



Facturation et recouvrement

Numéro de la politique et de la procédure	24828
Manuel des politiques	Administration
Type	Politique et procédure
Auteur du document	Silva, Natalie
Date d'entrée en vigueur	2016-10-21
Date du dernier examen	2019-10-21
Cadre d'application (établissement concerné)	Établissements de soins intensifs CMC
Approuvé par/Date d'approbation	Services juridiques du CMC (A) : 2016-08-12 11 h 31 (HNP) Joe Nowicki, Premier vice-président et directeur financier : 2016-08-24 8 h 39 (HNP) Patrick Rafferty, Chef d'exploitation d'entreprise : 2016-08-29 13 h 38 (HNP) Tim Joslin, PDG : 2016-08-30 9 h 51 (HNP) Finance et planification (A) : 2016-10-21 10 h 14 (HNP)
Statut/Rév. n°	Officielle (Rév. 0)
Présentation de	Earnhart, Michele

I. OBJECTIF

S'assurer que les activités liées à la facturation et au recouvrement menées dans les Community Medical Centers (CMC) sont conformes aux lois en vigueur.

II. DÉFINITIONS

- A. **Mesures de recouvrement exceptionnelles** : une mesure de recouvrement exceptionnelle s'entend de l'une ou l'autre des mesures suivantes :
1. Divulguer des renseignements défavorables sur la personne aux agences d'évaluation du crédit, ou bureaux de crédit.
 2. Différer, refuser ou exiger un paiement avant d'assurer les soins médicaux nécessaires en raison d'au moins une facture impayée par un patient pour des soins déjà assurés et couverts au titre de la Politique d'aide financière du CMC.
 3. Des mesures qui exigent une procédure juridique ou judiciaire, notamment :
 - a. Inscription d'un nantissement sur la propriété d'une personne;
 - b. Saisie d'un bien immobilier d'une personne
 - c. Saisie des avoirs bancaires ou des biens personnels d'une personne;
 - d. Intention d'intenter une action civile contre une personne;
 - e. Lancement de la procédure de mandat d'arrêt d'une personne;
 - f. Arrêt d'une personne en vertu d'un bref de contrainte judiciaire; et
 - g. Saisie du salaire d'une personne.
 4. Vente de la dette d'une personne à un tiers
- B. **Patient** : un patient est une personne qui reçoit des prestations médicales au CMC.
- C. **Politique d'aide financière** : la Politique d'aide financière est la politique du CMC sur l'aide financière qui décrit les types d'aide financière offerts ainsi que les procédures par lesquelles un patient doit déposer une demande
- D. **Aide financière** : le terme « aide financière » désigne l'aide pour les soins complets caritatifs, les soins partiels caritatifs, les soins onéreux caritatifs et les soins caritatifs accordés dans certains cas.

- E. **Langues principales du secteur desservi par le CMC** : une langue principale du secteur desservi par le CMC est une langue parlée par 1 000 personnes ou 5 % de la population (selon le moindre des deux). À l'aide de moyen adéquats, le CMC peut déterminer le pourcentage ou le nombre de personnes parmi sa clientèle qui ne parlent pas ou très peu l'anglais et qui sont susceptibles d'être touchées par le CMC ou de faire appel à ses services.
- F. **Patients non assurés** : un patient non assuré est un patient n'étant pas en mesure de régler sa participation financière médicale, notamment, mais sans s'y limiter, un patient n'ayant aucune assurance commerciale ou autre, n'ayant aucune protection d'assurance maladie financée par l'État ou assurance responsabilité civile ou ayant épuisé ses prestations d'assurance maladie avant l'admission.
- G. **Patient assuré** : un patient assuré est un patient bénéficiant de l'aide d'un tiers pour le paiement d'une partie de ses frais médicaux.
- H. **Somme à la charge du patient** : la somme qu'un patient assuré doit payer de sa poche après que le tiers payeur du patient ait déterminé la somme allouée au patient.
- I. **Agence de recouvrement** : une agence de recouvrement est une entité engagée par le CMC pour réclamer ou recouvrer un paiement auprès de patients.
- J. **Frais facturés** : les frais facturés sont les montants réduits que le CMC facture habituellement au patient pour des produits et services.

III. POLITIQUE

- A. Le CMC facture les frais à ses patients et aux tiers payeurs, de manière précise, dans les délais impartis et conformément aux lois et règlements en vigueur, notamment à la section 127400 et suivantes du California Health and Safety Code (Code de santé et de sécurité de la Californie) et aux règlements promulgués par le United States Department of Treasury (Département du Trésor des États-Unis) en vertu de la section 501(r) de l'Internal Revenue Code.
- B. Cette politique concerne tous les CMC et l'ensemble des agences de recouvrement travaillant pour le compte des CMC.
- C. Sauf indication contraire, la présente politique ne concerne pas les médecins ou autres prestataires médicaux comme les médecins urgentistes, les anesthésistes, les radiologues, les médecins exerçant exclusivement en milieu hospitalier, les pathologistes, etc., dont les services ne sont pas inclus dans la facture des CMC. La présente politique n'oblige pas le CMC à payer les prestations de ces médecins ou autres prestataires de soins médicaux. En Californie, un médecin urgentiste qui fournit des prestations d'urgence dans un hôpital doit offrir des réductions aux patients dépourvus d'assurance ou aux patients ayant des coûts médicaux élevés et dont le revenu est inférieur ou équivalent à 350 % du seuil de pauvreté à l'échelon fédéral (« Federal Poverty Level [FPL] »).

