

## St. Vincent Health

St. Vincent Madison County Health System, Inc. d/b/a St. Vincent Mercy Hospital

### **POLITIQUE DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT**

10/01/2018

#### **POLITIQUE/PRINCIPES**

Il s'agit de la politique de St. Vincent Madison County Health System, Inc. d/b/a St. Vincent Mercy Hospital (ici dénommée l'« Entreprise ») qui vise à assurer une pratique socialement juste de fourniture de soins d'urgence ou de soins médicaux indispensables conformément à sa Politique d'aide financière (ou PAF). Cette politique de facturation et de recouvrement est spécifiquement élaborée pour établir les pratiques de facturation et de recouvrement pour les Patients qui ont besoin d'une aide financière et qui bénéficient de soins au sein de l'Entreprise.

Toutes les pratiques de facturation et de recouvrement reflèteront notre engagement et notre estime envers la dignité humaine et le bien commun, notre préoccupation particulière en la matière et notre solidarité envers les personnes vivant dans la pauvreté et envers d'autres personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une notion de justice et de gérance équitables. Dans leur comportement, les employés et les agents de l'Entreprise doivent refléter les politiques et les valeurs d'un établissement soutenu par l'Église, ce qui implique de traiter 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 à d'autres services médicaux indispensables fournis au sein de l'Entreprise, comme les services des médecins employés et les services de santé comportementale. Cette Politique de facturation et de recouvrement ne s'applique pas aux modalités de paiement pour des interventions non urgentes.

#### **DÉFINITIONS**

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

2. Le terme « **Période de souscription** » désigne la période au cours de laquelle une souscription à la PAF peut être soumise à l'Entreprise. La période de souscription commence au plus tôt à la date de soumission de la souscription à la PAF ou à la date de fourniture des soins et se termine à la date indiquée dans l'avis de fin de période de souscription.

3. Le terme « **Avis de fin de période de souscription** » fait référence à un document écrit avisant de la date limite à compter de laquelle l'Entreprise n'acceptera plus ni ne traitera une souscription à la PAF soumise (ou terminée, le cas échéant) par le Patient pour les soins en question déjà fournis. La date limite indiquée dans l'avis écrit ne peut être antérieure à (a) trente (30) jours après la date de fourniture de l'avis écrit, (b) deux cent quarante (240) jours après la date de fourniture de la première déclaration de facturation à la sortie pour les soins effectués précédemment, ou (c) dans le cas d'un Patient qui a été présumé admissible à une aide financière

à moins de 100 %, l'aide financière prend fin dans un délai raisonnable devant être appliqué le cas échéant dans les conditions décrites dans le présent document. L'avis de fin de période de souscription peut être un document écrit distinct ou peut être inclus dans un autre avis écrit adressé au Patient.

4. Le terme « **Actions de recouvrement extraordinaires** » ou « **ARE** » désigne l'une des activités de recouvrement suivantes faisant l'objet de restrictions en vertu de la Section 501 (r) :

- a. Cession de la créance d'un Patient à une autre partie, à moins que l'acheteur soit soumis à certaines restrictions, telles que décrites ci-dessous.
- b. Compte-rendu défavorable au Patient rédigé par des agences d'évaluation du crédit consommateur ou des bureaux de crédit.
- c. Report, refus, ou exigence de paiement avant fourniture de soins médicaux indispensables à raison du défaut de paiement d'un Patient d'une ou plusieurs factures pour des soins déjà fournis et couverts par la PAF.
- d. Actions qui nécessitent une procédure légale ou judiciaire, à l'exception des demandes déposées dans une procédure de faillite ou de préjudice corporel. Ces actions comprennent notamment,
  - i. le dépôt d'un nantissement sur la propriété du Patient,
  - ii. la saisie de la propriété d'un Patient,
  - iii. les retenues, saisies, ou autres types de prélèvements opérés sur le compte bancaire d'un Patient ou sur d'autres biens personnels,
  - iv. le fait d'intenter une action civile contre un Patient, et
  - v. la saisie du salaire d'un Patient.

Une ARE ne comprend pas les éléments suivants (même si les critères d'une ARE tels que définis ci-dessus sont par ailleurs généralement satisfaits) :

