

Boston Children's Hospital
Politique de crédit et de recouvrement

Sommaire

- I. Énoncé général de la Politique
- II. Définitions
- III. Classification des services
- IV. Assistance pour bénéficiaire de l'aide financière
 - A. Avis public de disponibilité de l'aide financière
 - B. Avis individuel de disponibilité de l'aide financière
- V. Report ou refus de services
- VI. Procédures de collecte des informations financières liées au patient et au garant
 - A. Acquisition des informations
 - B. Points de collecte de données
 - C. Vérification des informations fournies par le patient
 - D. Communication d'informations / Cession de prestations
 - E. Confirmation de responsabilité financière pour les services non couverts
- VII. Paiement
 - A. Dépôts
 - B. Réductions
 - C. Échéanciers de paiement
 - D. Autorité d'approbation d'ajustement de compte
- VIII. Facturation, pratiques de recouvrement et détermination des créances irrécouvrables
 - A. Détermination des services admissibles
 - B. Patients et garants exonérés de mesures de recouvrement
 - C. Facturation initiale
 - D. Suivi des recouvrements
 - E. Correspondances retournées
 - F. Faillites
 - G. Détermination des créances irrécouvrables
 - H. Facturation des créances irrécouvrables d'urgence au programme Health Safety Net
 - I. Critères d'autorisation des créances irrécouvrables
 - J. Mesures de recouvrement extraordinaires et exécution judiciaire
 - K. Documentation
 - L. Accidents de la route
- IX. Droits et responsabilités des patients

Annexes :

Annexes obligatoires identifiées séparément

I. Énoncé général de la Politique

Depuis longtemps, le Boston Children's Hospital (ci-après, « l'Hôpital ») répond aux besoins des enfants de Boston, de la Nouvelle-Angleterre et d'ailleurs, et s'est toujours efforcé d'être une ressource pour les enfants ayant besoin de soins, indépendamment de la capacité de payer. Chaque année, grâce au soutien dont jouit l'Hôpital de la part de la communauté et aux mesures judicieuses prises par son Conseil d'administration, l'Hôpital et ses médecins dispensent aux enfants et à leurs familles des soins de bienfaisance de plusieurs millions de dollars.

L'Hôpital a la ferme intention de veiller à ce que les enfants disposent d'une assurance lorsque cela est possible. Les conseillers financiers de l'Hôpital sont disponibles pour répondre aux questions des familles concernant la couverture publique disponible pour les enfants non couverts, et pour aider les familles à remplir les demandes nécessaires.

L'Hôpital évalue les besoins médicaux de chaque patient et la situation financière de la famille, et essaie d'être aussi généreux et réactif que possible envers tous les enfants qui demandent à obtenir des services. Pour permettre à l'Hôpital de continuer à répondre aux besoins réels, des pratiques de facturation et de recouvrement sensées et cohérentes sont appliquées aux patients et à leur famille. Les politiques et procédures exposées dans le présent document sont adoptées dans le but de veiller à ce que les pratiques et procédures de facturation et de recouvrement soient raisonnables et appliquées de manière cohérente. La présente Politique de crédit et de recouvrement s'applique à l'ensemble des sites du Boston Children's Hospital qui sont exploités sous licence de l'Hôpital.

En outre, l'Hôpital entreprend tous les efforts possibles pour faire preuve de souplesse et de réactivité face aux circonstances individuelles. En contrepartie, il est attendu de la part des familles qu'elles honorent leurs obligations financières pour permettre à l'Hôpital de continuer à fournir des soins aux enfants qui vivent dans des conditions difficiles.

Pour terminer, l'Hôpital ne pratiquera aucune discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, la citoyenneté, le statut d'étranger, la religion, les croyances, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'âge ou le handicap dans ses politiques ou dans son application des politiques concernant l'acquisition ou la vérification des informations financières, les dépôts de pré-admission ou de pré-traitement, les échéanciers de paiement, les admissions retardées ou refusées, ou le statut de Patient à faibles revenus, conformément aux critères de détermination du Bureau de Medicaid, ou dans ses pratiques de facturation et de recouvrement.

La présente Politique de crédit et de recouvrement a été élaborée pour garantir le respect (1) de la réglementation 101 CMR 613.00 des Services admissibles au programme Health Safety Net ; (2) des exigences liées aux créances irrécouvrables Medicare des Centres de services Medicare et Medicaid (42 CFR 413.89) ; et (3) du Manuel de remboursement des prestataires Medicare (Partie I, Chapitre 3).

II. Définitions

Soins de bienfaisance : coûts des services médicaux essentiels fournis par l'Hôpital ou des Centres de santé communautaires à des Patients à faibles revenus qui ne peuvent pas prétendre à un paiement de la part du Health Safety Net Trust Fund ou d'autres sources publiques ou privées. L'Hôpital dispose également de programmes de Soins de bienfaisance spécifiques, tels qu'ils sont exposés dans les politiques mises en œuvre par le Directeur financier.

Services admissibles : frais de l'Hôpital ou de Centres de santé communautaires qui sont admissibles à un paiement via le Health Safety Net Trust Fund, conformément aux réglementations promulguées par le Commonwealth du Massachusetts.

