou qu'elles ont été obtenues par des pratiques coercitives.
- Si l'admissibilité est approuvée suite à la production d'une FAA, le patient recevra une Assistance financière pour les comptes admissibles à terme encourus pour des services reçus douze (12) mois avant la date de détermination et par anticipation pendant une période de six (6) mois à compter de la date de décision.
- Si l'admissibilité est approuvée sur la base de critères d'admissibilité présumés, l'Assistance financière sera également appliquée à tous les comptes admissibles pour des services reçus douze (12) mois avant la date de détermination. Le particulier présumé éligible ne recevra pas d'Assistance financière pour les soins EMCare dispensés après la date de détermination, sans qu'une FAA ou une nouvelle détermination de l'éligibilité présumée ne soit effectuée.
- Si l'admissibilité à l'Assistance financière offerte par un Établissement hospitalier est refusée, le patient ou le garant peut présenter une nouvelle demande chaque fois qu'il y a eu un changement important de revenu ou de situation.
- Les patients/garants peuvent demander une révision auprès d'un Établissement hospitalier en cas de litige sur l'application de la présente politique ou de la FAP. Les patients/garants qui se voient refuser une Assistance financière peuvent également faire appel de la décision concernant leur admissibilité, comme indiqué dans l'Addendum A.
- La contestation ou le recours doit être formulé par écrit et soumis dans les trois (3) mois suivant la décision sur l'admissibilité à l'Assistance financière.

- L'Établissement hospitalier reportera toute détermination de l'éligibilité à la FAP dans la mesure où il est en attente des résultats d'une demande Medicaid.

B. Assistance financière présumée

- Il n'est pas nécessaire de faire des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité à la FAP lorsqu'un particulier est jugé admissible à une Assistance financière présumée.
- **Medicaid** - Les patients Medicaid qui reçoivent des services médicalement nécessaires non couverts seront pris en considération pour une Assistance financière présumée. Dans certains cas, une Assistance financière peut être approuvée avant la date d'entrée en vigueur de Medicaid.

RESPONSABILITÉ

La direction du Revenu Cycle de CommonSpirit est chargée en dernier ressort de déterminer si un Établissement hospitalier a fait des efforts raisonnables pour déterminer si un particulier est admissible à l'Assistance financière. Cette instance a également le pouvoir final de décider si l'Organisme hospitalier peut procéder à l'une des ECA décrites dans la présente politique.

RÉFÉRENCES

Politique de gouvernance de CommonSpirit
financière

Finance G-003, *Assistance*

APPROBATION ANNUELLE

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL DE SANTÉ DE COMMONSPIRIT : Le 22 juin 2023

Programme de facturation équitable des hôpitaux californiens

ATTENTION:

Si vous avez besoin d'aide dans votre langue, veuillez appeler le (805) 988-7109 ou allez au bureau de conseiller financier. Le bureau est ouvert de 8h00 à 16h30 et situé à(au) St. John's Regional Medical Center, 1600 North Rose Avenue , Oxnard, CA 9303
Des aides et des services pour les personnes handicapées, tels que des documents en braille, en gros caractères, en format audio et en d'autres formats électroniques accessibles, sont également disponibles. Ces services sont gratuits

Aide pour payer vos factures d'hôpital

Il existe des organisations gratuites de défense des consommateurs qui vous aideront à comprendre le processus de facturation et de paiement. Vous pouvez appeler le Health Consumer Alliance au 888-804-3536 ou aller sur healthconsumer.org pour de plus amples informations.

Hospital Bill Complaint Program (Programme relatif aux plaintes concernant les factures hospitalières)

Le programme Hospital Bill Complaint Program est un programme de l'état qui examine les décisions prises par l'hôpital pour déterminer si vous avez droit à une aide pour payer votre facture d'hôpital. Si vous pensez que l'on vous a refusé à tort une assistance financière, vous pouvez déposer une plainte auprès du programme Hospital Bill Complaint Program. Allez sur HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov pour de plus amples informations sur la manière de déposer une plainte.