

## ST. VINCENT'S MEDICAL CENTER

### POLITIQUE DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT

Entrée en vigueur le 1er juillet 2018

#### POLITIQUE/PRINCIPES

La politique de St. Vincent's Medical Center (l'« Entreprise ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la prestations de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement indispensables dans les locaux de l'Entreprise, 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 locaux de l'Entreprise.

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 d'autres personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une notion de justice et de gérance équitables. Les employés et les agents de l'Entreprise se comporteront d'une manière qui reflète 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 services médicaux indispensables fournis par l'Entreprise, comme les services fournis par les médecins salariés et les services de santé comportementale. Cette politique de facturation et de recouvrement ne concerne pas les accords de paiement relatifs aux interventions facultatives.

#### DÉFINITIONS

1. « **501(r)** » désigne la Section 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagnée des réglementations qui en découlent.

2. « **Période de demande** » désigne la période pendant laquelle une demande d'aide financière peut être soumise à l'Entreprise. La Période de demande commence à la première des deux dates suivantes : date de soumission de la demande d'aide financière ou date de prestation des soins, et prend fin à la date précisée dans un Avis signifiant la fin de la période de demande.

3. « **Avis signifiant la fin de la période de demande** » est une notification écrite stipulant la date d'échéance après laquelle l'Entreprise n'acceptera plus et ne traitera plus une demande d'aide financière soumise (ou, le cas échéant, complétée) par le Patient pour les soins en question fournis précédemment, avec l'échéance précisée dans la notification écrite étant au plus tôt la dernière des trois dates suivantes : (a) trente (30) jours après la date à laquelle la notification écrite est fournie, (b) 240 jours après la date à laquelle le premier relevé de facturation après la sortie a été fourni pour les soins fournis précédemment, ou (c) dans le cas d'un Patient qui a été présumé admissible à une aide financière inférieure à 100 %, alors la fin d'une période

raisonnable pour solliciter une aide financière, comme décrit aux présentes. L'avis signifiant la fin de la période de demande peut prendre la forme d'un document écrit distinct ou des termes inclus dans un autre avis écrit envoyé au Patient.

4. « **Mesures extraordinaires de recouvrement** » ou « **ECA** » désigne l'ensemble des activités de recouvrement suivantes qui sont soumises à certaines restrictions au titre de 501(r) :

- a. Vendre la dette d'un Patient's à une autre partie, à moins que l'acheteur soit soumis à certaines restrictions comme décrit ci-dessous.
- 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 fournis précédemment 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, telle que définie ci-dessous, sont globalement remplis) :

- a. la vente de la créance d'un Patient si, préalablement à la vente, un accord écrit légalement contraignant existe avec l'acheteur de la créance en vertu duquel
  - i. l'acheteur a l'interdiction de lancer des ECA pour obtenir le paiement des soins ;
  - ii. l'acheteur a l'interdiction de facturer des intérêts sur la dette au-delà du taux en vigueur au titre de la section 6621(a)(2) de l'Internal Revenue Code au moment de la vente de la créance (ou autre taux d'intérêt fixé par une notification ou autre directive publiée dans l'Internal Revenue Bulletin) ;
  - iii. la créance peut être retournée à l'Organisation ou rappelée par elle sur détermination par l'Organisation ou l'acheteur selon laquelle le Patient est admissible à l'aide financière ; et
  - iv. l'acheteur a l'obligation de respecter les procédures stipulées dans l'accord qui garantissent que le Patient ne paye pas, et n'a pas l'obligation de payer, l'acheteur et l'Organisation conjointement plus que le montant qu'il est personnellement responsable de payer au titre de la FAP si le Patient est jugé admissible à l'aide financière et que la créance n'est pas retournée à l'Organisation ou rappelée par elle ;
- b. tout droit de privilège que l'Entreprise peut faire valoir en vertu de la loi de l'état sur le produit d'un jugement, d'un règlement ou d'un compromis payable à un Patient suite à des dommages corporels pour lesquels l'Entreprise a fourni des soins ; ou
- c. Le dépôt d'une demande dans le cadre d'une procédure de faillite.