Problème de santé d'urgence : problème de santé (physique ou mentale) qui se manifeste par des symptômes de gravité suffisante, notamment douleurs intenses, et pour lesquels l'absence d'attention médicale rapide pourrait raisonnablement laisser penser à une personne non spécialiste (qui possède des connaissances moyennes en matière de santé et de médecine) que la santé de la personne ou d'une autre personne pourrait être mise en danger, pourrait provoquer une détérioration marquée des fonctions de l'organisme ou un dysfonctionnement grave d'un organe ou, qui concerne une femme enceinte, comme cela est défini à la section 1867(e)(1)(B) de la loi américaine Social Security Act, 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

Services d'urgence : services médicaux essentiels fournis à une personne présentant un Problème de santé d'urgence.

Patient à faibles revenus : personne qui répond aux critères de détermination d'un Patient à faibles revenus exposés dans les réglementations du programme Health Safety Net promulguées par le Commonwealth du Massachusetts. Pour pouvoir être considérée comme un Patient à faibles revenus, une personne doit résider dans le Commonwealth et justifier de revenus familiaux égaux ou inférieurs à 400 % du Niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, FPL), et ne peut pas s'inscrire aux programmes MassHealth Standard ou MassHealth Family Assistance / Direct Coverage ; ne peut pas prétendre à une inscription au programme MassHealth et n'a pas réussi à se faire inscrire ; et ne peut pas être radiée du programme MassHealth ou Commonwealth Care pour cause de non-paiement des cotisations.

Difficultés médicales : catégorie d'admissibilité pour la prise en charge de certains frais par le Health Safety Net Trust Fund, pour les patients ou familles dont les dépenses médicales autorisées ont tellement grevé les revenus de la famille que le patient ou la famille se retrouve dans l'incapacité de régler les Services admissibles (selon la définition donnée dans les réglementations). Les conditions générales concernant l'admissibilité aux Difficultés médicales et les paiements du Health Safety Net Trust Fund pour les services fournis aux patients admissibles aux Difficultés médicales sont spécifiées dans les réglementations promulguées par le Commonwealth du Massachusetts.

Soins urgents : services médicaux essentiels fournis dans un hôpital ou un centre de soins communautaire après l'apparition soudaine d'un problème de santé (physique ou mentale) qui se manifeste par des symptômes aigus de gravité suffisante (notamment douleurs intenses), et pour lesquels une personne non spécialiste pourrait penser que l'absence d'attention médicale dans les 24 heures pourrait raisonnablement provoquer la mise en danger de la santé du patient, une détérioration des fonctions de l'organisme ou un dysfonctionnement de tout organe.

Les services de soins urgents sont fournis pour les problèmes qui ne sont pas mortels et qui ne présentent pas de risque élevé de détérioration de la santé d'une personne. Les services de soins urgents ne comprennent pas les soins primaires ou facultatifs.

III. Classification des services

Les personnes peuvent se présenter elles-mêmes, ou être présentées, pour un traitement non programmé au Service des urgences de l'Hôpital ou dans un autre service clinique de l'Hôpital. Tout patient se présentant pour des services d'urgence sera évalué indépendamment de sa couverture d'assurance ou de sa capacité de payer, conformément à la loi fédérale américaine Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA). Après avoir prodigué des soins à un patient au Service des urgences, le médecin traitant du Service des urgences classe les services en tant que Services d'urgence ou Soins urgents (selon les définitions figurant ci-dessus), ou comme Soins non urgents.

Les services facultatifs et les services programmés sont considérés comme des soins non urgents, et ne relèvent donc pas de la catégorie Services d'urgence ou Soins urgents, quel que soit le contexte dans lequel ils sont fournis. Ces classifications sont utilisées par l'Hôpital dans le but de déterminer la couverture de créances irrécouvrables pour soins urgents et d'urgence au titre du Health Safety Net Trust Fund.

L'Hôpital interdit toute action visant à décourager les personnes de bénéficier d'une prise en charge médicale d'urgence, notamment en demandant aux patients de régler les soins avant de recevoir tout traitement médical, ou en autorisant des activités de recouvrement de créances qui interfèrent avec la fourniture, sans discrimination, de soins médicaux d'urgence.

IV. Assistance pour bénéficiaire de l'aide financière

L'Hôpital fournira aux patients, aux garants ou aux autres personnes responsables identifiées des informations et une aide concernant la possibilité de demander des programmes publics et d'autres programmes d'aide financière, notamment MassHealth, Commonwealth Care, le statut de Patient à faibles revenus conformément aux réglementations du programme Health Safety Net, et d'autres programmes parrainés par le gouvernement, ainsi que les soins de bienfaisance de l'Hôpital et les programmes de réductions pour les patients non assurés. L'Hôpital fera tout son possible pour fournir des services de traduction aux patients, garants et autres personnes responsables ayant une maîtrise limitée de la langue anglaise.

L'Hôpital aidera les patients et les garants à remplir les demandes en faveur des programmes publics. Les patients ou les garants sont tenus de fournir les documents requis pour de telles demandes. L'Hôpital n'intervient aucunement dans la détermination de l'admissibilité aux programmes ; seul le Commonwealth décide de l'admissibilité ou non d'une personne. Il incombe au patient ou au garant d'informer l'Hôpital de toutes les décisions de couverture prises par le Commonwealth et de toute modification liée à l'admissibilité du patient à de tels programmes.