- a. la cession de la créance sur un patient si, antérieurement à celle-ci, un accord écrit contraignant existe avec l'acheteur de la créance, selon lequel
  - i. l'acheteur ne peut se livrer à une ARE pour obtenir le paiement des soins ;
  - ii. l'acheteur ne peut percevoir des intérêts sur la créance supérieurs au taux en vigueur en vertu de la Section 6621 (a)(2) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) au moment où la créance est cédée (ou tout autre taux d'intérêt fixé par avis ou autres indications publiées dans l'Internal Revenue Bulletin) ;
  - iii. la créance est remboursable auprès de l'Entreprise ou révoquée par celle-ci, selon une décision de l'Entreprise ou de l'acheteur selon laquelle le Patient peut bénéficier d'une aide financière ; et
  - iv. l'acheteur est tenu de se conformer aux procédures spécifiées dans l'accord, aux termes desquelles le Patient n'est pas tenu de payer l'acheteur et l'Entreprise davantage que son dû en vertu de la PAF et n'a aucune obligation de le faire, dès lors que le Patient est déterminé à être pris en charge par une aide financière et que la créance n'est pas révoquée ou rappelée par l'Entreprise ;

- b. tout nantissement que l'Entreprise a le droit de faire valoir en vertu de la loi de l'État sur le produit d'un jugement, une conciliation ou un compromis envers un Patient à la suite de dommages corporels pour lesquels l'Entreprise a fourni les soins ; ou
- c. le dépôt d'une plainte lors d'une procédure de faillite.

5. Le terme « **PAF** » fait référence à la Politique d'aide financière de l'Entreprise. Il s'agit d'une politique visant à apporter une aide financière aux Patients admissibles dans le cadre de la mission de l'Entreprise et d'Ascension Health, en vertu de la Section 501(r).

6. Le terme « **Souscription à la PAF** » désigne la souscription à l'aide financière.

7. Le terme « **Aide financière** » signifie l'aide que l'Entreprise peut fournir à un Patient conformément à la PAF de l'Entreprise.

8. Le terme « **Entreprise** » signifie \_\_\_\_\_, qui fait partie d'Ascension Health. Pour demander des informations complémentaires, envoyer vos questions ou commentaires, ou encore faire appel, vous pouvez contacter les bureaux mentionnés ci-dessous ou répertoriés dans tout avis applicable ou toute communication que vous êtes susceptible de recevoir de la part de l'Entreprise :

St. Vincent Health  
Vice President of Revenue Cycle  
10330 North Meridian Street  
Suite 220  
Indianapolis, IN 46290

9. Le terme « **Patient** » est une personne physique bénéficiant de soins (ou en ayant reçus) de la part de l'Entreprise et toute personne responsable financièrement de tels soins (membres de la famille et tuteurs inclus).

## **PRATIQUES DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT**

L'Entreprise maintient un processus rigoureux d'émission régulière de relevés de facturation et de communication avec les Patients pour les services rendus. En cas de non-paiement par un Patient pour les services rendus par l'Entreprise, celle-ci peut tenter des actions afin d'obtenir le paiement, incluant, mais sans s'y limiter, des tentatives de prise de contact par téléphone, e-mail et en personne et une (1) ou plusieurs ARE, selon les dispositions et restrictions stipulées dans cette Politique de facturation et de recouvrement.

En vertu de la Section 501(r), cette Politique de facturation et de recouvrement identifie les efforts raisonnables que l'Entreprise doit accomplir pour déterminer si un Patient est admissible à sa PAF pour bénéficier d'une aide financière avant qu'elle n'engage une action de recouvrement extraordinaire (ou ARE). Dès qu'une décision est prise, l'Entreprise peut procéder à une ou plusieurs ARE, telles que décrites dans le présent document.

1. Traitement de la souscription à la PAF. Sauf indication contraire ci-dessous, un Patient peut présenter à tout moment une souscription à la PAF au cours de la période de souscription. L'Entreprise ne sera pas obligée d'accepter une souscription à la PAF après la période de souscription, sauf indication contraire expressément exigée par la Section 501(r). Les décisions relatives à l'admissibilité à l'aide financière seront traitées conformément aux catégories générales suivantes.