5. « **FAP** » désigne la politique d'aide financière de l'Entreprise, dont le but est d'offrir une aide financière aux Patients admissibles dans le cadre de la mission de l'Entreprise et d'Ascension Health et conformément à 501(r).

6. « **Demande d'aide financière** » désigne le formulaire de demande d'aide financière.

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

8. « **Entreprise** » désigne St. Vincent's Medical Center, qui fait partie d'Ascension Health. 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'Entreprise :

Patient Financial Services  
Customer Service Call Center Manager  
203-576-5374  
2720 Main Street, Bridgeport CT, 06606  
Attention: Customer Service

9. « **Patient** » désigne la personne qui reçoit des soins (ou qui a reçu des soins) auprès de l'Entreprise 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'Entreprise applique un processus 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'Entreprise, 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 lancer une (1) ou plusieurs ECA, sous réserve des dispositions et des restrictions figurant dans la présente politique de facturation et de recouvrement.

En vertu de 501(r), cette politique de facturation et de recouvrement décrit les efforts raisonnables que l'Entreprise doit entreprendre pour déterminer si un Patient est admissible à l'aide financière au titre de la FAP avant d'engager une quelconque action de recouvrement extraordinaire, ou ECA. Une fois la détermination établie, l'Entreprise peut entreprendre une ou plusieurs ECA, comme décrit aux présentes.

1. Traitement des demandes d'aide financière. Sauf dans les cas prévus ci-dessous, Patient peut soumettre une demande d'aide financière à tout moment pendant le délai de demande. L'Organisation n'aura pas l'obligation d'accepter une demande de FAP à l'issue de la période de

demande, sauf obligation contraire stipulée dans 501(r). 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 pendant la période de demande, l'Entreprise devra, en temps opportun, suspendre toute ECA 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 la FAP (par exemple, la détermination d'admissibilité est basée sur une demande soumise pour de précédents soins), l'Entreprise avisera le Patient de la base utilisée pour cette détermination et donnera au Patient un délai raisonnable pendant lequel il pourra demander une aide plus généreuse avant que l'Entreprise ne lance une ECA.
- c. Avis et procédure en l'absence de demande. À moins qu'une demande d'aide financière dûment complétée soit soumise ou que l'admissibilité du Patient soit déterminée selon les critères d'admissibilité présumée de la FAP, l'Entreprise s'abstiendra de lancer 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 sur le plus récent épisode de soins dans le regroupement de soins. Avant d'entreprendre une (1) ou plusieurs ECA pour obtenir le paiement des soins auprès d'un Patient qui n'a pas soumis de demande d'aide financière, l'Entreprise 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 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 Patient le résumé en langage clair de la FAP ; 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 d'aide financière incomplètes. Dans le cas d'un Patient qui soumet une demande d'aide financière incomplète durant la période de demande, l'Entreprise devra indiquer au Patient par écrit comment compléter sa demande d'aide financière et lui donner un délai de trente (30) jours calendaires pour la compléter. Toute ECA 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.

- e. Fin de la période de demande d'aide financière. L'Organisation peut mettre fin à la période de demande en fournissant un Avis écrit signifiant la fin de la période de demande au Patient.

2. Restrictions relatives au report ou au refus de soins. Dans une situation où l'Organisation a l'intention de reporter ou refuser, ou exiger un paiement avant la fourniture de soins médicalement nécessaires, comme défini dans la FAP, en raison du défaut de paiement d'un Patient pour une ou plusieurs factures pour des soins fournis précédemment et couverts par la FAP, le Patient recevra une demande de FAP et un avis écrit indiquant qu'une aide financière est disponible pour les Patients admissibles. Le Patient peut également recevoir un Avis signifiant la fin de la période de demande.

3. Notification de la détermination.

- a. Déterminations. Lorsqu'une demande de FAP dûment remplie est reçue sur le compte d'un Patient, l'Entreprise 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. 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'Entreprise 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 ECA. Dans la mesure où un Patient est jugé admissible à une aide financière au titre de la FAP, l'Entreprise prendra toutes les mesures raisonnables à sa disposition pour annuler toute ECA entreprise 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'Entreprise sous quatorze (14) jours calendaires suivant la réception de la notification du refus. Tous les recours seront examinés par l'Entreprise qui émettra une détermination finale. Si la détermination finale confirme le précédent refus de l'aide financière, une notification écrite sera envoyée au Patient. Un recours ne prolonge pas et ne réinitialise pas le processus de demande exposé dans cette politique de facturation et de recouvrement.