A. Avis public de disponibilité de l'aide financière. L'Hôpital affichera des panneaux informant les patients de la disponibilité d'une aide financière et d'autres programmes d'aide publique et le lieu à l'Hôpital où les patients et leur famille pourront effectuer une demande pour obtenir cette aide. Ces panneaux seront affichés dans les zones d'admission et d'enregistrement des services d'hospitalisation, de consultation externe et des urgences, ainsi que dans les bureaux habituellement utilisés par les patients. Les panneaux auront des dimensions de 21,6 x 28 cm et seront imprimés en police de taille 22, en anglais et en espagnol.

B. Avis individuel de disponibilité de l'aide financière. L'Hôpital fournira un avis individuel informant de la disponibilité de programmes d'aide financière, Difficultés médicales comprises, et une aide pour demander à bénéficier de tels programmes, à tout patient qui devrait engager des frais (en dehors des articles et services de confort personnel) qui ne peuvent pas être réglés en totalité par sa couverture tierce. L'Hôpital inclura également un avis informant de la disponibilité de programmes d'aide financière, notamment les Services admissibles aux Patients à faibles revenus et d'autres programmes d'aide publique, et la disponibilité d'une aide pour demander à bénéficier de tels programmes, dans sa facture initiale et toute autre action écrite de recouvrement.

V. Report ou refus de services

L'Hôpital ne retardera et ne refusera aucun traitement pour les patients qui se présentent afin de recevoir des soins d'urgence ou urgents, ou qui sont bénéficiaires de prestations gouvernementales du type MassHealth, Commonwealth Care, Children's Medical Security Plan, Healthy Start, Health Safety Net ou d'autres programmes publics, uniquement pour des questions financières.

L'Hôpital se réserve le droit de retarder ou de refuser la prestation de services non urgents à un patient, notamment lorsque le patient ou sa famille refuse de se conformer aux exigences de dépôt ou ne dispose pas de ressources suffisantes pour régler les services, que ce soit à titre personnel ou via des sources tierces, et refuse de demander à obtenir des programmes publics disponibles, comme MassHealth et Health Safety Net, ou refuse de transmettre les documents requis pour de telles demandes.

Dès lors que l'Hôpital choisit d'exercer son droit de report ou de refus de prestation de services à un patient, et avant que ce droit ne soit réellement exercé, le clinicien identifié comme étant le médecin du patient sera contacté pour évaluer les implications médicales ou cliniques d'un report ou d'un refus de services, et pour accepter ou approuver le report ou le refus des services d'un point de vue médical ou clinique.

En cas de report ou de refus de services pour un patient, les documents motivant le report ou le refus des services seront conservés, tout comme l'évaluation par le médecin du patient des implications médicales ou cliniques du report ou du refus des services et l'approbation d'un point de vue médical ou clinique, ainsi que l'acceptation ou l'approbation par le médecin du report ou du refus des services.

VI. Procédures de collecte des informations financières liées au patient et au garant

A. Acquisition des informations. Avant la prestation de tout service de santé (en dehors des cas d'urgence), le patient ou le garant est tenu de fournir des informations opportunes et précises sur sa situation en matière d'assurance, ses informations démographiques, les changements liés à la situation des revenus familiaux ou de l'assurance, et toute information sur les participations aux frais et les franchises qui sont dues sur la base de ses obligations de paiement actuelles en lien avec l'assurance ou le programme financier. Les informations détaillées comprendront :

1. Nom complet, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de Sécurité sociale (le cas échéant), options actuelles d'assurance maladie, informations sur la citoyenneté et la résidence, ainsi que les ressources financières applicables du patient ou du garant pouvant être mobilisées pour régler la facture ;

2. Nom complet du garant du patient, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de Sécurité sociale (le cas échéant), options actuelles d'assurance maladie, ainsi que ses ressources financières applicables pouvant être mobilisées pour régler la facture du patient ; et

3. Autres ressources susceptibles d'être employées pour régler la facture, notamment les autres programmes d'assurance, polices d'assurance automobile ou habitation si le traitement est dû à un accident, programmes d'indemnisation pour accident du travail et polices d'assurance pour étudiants, entre autres.

Il incombe en définitive au patient ou au garant d'effectuer le suivi et de régler en temps opportun toute facture impayée à l'Hôpital, notamment les éventuels frais de coassurance, participations aux frais et franchises. Le patient ou le garant est en outre tenu d'informer son organisme d'assurance maladie (s'il est rattaché à un tel organisme) ou l'organisme ayant déterminé le statut d'admissibilité du patient à un programme d'assurance santé publique des éventuels changements liés aux revenus familiaux ou à la situation en matière d'assurance.

Les patients ou garants sont tenus de transmettre au programme public d'État (par ex. le Bureau de Medicaid et le programme Health Safety Net) toute information liée à un procès ou une demande d'indemnisation d'assurance qui couvrira le coût des services fournis par l'Hôpital. Les patients sont également tenus d'octroyer le droit à un règlement tiers qui couvrira le coût des services payés par le Bureau de Medicaid ou le programme Health Safety Net.

Lorsque les informations ne sont pas fournies au moment d'une admission ou d'une consultation externe, nous essaierons à plusieurs reprises de recueillir les informations demandées après la sortie de l'hôpital ou après l'intervention.

B. Points de collecte de données. Ci-dessous figure la liste des moments auxquels une tentative de collecte de ces informations sera réalisée et la personne responsable.