IV. PROCÉDURE

- A. Obtention de renseignements sur la couverture
 - 1. Les CMC font des efforts raisonnables pour obtenir auprès du patient des renseignements sur son régime privé ou public d'assurance maladie ou sur son parrainage en vue de savoir si son régime couvrira une partie ou la totalité des frais des soins fournis au patient par le CMC.
- B. Facturation aux tiers payeurs
 - 1. Le CMC procédera avec diligence au recouvrement de tous les montants exigibles auprès des tiers payeurs qui pourraient assumer la responsabilité financière des soins du patient, notamment, mais sans s'y limiter, les organismes payeurs contractuels ou non, les payeurs d'indemnités, les assureurs automobiles et responsabilité ainsi que les organismes payeurs financés par des programmes publics. Le CMC facturera les prestations aux tiers payeurs concernés, dans les

délais impartis, sur la base des renseignements fournis ou vérifiés par le patient ou son représentant.

C. Facturation des patients assurés

1. Le CMC facturera ponctuellement aux patients assurés le montant à leur charge indiqué à l'Explanation of Benefits (« Explication des indemnités [EOB] ») et déterminé par le tiers payeur.

D. Facturation des patients non assurés

1. Le CMC facturera ponctuellement aux patients non assurés les produits et services dispensés par le CMC en se fondant sur les frais qu'il a facturés.

E. Renseignements sur l'aide financière

1. Toutes les factures des patients doivent être accompagnées de l'Avis des droits (pièce A en annexe) joint à la présente politique. Cet avis comprend un résumé de l'aide financière accessible aux patients admissibles.

F. Relevé détaillé

1. Tous les patients peuvent, à tout moment, solliciter un relevé détaillé de leur compte.

G. Litiges

1. Les patients ont le droit de contester un élément ou des frais indiqués sur la facture. Ils peuvent s'adresser au représentant des Services financiers aux patients par écrit ou par téléphone pour engager une procédure visant à résoudre un litige. Si un patient sollicite des documents concernant la facture, les membres du personnel s'engagent à faire les efforts nécessaires pour les lui procurer dans les dix (10) jours. Le CMC mettra le compte en suspens pendant au moins trente (30) jours après que le patient aura engagé la procédure avant de procéder à des activités de recouvrement.

H. Pratiques de recouvrement

1. Pratiques générales de recouvrement : sous réserve de la présente politique, le CMC mettra tout en œuvre pour recouvrer les créances des patients. Les activités générales de recouvrement pourraient comprendre notamment l'émission de relevés de compte du patient et des appels téléphoniques effectués auprès de ce dernier une fois qu'une liste des relevés lui a déjà été expédiée (ou à son garant).. Le CMC doit établir des procédures pour s'assurer que les questions et les réclamations du patient concernant les factures ont fait l'objet d'une enquête et, le cas échéant, d'une rectification, puis d'un suivi auprès du patient dans les délais impartis.
2. Restrictions relatives aux mesures de recouvrement exceptionnelles : le CMC et les agences de recouvrement n'emploieront pas de mesures de recouvrement exceptionnelles pour essayer de recouvrer une somme auprès d'un patient.
3. Aucun recouvrement au cours d'une procédure de demande d'aide financière : le CMC et les agences de recouvrement ne tenteront pas de recouvrer les créances d'un patient ayant déposé une demande d'aide financière et devront rembourser les montants reçus du patient avant ou pendant que la demande du patient est en cours de traitement.
4. Interdiction d'utiliser les données issues d'une demande d'aide financière : le CMC et les agences de recouvrement ne pourront pas utiliser les renseignements obtenus au cours des démarches d'aide financière à des fins de recouvrement. Rien n'interdit dans cette section d'utiliser les données recueillies par le CMC ou l'agence de recouvrement indépendamment de la procédure d'admissibilité à l'aide financière.

I. Échéanciers de paiement

1. Patients admissibles : le CMC et l'agence de recouvrement agissant en son nom devront offrir aux patients non assurés et à tout patient remplissant les critères d'admissibilité à l'aide financière la possibilité de conclure une entente pour régler les frais à la charge du patient (pour les patients assurés) et toute autre créance accrue. Le CMC peut également établir un échéancier de paiement aux patients assurés qui indiquent ne pas être en mesure de régler le montant à leur charge en un seul versement.