- a. Souscriptions complètes à la PAF. Dans le cas d'un Patient qui présente une souscription complète à la PAF au cours de la période de souscription, l'Entreprise suspend, en temps utile, toute ARE pour obtenir le paiement des soins, examiner l'admissibilité et notifier par écrit, comme indiqué ci-dessous.
- b. Déterminations de l'admissibilité présumée. Si un Patient est présumé admissible à un niveau inférieur à l'aide la plus généreuse disponible au titre de la PAF (par exemple, la détermination de l'admissibilité est basée sur une souscription présentée au regard des soins préalables), l'Entreprise informe le Patient de la base de détermination et fournit au Patient un délai raisonnable pour demander une aide plus conséquente avant d'initier une ARE.
- c. Avis et processus pour lesquels aucune souscription n'a été soumise. À moins qu'une souscription complète à la PAF ne soit soumise ou que l'admissibilité soit déterminée selon les critères d'admissibilité présumée de la PAF, l'Entreprise s'abstiendra d'initier des ARE pendant au moins 120 jours à compter de la date d'envoi au Patient du premier relevé de facturation des soins après la sortie. Dans le cas de plusieurs épisodes de soins, ces dispositions de notification peuvent être regroupées. Le cas échéant, les délais sont initiés à compter de l'épisode le plus récent des soins inclus dans le décompte. Avant de lancer une (1) ou plusieurs ARE pour obtenir le paiement des soins d'un Patient qui n'a pas soumis une demande de souscription à la PAF, l'Entreprise doit mener les actions suivantes :
  - i. Fournir au Patient un avis écrit indiquant que l'aide financière est disponible pour les Patients admissibles, identifier les ARE destinées à couvrir le paiement des soins et établir un délai après lequel une ARE pourrait être intentée, lequel ne saurait être inférieur à 30 jours à compter de la date de communication de l'avis écrit ;
  - ii. Fournir au Patient un résumé intelligible de la PAF ; et
  - iii. Faire le nécessaire pour informer le Patient sur la PAF et le processus de souscription à la PAF.
- d. Souscriptions incomplètes à la PAF. Dans l'éventualité d'une souscription incomplète à la PAF par le Patient, durant la période de souscription, l'Entreprise est tenue d'informer le Patient par écrit de la marche à suivre pour compléter sa souscription à la PAF, tout en lui octroyant à cet effet un délai de trente (30) jours calendaires. Toute ARE doit être suspendue pendant cette période. L'avis écrit doit (i) décrire les informations complémentaires et/ou la documentation requise en vertu

de la PAF ou de la souscription à la PAF pour remplir la demande et (ii) inclure les données de contact appropriées.

- e. Fin de la période de souscription à la PAF. La période de souscription peut être close par l'Entreprise par la remise d'un avis de fin de période de souscription au Patient.

2. Limites au report ou au refus de soins Dans l'hypothèse (définie dans la PAF) où l'Entreprise souhaite retarder ou refuser les soins, ou dans le cas où un paiement préalable à des soins médicalement nécessaires est requis à raison du non-paiement d'un Patient d'une ou plusieurs factures afférentes à des soins couverts par la PAF, le Patient doit recevoir un dossier de souscription à la PAF ainsi qu'un avis écrit précisant qu'une Assistance financière est disponible pour les Patients admissibles. Le Patient peut également recevoir un avis de clôture de la période de souscription.

### 3. Avis de détermination.

- a. Déterminations. Dès lors qu'une demande de souscription à la PAF dûment remplie est reçue pour le compte du Patient, l'Entreprise est tenue d'évaluer cette demande, pour déterminer l'admissibilité et informer le Patient par écrit de sa décision finale, dans un délai de quarante-cinq (45) jours calendaires. L'avis inclut une valorisation du montant que le Patient aura la responsabilité de payer. Si la demande de souscription à la PAF est refusée, un avis exposant les motifs du refus ainsi que les modalités d'appel ou de réexamen est envoyé.
- b. Remboursements. L'Entreprise doit rembourser au Patient tout montant payé au titre de soins excédant le plafond de sa responsabilité, tel qu'établi par la PAF, à moins que le montant de ce dépassement soit inférieur à 5 \$.
- c. Annulation d'ARE. Dans le cas où un Patient a été reconnu admissible à une aide financière au titre de la PAF, l'Entreprise doit s'efforcer d'annuler toute ARE intentée contre le Patient en vue du règlement des soins. Ces efforts comportent généralement, sans s'y limiter, des mesures visant à libérer le Patient d'un jugement, d'une saisie ou d'un nantissement sur la propriété du Patient, à effacer de son dossier de crédit toute information qui lui serait défavorable auprès d'une agence d'évaluation du crédit consommateur ou d'un bureau de crédit.

4. Appels. Le Patient a la faculté de faire appel contre une décision de refus d'admissibilité à l'aide financière, en fournissant toute information complémentaire à l'Entreprise, dans un délai de quatorze (14) jours suivant la réception de la notification de refus. Tous les appels seront examinés par l'Entreprise pour décision finale. Si la décision définitive confirme le précédent refus d'aide financière, un avis écrit est adressé au Patient. L'appel ne saurait étendre ou réinitialiser le processus de demande établi par la présente Politique de facturation et de recouvrement.

5. Recouvrements. La fin des procédures mentionnées ci-dessus permet à l'Entreprise d'intenter des ARE contre les Patients non assurés ou insuffisamment assurés, présentant des

dettes, en vertu des procédures de l'Entreprise relatives à l'établissement, au traitement et au contrôle des factures du Patient et de ses échéanciers. Sous réserve des limites identifiées dans le présent document, l'Entreprise a la faculté de recourir à une agence de recouvrement ou à tout autre fournisseur de services de recouvrement de créances douteuses. De telles agences ou de tels fournisseurs se doivent d'observer les dispositions de la Section 501(r) applicables aux tiers.