1. **Lors de la planification d'une admission ou d'une consultation externe :** le membre du personnel du bureau du médecin ou de l'hôpital qui programme l'intervention demandera les informations financières.

2. **Au cours de la vérification des informations du patient** : le personnel des Services financiers aux patients, du bureau du médecin ou de l'hôpital qui vérifie les informations du patient (avant l'intervention) demandera les informations financières.

3. **Le jour de l'admission ou au moment de l'intervention** : le personnel des Services financiers aux patients ou les Coordonnateurs de soins aux patients, selon le cas. En cas de doute sur les informations financières du patient ou du garant, le patient ou le garant peut être orienté vers les Services financiers aux patients pour apporter des clarifications. Ce processus s'applique aux services programmés et d'urgence (dès que cela est raisonnablement réalisable après l'intervention ou l'admission, conformément à la loi EMTALA).

4. **Au cours du séjour à l'hôpital** : le personnel des Services financiers aux patients ou les Coordonnateurs de soins aux patients.

5. **Au moment de la sortie de l'hôpital** : le personnel des Services financiers aux patients.

6. **Après la sortie de l'hôpital ou après l'intervention** : le personnel des Services financiers aux patients ou les agents de gestion financière de l'Hôpital.

7. **Services d'urgence** : dès qu'il est autorisé à le faire selon les dispositions de la loi EMTALA, le personnel chargé de l'enregistrement s'entretiendra avec le patient, obtiendra auprès du patient et vérifiera toutes les informations personnelles et financières requises. Les informations non obtenues au moment de l'admission seront récupérées via les contacts et entretiens avec le patient ou le garant tout au long du séjour du patient, ou au moment de la sortie de l'hôpital si toutes les autres tentatives ont été infructueuses. En cas d'autorisation du patient ou du garant, d'autres personnes seront contactées pour obtenir des informations afin d'évaluer la capacité à régler les services fournis.

8. **Validation de l'admissibilité à MassHealth** : pour les services fournis à un patient non assuré, le personnel des Services financiers aux patients vérifiera sur le système MassHealth EVS ou le portail Virtual Gateway mis à disposition par le Bureau exécutif du Massachusetts des Services sanitaires et humains (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) si le patient est admissible ou a transmis une demande pour bénéficier du programme MassHealth, Commonwealth Care ou d'autres programmes.

C. Vérification par l'Hôpital des informations **financières** du patient. **Le personnel des Services financiers aux patients, le personnel administratif du service clinique ou les Coordonnateurs des soins aux patients accompliront des efforts raisonnables et diligents pour vérifier les informations financières communiquées par le patient** dès que possible, et jusqu'au moment où le patient quitte l'hôpital ou bénéficie d'une consultation externe. Si les informations ne peuvent pas être vérifiées avant ce moment-là, le Département des Services financiers aux patients ou ses agents pourront tenter de vérifier les informations lors du processus de facturation et de recouvrement.

En raison de l'âge des patients de l'Hôpital, les informations financières et d'assurance concernant le patient sont généralement communiquées par le parent ou le tuteur.

Si des informations supplémentaires sont requises pendant le séjour du patient à l'Hôpital, les membres du personnel des Services financiers aux patients ou les Coordonnateurs des soins aux patients prendront contact avec le membre du personnel infirmier en soins primaires du patient ou son suppléant pour obtenir l'autorisation de contacter le patient ou sa famille.

Les efforts raisonnables et diligents de l'Hôpital comprendront, sans toutefois s'y limiter, la demande d'informations concernant la situation d'assurance du patient, la vérification de toute base de données d'assurance publique ou privée, le respect des règles de facturation d'un tiers payant connu, et l'exercice d'un recours pour demande d'indemnisation refusée lorsque le service est payable en tout ou partie par un assureur.

L'Hôpital entreprendra également des efforts raisonnables et diligents pour déterminer si une ressource tierce peut être responsable des services fournis par l'Hôpital, en ce compris notamment : (1) une police d'assurance automobile ou habitation, (2) une police générale de protection contre les accidents ou les blessures personnelles, (3) un programme d'indemnisation pour accident du travail et (4) une police d'assurance pour étudiants, entre autres. L'Hôpital avisera les patients de leur responsabilité d'informer le programme public approprié de tout changement en matière de revenus ou d'assurance. Conformément aux réglementations d'État applicables ou au contrat d'assurance, pour toute demande d'indemnisation pour laquelle les efforts raisonnables et diligents de l'Hôpital ont permis un recouvrement sur la demande d'indemnisation de soins de santé facturés à un programme public ou un assureur privé, l'Hôpital rendra compte du recouvrement et le déduira de la demande d'indemnisation payée par le programme public ou l'assureur privé. Si l'Hôpital en prend connaissance au préalable et a la possibilité juridique de le faire, il tentera d'obtenir l'octroi du droit d'un patient à une couverture tierce fournie en cas d'accident.

D. Communication d'informations / Cession de prestations. Il peut être demandé au patient ou au garant de signer un transfert des prestations d'assurance ou d'autres sources tierces de paiement (par ex. des paiements découlant d'actions en responsabilité délictuelle) directement à l'Hôpital pour les services fournis, et une autorisation de communication des informations nécessaires en vue de réaliser le transfert desdites prestations. L'autorisation indiquera également que le patient ou le garant est financièrement responsable des frais qui n'ont pas été recouverts grâce au transfert.

