

St. Vincent's Health System, Inc

POLITIQUE DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT

7/1/24

POLITIQUE/PRINCIPES

La politique de St. Vincent's Health System, Inc (l'« Organisation ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la prestation de soins d'urgence et autres soins médicalement indispensables dans les locaux de l'Organisation, conformément à sa Politique d'aide financière (ou PAF). 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 PAF 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. « **Actions en recouvrement extraordinaires** » ou « **ARE** » désigne l'ensemble des activités de recouvrement suivantes qui sont soumises à certaines restrictions en vertu de l'Article 501(r) :
 - a. Vendre la créance d'un Patient à une autre partie, sauf si l'acheteur est soumis à des restrictions particulières comme décrit ci-dessous.
 - b. Signaler des informations défavorables au sujet du Patient à des agences 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 prodigués antérieurement et couverts au titre de la PAF.
 - 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, les actions suivantes :

- 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 ARE ne comprend pas les mesures suivantes (même dans le cas où les critères d'une ARE, tels que définis ci-dessous, sont globalement remplis) :

- a. la vente de la créance d'un Patient, sous réserve d'un accord écrit juridiquement contraignant existant avec l'acheteur de la créance, en vertu duquel
 - i. l'acheteur a l'interdiction d'intenter des ARE pour obtenir le paiement des soins ;
 - ii. l'acheteur a l'interdiction de facturer des intérêts de créance au-delà du taux en vigueur en vertu de l'Article 6621(a) (2) de l'Internal Revenue Code au moment de la vente de la créance (ou un autre taux d'intérêt fixé par une notification ou autre directive publiée dans l'Internal Revenue Bulletin) ;
 - iii. la créance peut être remboursée à l'Organisation, ou relancée par celle-ci, suite à la décision de l'Organisation ou de l'acheteur, selon laquelle le Patient est admissible pour une aide financière ; et
 - iv. l'acheteur a l'obligation de respecter les procédures établies dans l'accord qui garantissent que le Patient ne payera pas, et n'aura pas l'obligation de payer conjointement à l'acheteur et à l'Organisation plus que le montant dont il est personnellement responsable au titre de la PAF, si le Patient est jugé admissible à une aide financière et que la créance n'est pas remboursée à l'Organisation, ou relancée par celle-ci ;
 - b. tout droit de rétention que l'Organisation peut faire valoir en vertu de la loi de l'État sur le produit d'un jugement, d'un règlement ou d'un compromis dû à un Patient suite à des dommages corporels pour lesquels l'Organisation a fourni des soins ; ou
 - c. le dépôt d'une demande dans le cadre d'une procédure de faillite.
3. « **PAF** » 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 PAF** » désigne le formulaire de demande d'aide financière.
 5. « **Aide financière** » désigne l'aide que l'Organisation peut fournir à un Patient dans le cadre de la PAF de l'Organisation.
 6. Le terme « **Organisation** » signifie St. Vincent's Health System, Inc. Pour demander des informations complémentaires, envoyer vos questions ou commentaires, ou former un recours, vous pouvez contacter le bureau aux coordonnées ci-dessous, ou comme indiqué dans n'importe quel avis ou communication que vous recevez de la part de l'Organisation :

Website: <https://healthcare.ascension.org/financial-assistance/florida>

Customer Service Toll Free Phone Number: 877-257-3449

7. « **Patient** » désigne la personne qui reçoit des soins (ou qui a reçu des soins) auprès de l'Organisation et toute autre personne financièrement responsable de ces soins (y compris les membres de la famille et les 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. L'Organisation utilise rarement des actions de recouvrement extraordinaires, ou « ARE », afin d'obtenir le paiement. Toutefois, afin de garantir que les ressources de l'Organisation restent disponibles et sont dirigées aux Patients dans le besoin, dans le cadre de notre politique d'aide financière (« PAF »), l'Organisation peut utiliser des ARE dans des circonstances extrêmes, comme les comptes non soldés en relation avec des services optionnels, non urgents ou autres soins médicaux non nécessaires, les situations où le Patient dispose de ressources importantes (par exemple, une valeur nette élevée) et qu'il refuse de payer le montant dû. Elle peut également le faire lorsqu'elle croit que le non-paiement constitue un abus voulu des termes de sa PAF ou de cette politique. Dans ces circonstances extrêmes, l'Organisation peut utiliser une ou plusieurs ARE, en respectant les clauses et restrictions de cette Politique de facturation et de recouvrement. L'organisation n'utilise pas d'ARE pour les comptes non soldés suite au fait que le Patient ne remplit les conditions que pour une aide financière partielle conformément à la PAF de l'Organisation ou pour ce qui est des co-paiements sur des comptes agréés pour une aide financière totale selon la PAF. Le Vice-Président Senior d'Ascension ou du Responsable en Chef des Revenus détient l'autorité suprême pour décider si l'Organisation a déployé des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière et si des circonstances extrêmes existent faisant que l'Organisation peut engager des ARE au cas par cas.