2. Modalités des échéanciers de paiement : aucun intérêt ne s'appliquera aux échéanciers de paiement. Les patients pourront négocier les modalités de leur échéancier de paiement. Si le CMC et les patients ne s'accordent pas sur les modalités de l'échéancier de paiements, le CMC prolongera la durée du mode de paiement en vertu duquel le patient effectuera des remboursements mensuels n'excédant pas plus de dix pour cent (10 %) de son revenu familial après l'exclusion des dépenses courantes. Le terme « dépenses courantes » désigne les dépenses engendrées pour les éléments suivants : loyer ou mensualité d'un prêt hypothécaire et entretien, alimentation et articles ménagers, services publics et lignes téléphoniques, frais médicaux et dentaires, assurance, coûts liés aux soins et à la scolarité des enfants, pension alimentaire pour enfant ou pour l'un des ex-époux, frais de transport et d'automobile, notamment assurance, essence, réparations et versements mensuels, blanchissage, nettoyage à sec et autres dépenses supplémentaires.
3. Échéancier de paiement déclaré inopérant : une prorogation d'échéance peut être déclarée inopérante si le patient n'effectue pas de versements à dates d'échéance successives pendant une période de 90 jours. Avant de déclarer inopérant l'échéancier de paiement, le CMC ou l'agence de recouvrement s'efforcera dans toute la mesure du possible de communiquer avec le patient par téléphone et par écrit que la prorogation d'échéance pourrait arriver à terme et qu'il a la possibilité de la renégocier. Avant de déclarer inopérante la prorogation d'échéance, le CMC ou l'agence de recouvrement doit tenter de renégocier les modalités des dates d'échéance en souffrance si le patient en fait la demande. Aux fins de cette section, il conviendra d'adresser l'avis au patient à sa dernière adresse connue et de l'appeler à son dernier numéro de téléphone connu. Une fois qu'un échéancier de paiement est déclaré inopérant, le CMC ou l'agence de recouvrement peut lancer ses activités de recouvrement conformément à la présente politique.

J. Agences de recouvrement

1. Le CMC peut envoyer les comptes de patients à une agence de recouvrement, sous réserve des conditions suivantes :
 - a. L'agence de recouvrement doit avoir une entente écrite avec le CMC;
 - b. L'entente écrite du CMC avec l'agence de recouvrement doit stipuler que celle-ci s'acquittera de ses fonctions conformément à la mission, la vision et les valeurs fondamentales du CMC. L'agence se conformera aux modalités de la politique d'aide financière, à celles de la présente politique de facturation et de recouvrement et à celles de la Hospital Fair Pricing Act (Loi sur la tarification équitable à l'hôpital), sections 124700 à 127446 du Code de santé et de sécurité de la Californie;
 - c. L'agence de recouvrement doit convenir qu'elle ne procédera pas à des mesures de recouvrement exceptionnelles pour percevoir les créances d'un patient;
 - d. Le CMC reste responsable des créances et ne doit pas les vendre à l'agence de recouvrement;
 - e. L'agence de recouvrement doit avoir des méthodes en place pour repérer les patients susceptibles de remplir les critères d'aide financière, puis pour leur communiquer l'existence et les détails de la Politique d'aide financière et d'orienter les patients en quête d'une aide financière vers le Service des admissions du CMC au (559) 459-2998 ou sur le site www.communitymedical.org. L'agence de recouvrement ne cherchera pas à recouvrer les créances d'un patient ayant déposé une demande d'aide financière et devra rembourser les montants reçus du patient avant ou pendant que la demande du patient est en cours de traitement.

K. Transferts des comptes aux fins de recouvrement

1. Une facture sera transférée au service de recouvrement si elle n'est pas réglée dans les 150 jours suivant la date initiale de la facture, à la discrétion du directeur des

Services financiers aux patients. Un défaut de paiement, l'omission de déposer une demande d'admission à un programme et l'omission de communiquer avec le CMC seront des facteurs pris en compte dans la mise en recouvrement d'un compte.

2. Les tiers payeurs auront dûment reçu leur facture; le paiement d'un tiers payeur ne doit plus être en cours de traitement et le solde de la dette doit être à la charge du patient. Une agence de recouvrement ne facturera pas au patient le montant à la charge d'un tiers payeur.
3. L'agence de recouvrement doit envoyer à chaque patient une copie de [l'Avis sur les droits à l'aide financière](#).
4. Au moins 150 jours doivent s'être écoulés depuis l'envoi de la première facture portée au compte du patient par l'hôpital.
5. Le patient ne négocie pas un échéancier de paiement ou n'effectue pas de paiements périodiques d'un montant raisonnable.
6. Assurance responsabilité civile : la présente politique n'interdit pas le CMC ou ses affiliés ou des agences de recouvrement tiers de chercher à recouvrer le montant auprès de l'assurance responsabilité civile.

IV. Références :

26 Code of Federal Regulations 1.501(r)

Sections 124700-127446 du Code de santé et de sécurité de la Californie

Documents cités

Type de référence	Titre	Remarques
Documents cités dans le présent document		
Documents cités	Avis sur les droits à l'aide financière	

*Les copies imprimées du présent document ne sont peut-être pas à jour et ne doivent pas servir à des fins officielles. La version actuelle se trouve sur le site Lucidoc.
<https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=communitymc:24828>.*