F. Confirmation de responsabilité financière pour les services non couverts. Lorsqu'une autorisation requise par l'assureur du patient n'a pas été obtenue avant l'intervention, il sera demandé au patient ou au garant de signer une déclaration au titre de laquelle il reconnaît avoir été informé de l'absence d'autorisation requise et lui indiquant sa possible responsabilité financière envers les services, qui sont en définitive des services non couverts.

VII. Paiement

En règle générale, le paiement intégral est attendu lors de la réception d'une facture de l'Hôpital.

A. Dépôts.

1. Services d'urgence : l'Hôpital ne demandera pas de dépôt de pré-traitement de la part d'un patient ou d'un garant pour recevoir des soins d'urgence, et ce quelle que soit la capacité de payer du patient ou du garant.

2. Services non urgents : l'Hôpital peut exiger un dépôt de pré-admission pour des consultations en hospitalisation ou externes non urgentes de la part d'un patient (ou du garant de ce dernier) qui ne dispose pas d'une couverture d'assurance suffisante pour le service devant être fourni, qui n'est pas exonéré de mesures de recouvrement et qui n'a pas conclu d'Échéancier de paiement avec l'Hôpital.

3. Dispositions spéciales pour les patients admissibles au programme Health Safety Net : aucun patient identifié comme étant un Patient à faibles revenus ne sera tenu de verser le moindre dépôt. Il peut être demandé à un patient ou un garant identifié comme étant un Patient à faibles revenus et qui est soumis à une exigence de franchise de verser un dépôt maximal de 20 % du montant de sa franchise, à concurrence de 500 USD. Il peut être demandé à un patient ou un garant admissible au programme de Difficultés médicales de verser un dépôt maximal de 20 % de sa contribution au programme de Difficultés médicales, à concurrence de 1 000 USD. Tous les soldes restants seront soumis aux conditions des échéanciers de paiement visées à l'article 101 CMR 613.08.

B. Réductions. Les réductions appliquées aux comptes des patients ne sont pas admissibles au programme Health Safety Net et n'y seront pas soumises. L'Hôpital propose des réductions pouvant aller jusqu'à 40 % sur les frais facturés aux personnes non assurées, en fonction des délais de paiement. Les réductions ne sont pas disponibles sur les montants des participations aux frais et des franchises. Les Politiques de réductions de l'Hôpital sont gérées par le Directeur financier.

C. Échéanciers de paiement. Dans l'éventualité où un patient ou un garant ne peut pas régler la facture de l'Hôpital à réception et qu'il est en droit de bénéficier du programme Health Safety Net ou d'un autre programme public applicable, l'Hôpital peut proposer au patient ou au garant un arrangement pour les paiements au cours d'une période prolongée.

L'Hôpital proposera aux patients ayant un solde inférieur ou égal à 1 000 USD, après le dépôt initial, un échéancier de paiement sans intérêts d'au moins un an, avec un paiement mensuel minimal de 25 USD au maximum. Les patients ayant un solde supérieur à 1 000 USD, après le dépôt initial, se verront proposer un échéancier de paiement sans intérêts d'au moins deux ans.

En cas de circonstances extraordinaires, les demandes pour des échéanciers de paiement de plus de deux ans seront examinées au cas par cas. L'Hôpital n'exigera pas d'échéancier de paiement de la part de patients qui sont pleinement exonérés des mesures de recouvrement en vertu de la présente Politique de crédit et de recouvrement.

L'Hôpital et ses sites satellites opérant sous licence, notamment le Martha Eliot Health Center, ne proposent pas d'échéanciers de paiement sur les franchises pour les patients admissibles au programme Health Safety Net – Partial.

D. Autorité d'approbation d'ajustement de compte. Les ajustements administratifs portés aux comptes et aux remboursements aux patients ou garants ou autres payeurs à hauteur des montants indiqués ci-après peuvent être autorisés par les personnes mentionnées ci-dessous :

1. Jusqu'à 1 000 USD : Superviseur des Services financiers aux patients
2. Jusqu'à 10 000 USD : Responsable des Services financiers aux patients
3. Jusqu'à 50 000 USD : Directeur des Services financiers aux patients
4. 50 000 USD ou plus : Directeur financier

VIII. Facturation, pratiques de recouvrement et détermination des créances irrécouvrables

L'Hôpital applique les mêmes efforts continus de facturation et de recouvrement à tous les comptes pour les patients non assurés comme il le fait pour les patients relevant d'autres catégories.

A. Détermination des services admissibles. L'Hôpital suit les réglementations et les directives émises par le Commonwealth du Massachusetts dans la gestion de l'admissibilité des demandes d'indemnisation du programme Health Safety Net et des autres programmes d'aide publique.

L'Hôpital respecte les exigences de facturation applicables, notamment les réglementations du Département de santé publique (Department of Public Health) (105 CMR 130.332) en cas de non-paiement de services spécifiques ou les réadmissions que l'Hôpital juge comme étant le résultat d'un Événement grave à signaler (Serious Reportable Event, SRE). Les SRE qui ne surviennent pas à l'Hôpital sont exclus de cette détermination de non-paiement. En outre, l'Hôpital ne cherche pas à obtenir de paiement d'un Patient à faibles revenus admissible au programme Health Safety Net dont les demandes d'indemnisation ont d'abord été refusées par un programme d'assurance en raison d'une erreur de facturation administrative de l'Hôpital. L'Hôpital conserve toutes les informations conformément aux lois fédérales et d'État applicables sur le respect de la vie privée, la sécurité et l'usurpation d'identité.