5. Notification préalable au recouvrement. Avant de transmettre toute créance à un organisme externe de recouvrement de créances ou d'intenter une action à l'encontre d'un Patient

ou des biens d'un Patient en vue de recouvrer les frais liés à des soins fournis dans les locaux de l'Entreprise, l'Entreprise doit déterminer si le Patient n'est pas assuré et s'il est admissible au « Bed Fund » de l'hôpital tel que décrit dans la FAP. Un patient non-assuré est une personne qui est responsable de ses frais d'hôpital, dont le revenu est inférieur ou égal à deux-cent-cinquante pourcent (250 %) des directives sur le seuil de pauvreté, et qui (A) a déposé une demande et a été jugé non-admissible à une quelconque prise en charge médicale ou de santé dans le cadre du programme Medicaid, au motif qu'elle ne satisfait pas les exigences de revenus ou toute autre exigence d'admissibilité et qui (B) n'est pas admissible à une prise en charge pour les services d'hôpital dans le cadre des programmes Medicare de CHAMPUS, ou au titre de Medicaid ou de tout autre programme d'assurance maladie d'un autre état, nation ou Commonwealth ou, en vertu d'une autre assurance gouvernementale ou assurance maladie ou assurance accident ou programme de prestations financé(e) à titre privé, y compris, sans s'y limiter, indemnisation des accidents du travail, règlements ou jugements découlant de plaintes, procès ou poursuites impliquant des accidents avec des véhicules à moteur ou toute allégation de négligence.

6. Recouvrement. À l'issue des procédures susmentionnées, l'Entreprise pourra poursuivre ses ECA à l'encontre des Patients non-assurés et sous-assurés dont le compte est en souffrance, tel que déterminé dans les procédures de l'Entreprise pour l'établissement, le traitement et le suivi des factures et des échéanciers de paiement des Patients.

- a. En aucun cas l'Entreprise ou une tierce partie exerçant au nom de l'Entreprise ne pourra collecter auprès d'un Patient non-assuré plus que le coût de la prestation des services par l'Entreprise. Le « coût de prestation des services » désigne le montant des tarifs publiés par l'Entreprise au moment de la facturation, multiplié par le plus récent rapport annuel coûts-frais de l'Entreprise déposé auprès de l'Office of Health Care Access (bureau d'accès aux soins de santé) du Department of Public Health (ministère de la santé publique).
- b. Sous réserve des restrictions identifiées aux présentes, l'Entreprise peut faire appel à un organisme extérieur de bonne réputation spécialisé dans le recouvrement de créances irrécupérables ou à tout autre prestataire de services pour le traitement des comptes qui comportent des mauvaises créances, et ces organismes ou prestataires de services devront respecter les dispositions de 501(r) applicables aux tierces parties et les dispositions des Sections 19a-673 et 19a-673b des Connecticut General Statutes.

7. Cessation des efforts de recouvrement en cas d'admissibilité du débiteur aux « Bed Funds » ou à d'autres services. Si, à tout moment durant le processus de recouvrement de créances, l'Entreprise ou toute partie agissant au nom de l'Entreprise, y compris un agent ou organisme de recouvrement des créances, apprend qu'un Patient dont l'Entreprise sollicite le paiement de services, est admissible au « Bed Fund », à la gratuité des services hospitaliers ou à une réduction tarifaire, ou tout autre programme qui éliminerait la responsabilité du Patient pour la créance ou réduirait le montant de la créance, l'Entreprise ou la tierce partie concernée agissant au nom de l'Entreprise doit rapidement mettre fin à toute démarche de recouvrement et renvoyer le dossier de recouvrement à l'Entreprise pour lui permettre de déterminer l'admissibilité du Patient. Aucune démarche de recouvrement ne pourra reprendre avant d'établir cette détermination.