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 sa PAF ou qu'il existe des circonstances extrêmes justifiant l'utilisation d'ARE. Une fois qu'il a été déterminé qu'une circonstance extrême existe et que le Patient ne peut pas bénéficier de l'aide financière selon la PAF, l'Organisation peut mettre en œuvre une ou plusieurs ARE, comme décrit dans ce document.

1. Traitement des Demandes d'aide financière PAF. Sauf dans les cas prévus ci-dessous, un Patient peut soumettre une demande d'aide financière PAF 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 PAF 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 d’un montant le plus généreux proposé 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.
 - 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 PAF, l’Organisation s’abstiendra d’intenter des ARE pendant au moins 120 jours à compter de la date d’envoi du premier relevé de facturation des soins, après que le patient ait quitté l’établissement. Pour des soins étalés sur plusieurs visites, ces dispositions de notification peuvent être regroupées, auquel cas le calendrier serait établi selon le plus récent épisode de soins inclus dans le regroupement de soins. Avant d’entreprendre une (1) ou plusieurs ARE pour obtenir le paiement des soins auprès d’un Patient qui n’a pas soumis de demande d’aide financière et avant qu’il soit déterminé si les circonstances extrêmes justifient l’utilisation d’ARE, 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 PAF dans un langage simple ; et
 - iii. Faire un effort raisonnable pour informer de vive voix le Patient à propos de la PAF et du processus de demande d’aide financière.
 - d. Demandes de PAF incomplètes. Si un Patient soumet une demande de PAF incomplète, l’Organisation devra indiquer au Patient par écrit comment remplir sa demande de PAF 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 PAF 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 PAF, en raison d’un défaut de paiement du Patient pour une ou plusieurs factures concernant des soins fournis précédemment et couverts par la PAF, le Patient recevra une Demande de PAF et un avis écrit lui signifiant qu’une aide financière est proposée aux Patients admissibles.

3. Notification de la détermination.

- a. Déterminations. Lorsqu'une demande de PAF 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 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 de PAF, un avis sera envoyé au Patient lui expliquant le motif du refus et lui fournissant des instructions pour demander un recours ou la reconsidération de la demande.
- b. Remboursements. L'Organisation 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 PAF, sauf si le montant excédentaire est inférieur à 5,00 \$.
- c. Annulation des ARE, ou actions en recouvrement extraordinaires. Dans la mesure où un Patient est jugé admissible pour une aide financière au titre de la PAF, 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.

4. Recours. Le Patient peut faire appel du refus d'admissibilité à l'Aide financière en fournissant des informations complémentaires à l'Organisation sous quatorze (14) jours calendaires suivant la réception de la notification du refus. Tous les recours seront examinés par l'Organisation qui formulera une décision définitive. Si la décision définitive confirme le précédent refus de l'aide financière, une notification écrite sera envoyée au Patient.

5. Recouvrement. À l'issue des procédures susmentionnées (y compris des efforts raisonnables pour déterminer si un Patient peut bénéficier de l'Aide financière dans le cadre de sa PAF), et après détermination par l'Organisation qu'il existe des circonstances extrêmes justifiant l'utilisation d'ARE, l'Organisation pourra poursuivre ses ARE à l'encontre des Patients non-assurés et sous-assurés, dont le compte est en souffrance, comme déterminé dans les procédures de l'Organisation pour l'élaboration, le traitement et le suivi des factures et des échéanciers de paiement des Patients. Sous réserve des restrictions identifiées ici, l'Organisation peut faire appel à un organisme extérieur réputé, spécialisé dans le recouvrement de créances irrécupérables, ou à tout autre prestataire de services pour le traitement des comptes qui comportent des créances douteuses. Ces organismes ou prestataires de services devront respecter les dispositions de l'Article 501(r) applicables aux tiers.