B. Patients et garants exonérés de mesures de recouvrement. L'Hôpital ne facture pas ou ne prend pas de mesure de recouvrement à l'égard de tout patient qui, après vérification :

1. Est inscrit au programme MassHealth, reçoit des prestations en vertu du Programme d'aide d'urgence aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux enfants, ou adhère au programme Healthy Start (en dehors du fait que l'Hôpital peut facturer à ces patients les participations aux frais et les franchises obligatoires en vertu de ces programmes d'aide).

L'Hôpital peut lancer le processus de facturation pour un patient qui prétend participer à l'un de ces programmes mais omet de justifier de sa participation ; lors de la réception des justificatifs appropriés (notamment un reçu ou une vérification de demande signée), l'Hôpital mettra un terme aux activités de recouvrement.

2. Est un participant au Plan de sécurité médicale pour les enfants (Children's Medical Security Plan, CMSP) dont les revenus familiaux sont inférieurs ou égaux à 400 % des conditions de revenu des Directives fédérales en matière de pauvreté. L'Hôpital peut lancer le processus de facturation pour un patient qui prétend participer au CMSP mais omet de justifier de sa participation ; lors de la réception des justificatifs appropriés (notamment un reçu ou une vérification de demande signée), l'Hôpital mettra un terme aux activités de recouvrement.

3. Est un Patient à faibles revenus exonéré de mesures de recouvrement pour des Services admissibles reçus au cours de la période pour laquelle il a été considéré comme un Patient à faibles revenus (en dehors des participations aux frais et des franchises en lien avec lesdits Services admissibles). L'Hôpital peut continuer à facturer les Patients à faibles revenus pour des Services admissibles rendus avant qu'ils ne soient considérés comme des Patients à faibles revenus, mais uniquement après que le statut de Patient à faibles revenus a expiré ou a autrement cessé de produire ses effets.

4. Est un Patient à faibles revenus dont les revenus familiaux sont compris entre 201 et 400 % du FPL et est exonéré des mesures de recouvrement pour la partie de la facture qui dépasse la franchise, et peut être facturé pour les participations aux frais et les franchises conformément aux réglementations d'État.

5. Est un patient ou une famille admissible au programme de Difficultés médicales, par rapport au montant de la facture qui dépasse la contribution dudit programme (telle qu'elle est calculée conformément aux réglementations applicables). Si une demande d'indemnisation déjà soumise en tant que créance irrécouvrable d'urgence devient admissible à un paiement pour Difficultés médicales de la part du programme Health Safety Net, l'Hôpital cessera les activités de recouvrement vis-à-vis du patient pour ces services.

Les Patients à faibles revenus ne sont pas exonérés des mesures de recouvrement pour les services autres que les Services admissibles fournis à la demande du patient ou du garant et pour lesquels le patient ou le garant a accepté d'endosser la responsabilité. L'Hôpital doit obtenir l'accord écrit du patient ou du garant d'être facturé pour de tels services.

C. Facturation initiale. En dehors des patients exonérés des mesures de recouvrement, comme cela est précisé ci-dessus, l'Hôpital fournira une facture initiale au patient, au garant ou à un tiers spécifié. La partie du compte dont est redevable le patient ou le garant et pour laquelle le patient ou le garant sera facturé exclut le montant couvert par le programme Health Safety Net et la partie dépassant la contribution pour Difficultés médicales, selon le cas.

C. Suivi des recouvrements. L'Hôpital fait appel à des organismes externes pour réaliser les activités de recouvrement sur les comptes à la charge des patients, et impose à ces organismes les normes spécifiées dans les politiques des Services financiers aux patients de l'Hôpital sur les pratiques de recouvrement en vigueur, conformes à la présente Politique de crédit et de recouvrement.

D. Tous les comptes à la charge des patients seront soumis à des activités continues de recouvrement et recevront au minimum trois mesures de recouvrement. Les mesures de recouvrement menées par l'Hôpital ou son mandataire désigné peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter, les éléments suivants :

1. Facture initiale
2. Relevés (transmis tous les 30 jours à la suite de la détermination d'une responsabilité de frais à la charge du patient)
3. Courrier de suivi (envoyé par courrier prioritaire ou recommandé)
4. Appels téléphoniques
5. Réunions avec le garant ou toute autre personne responsable

E. Correspondances retournées. Les comptes pour lesquels les correspondances sont retournées feront l'objet d'une enquête en vue de localiser le patient ou le garant. Les efforts entrepris pour obtenir une adresse valide incluront, au minimum :

1. Examiner tous les dossiers internes et les rendez-vous pris pour déterminer s'il existe une adresse plus récente ;
2. Contacter les proches ou amis connus ; et
3. Consulter l'annuaire actuel.

L'Hôpital peut faire appel à des organismes externes pour réaliser d'autres activités de recherches. Une documentation sur les efforts entrepris pour localiser la partie responsable de l'obligation sera conservée.

F. Faillites. À compter de la réception d'une notification juridique de faillite du patient ou du garant, toutes les activités de recouvrement cesseront et le compte sera ajusté. Les cas de faillite ne seront pas admissibles au programme Health Safety Net et n'y seront pas soumis.

G. Détermination des créances irrécouvrables. Si des efforts raisonnables de recouvrement n'ont pas permis d'obtenir le paiement des frais d'un compte, le solde sur le compte peut être classé comme créance irrécouvrable conformément à la présente Politique de crédit et de recouvrement et toute autre politique applicable du service financier (qui ne doit pas être incompatible avec la présente Politique de crédit et de recouvrement).

Conditions à respecter pour une détermination immédiate de créance irrécouvrable : lorsque des informations sont obtenues pour désigner un compte comme créance irrécouvrable à tout moment au cours du processus de suivi des recouvrements, le compte peut être immédiatement considéré comme créance irrécouvrable sans autre mesure de recouvrement. Sont compris dans cette catégorie les éléments suivants :

1. Tentative infructueuse visant à identifier la cause d'échec de livraison du courrier qui est renvoyé à l'expéditeur faute d'avoir pu être délivré à son destinataire. Les comptes de courrier non distribuable ou d'adresse erronée font l'objet d'un suivi par le personnel des Services financiers aux patients en charge des correspondances, qui effectue une recherche de l'adresse correcte avant de placer le compte sous le statut de créance irrécouvrable. Les activités de suivi sont consignées.

2. Tentative infructueuse visant à identifier un numéro de téléphone valide après que la ligne téléphonique du patient ou du garant a été désactivée.
3. Notification écrite ou orale de réticence ou de refus de payer du patient ou du garant.
4. Réception d'une notification officielle d'une société d'assurance, indiquant que les prestations ont été versées au souscripteur, et au moins une tentative infructueuse a été réalisée pour contacter le patient ou le garant après ladite notification de l'assureur.

H. Facturation des créances irrécouvrables d'urgence au programme Health Safety Net. En plus d'appliquer les pratiques de recouvrement décrites ci-dessus, l'Hôpital enverra un courrier recommandé à tout patient (sauf s'il s'agit d'un patient pour lequel les avis ont été renvoyés pour cause de courrier non distribuable ou d'adresse erronée) ayant un solde en souffrance supérieur à 1 000 USD pour des services d'urgence et connexes avant de facturer le solde au programme Health Safety Net. Le solde du compte sera facturé au programme Health Safety Net uniquement après être resté impayé pendant plus de 120 jours à compter de la date de la facture initiale, et les efforts raisonnables de recouvrement entrepris au cours de cette période seront consignés dans le dossier financier du patient. Pour les services fournis à un patient non assuré, le personnel des Services financiers aux patients vérifiera, via le système MassHealth EVS ou le portail Virtual Gateway, que le patient n'est pas admissible au programme MassHealth ou n'a pas transmis de demande pour en bénéficier, et qu'il ne s'agit pas d'un Patient à faibles revenus.

I. Critères d'autorisation des créances irrécouvrables. L'autorisation pour classer un compte comme créance irrécouvrable varie selon le montant des frais du compte, comme suit :

1. Jusqu'à 5 000 USD : Superviseur du Service à la clientèle ou des frais à la charge des patients
2. Jusqu'à 10 000 USD : Responsable du Service à la clientèle ou des frais à la charge des patients
3. Jusqu'à 50 000 USD : Directeur des Services financiers aux patients
4. 50 000 USD ou plus : Directeur financier

J. Mesures de recouvrement extraordinaires et exécution judiciaire. En règle générale, l'Hôpital ne prend pas de « mesures de recouvrement extraordinaires ». Les mesures de recouvrement extraordinaires comprennent : vendre la créance à un autre prestataire, communiquer des renseignements défavorables concernant une personne à une agence d'évaluation du crédit ou une agence de renseignements commerciaux, reporter ou refuser (ou exiger un paiement avant) la fourniture de soins médicaux essentiels en raison du non-paiement par la personne d'une ou plusieurs factures pour des soins précédemment fournis, en vertu de la Politique d'aide financière de l'Hôpital, exercer un droit de gage ou demander la saisie de la résidence personnelle ou du véhicule d'une personne, procéder à une saisie-arrêt sur salaire ou intenter une action civile. Toute décision visant à faire appliquer des mesures de recouvrement extraordinaires nécessitera un vote du Conseil d'administration.

L'Hôpital et ses mandataires sont tenus de démontrer au Conseil d'administration que des efforts raisonnables ont été entrepris pour déterminer l'admissibilité d'un patient à obtenir de l'aide en vertu de sa Politique d'aide financière avant de recommander des mesures de recouvrement extraordinaires. Les mesures de recouvrement extraordinaires ne seront pas appliquées avant un délai d'au moins 120 jours à compter de la date à laquelle l'Hôpital fournit le premier relevé de facturation pour les soins après la sortie de l'hôpital, et nécessiteront la démonstration d'une notification écrite au patient de la disponibilité d'une aide financière au moins 30 jours avant toute exécution des mesures. La notification écrite devra également préciser les activités de recouvrement extraordinaires que l'Hôpital a l'intention de mettre en œuvre, ainsi que la date de début desdites activités. En cas de mesures de recouvrement extraordinaires exécutées, l'Hôpital suspendra toutes les mesures en question si une Demande d'aide financière est reçue pour permettre une période d'examen qui ne saurait dépasser 30 jours.

Avant la mise en place de toute exécution judiciaire, l'Hôpital et ses mandataires entreprendront des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité d'un patient à une aide au titre de sa Politique d'aide financière. Les efforts raisonnables comprendront une notification de la disponibilité d'une aide financière qui inclura une date butoir après laquelle une exécution judiciaire pourra être initiée. La date butoir en question ne saurait être antérieure à trente (30) jours à compter de la notification. L'exécution judiciaire ne sera pas lancée avant un délai d'au moins 120 jours à compter de la date à laquelle l'Hôpital fournit le premier relevé de facturation pour les soins après la sortie de l'hôpital.

K. Documentation. L'Hôpital documentera les activités liées à la classification et à la déclaration du compte comme créance irrécouvrable. Dans la mesure où l'Hôpital dispose d'un système « sans papier » pour la gestion des comptes d'hospitalisation et de consultation externe, la documentation des activités liées à ces services peut être tenue à jour sur le système informatique de l'Hôpital dans des notes complètes par opposition à des documents imprimés.

M. Accidents de la route. L'Hôpital transmettra une demande d'indemnisation pour les Services admissibles fournis à un Patient à faibles revenus blessé lors d'un accident de la route uniquement si l'Hôpital (1) a procédé à une enquête pour déterminer si le patient, le conducteur ou le propriétaire du véhicule était titulaire d'une police d'assurance automobile ; (2) a entrepris tous les efforts possibles pour obtenir les informations sur le tiers payant du patient ; (3) a conservé des preuves de ces efforts, notamment une documentation des appels téléphoniques et des courriers envoyés au patient ; et (4) le cas échéant, a transmis en bonne et due forme une demande d'indemnisation pour le paiement à l'assureur automobile. Pour les accidents de la route et tous les autres recouvrements liés à des demandes d'indemnisation préalablement facturées au programme Health Safety Net, l'Hôpital déclarera tout recouvrement au Bureau du programme Health Safety Net. Le recouvrement sera déduit de la demande d'indemnisation pour les Services admissibles.

IX. Droits et responsabilités des patients

- A. L'Hôpital doit informer les patients de leur droit de :
1. Demander l'obtention du programme MassHealth ou Commonwealth Care, du statut de Patient à faibles revenus et du programme de Difficultés médicales ; et
 2. Bénéficier d'un échéancier de paiement, tel que cela est décrit dans la présente Politique de crédit et de recouvrement et les réglementations applicables, si le patient est considéré comme un Patient à faibles revenus ou est admissible au programme de Difficultés médicales.
- B. Un patient qui bénéficie de Services admissibles doit :
1. Fournir tous les documents requis ;
 2. Informer le programme MassHealth de tout changement lié aux revenus familiaux ou à la situation en matière d'assurance, en ce compris notamment les revenus, les héritages, les cadeaux et les distributions versées par les fiducies, la disponibilité d'une assurance maladie et d'une responsabilité civile. Le patient peut, à titre subsidiaire, communiquer un tel avis à l'Hôpital ;
 3. Effectuer le suivi de sa franchise et fournir la documentation à l'Hôpital indiquant que la franchise a été atteinte lorsque plus d'un membre de la famille est considéré comme un Patient à faibles revenus ou si le patient ou les membres de la famille bénéficient de Services admissibles de la part de plusieurs prestataires ; et
 4. Informer la Division des finances et des politiques de soins ou le programme MassHealth lorsque le patient est impliqué dans un accident, ou souffre d'une maladie ou de blessures, ou toute autre perte ayant abouti ou pouvant aboutir à un procès ou une demande d'indemnisation d'assurance. Le patient doit :
 - a. Déposer une demande d'indemnisation ;
 - b. Accepter de se conformer à l'ensemble des exigences du M.G.L. ch. 118G, en ce compris notamment :
 - (1) octroyer à la Division le droit de recouvrer un montant égal au paiement du programme Health Safety Net fourni via le produit de toute demande d'indemnisation ou d'une autre procédure à l'encontre d'un tiers ;
 - (2) communiquer des informations concernant la demande d'indemnisation ou toute autre procédure, et coopérer pleinement avec la Division ou son entrepreneur, à moins que la Division n'établisse qu'une telle coopération ne servirait pas le meilleur intérêt du patient ou aboutirait à un préjudice physique ou affectif grave pour le patient ;
 - (3) informer la Division ou le programme MassHealth par écrit dans les 10 jours suivant l'envoi d'une demande d'indemnisation, la mise en place d'une action civile ou d'une autre procédure ; et
 - (4) rembourser le programme Health Safety Net en restituant l'argent perçu auprès d'un tiers pour tous les services admissibles au programme Health Safety Net fournis à la date de l'accident (ou après) ou de tout autre incident, après être devenu un Patient à faibles revenus aux fins du paiement au programme Health Safety Net, étant entendu que seul le paiement au programme Health Safety Net fourni suite à l'accident ou tout autre incident sera remboursé.

c. La Division recouvre uniquement les sommes d'argent directement auprès d'un patient dans la mesure où ce dernier a reçu un paiement d'un tiers pour les soins médicaux payés par le programme Health Safety Net ou dans la mesure indiquée à l'article 101 CMR 613.06(5).