



Politique de crédit et de recouvrement des comptes patients	RC-002
Cycle des revenus du Penn State Health	En vigueur le : janvier 2020

OBJECTIF

Fournir des orientations pour remplir le document type de la politique.

CHAMP D'APPLICATION – *Le document s'applique aux personnes et aux processus des composantes suivantes du Penn State Health :*

<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health System	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine (Faculté de médecine Penn State)
<input type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center (Centre médical Milton S. Hershey)	<input type="checkbox"/>	St. Joseph's Medical Center (Centre médical St. Joseph)
<input type="checkbox"/>	Community Medical Group (Groupe médical communautaire)		

OBJECTIF

Fournir des directives claires et cohérentes pour l'exécution des fonctions de facturation et de recouvrement d'une manière qui favorise la conformité, la satisfaction des patients et l'efficacité. En recourant aux relevés de facturation, à la correspondance écrite et aux communications téléphoniques, le Service du cycle des revenus du Penn State Health (PSH) s'efforcera d'informer les patients ou garants de leurs obligations financières et des options d'aide financière disponibles, et s'emploiera à suivre les comptes en souffrance tout en assurant la transparence financière tout au long du continuum de soin. La présente politique est conforme aux exigences énoncées dans l'Article 501(r) du code des impôts.

CHAMP D'APPLICATION

Le personnel administratif chargé de la facturation et les conseillers financiers

DÉFINITIONS

Définition du montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB) : Le montant généralement facturé, ou limite des frais bruts, est calculé par le PSH à l'aide d'une méthodologie de retraçage conformément au règlement final de l'IRS 501R. Le PSH utilisera cette méthodologie pour calculer le paiement moyen de toutes les demandes de remboursement payées par les compagnies d'assurance maladie privées et Medicare. Les personnes admissibles ne paieront pas de montants supérieurs à ceux généralement facturés aux patients assurés pour des soins d'urgence ou nécessaires du point de vue médical uniquement. Le PSH mettra à la disposition des patients qui le demandent un exemplaire écrit gratuit du calcul de l'AGB actuel. À ne pas confondre avec la prise en charge de soins caritatifs (aide financière) qui s'applique à 100 % si le programme d'aide financière est approuvé pour la personne concernée.

Renvoi vers une agence de recouvrement : Des agences de recouvrement externes sont engagées pour recouvrer les comptes clients douteux. Lorsqu'un compte est qualifié de douteux, il n'est pas encore jugé irrécouvrable tant qu'il ne s'est pas écoulé une période de neuf mois au cours de laquelle les diverses tentatives menées par une agence de recouvrement primaire ou secondaire se sont avérées infructueuses.

Relevé de facturation ou relevé : Facture des services dispensés. Il peut s'agir d'un résumé des activités ou d'une facture détaillée répertoriant toutes les charges inscrites au compte d'un patient.

Date de service (DDS) :

- DDS aux patients hospitalisés : date à laquelle le patient sort de l'hôpital.
- DDS aux patients externes : date à laquelle une intervention a été effectuée ou des soins médicaux ont été administrés à un patient.

Services de diagnostic : Services ou interventions destinés à déterminer la cause d'une maladie ou d'un problème de santé. Les soins médicaux dispensés à des fins de diagnostic consistent à traiter ou déterminer un problème de santé en surveillant une affection existante, en contrôlant de nouveaux symptômes et en recherchant la cause de résultats d'analyse anormaux. Les services de diagnostic permettent aux prestataires de soins de santé de déterminer la gravité ou la cause des maladies des patients.

Services ou interventions ajournables : Services ou interventions jugés par le personnel médical du PSH comme n'étant pas nécessaires du point de vue médical.

Urgence médicale : Affection se manifestant par des symptômes aigus, suffisamment sévères (tels que des douleurs intenses) pour qu'une personne non spécialiste, mais possédant des connaissances générales en matière de santé et de médecine, puisse raisonnablement prévoir que l'absence d'attention médicale immédiate compromettrait gravement la santé de la personne (ou, s'il s'agit d'une femme enceinte, sa santé ou celle de son enfant à naître), voire entraînerait une atteinte grave aux fonctions physiologiques ou un dysfonctionnement sérieux d'un organe ou d'une partie du corps.

Soins d'extrême urgence : Soins dispensés à un patient présentant une affection d'urgence extrême, définie plus précisément comme suit :

- affection se manifestant par des symptômes suffisamment sévères (tels que douleurs intenses, troubles psychiatriques ou symptômes de toxicomanie, ou autres) pour que l'absence d'attention médicale immédiate puisse raisonnablement laisser prévoir l'une ou l'autre des conséquences suivantes :
 - atteinte grave à la santé du patient (ou, s'il s'agit d'une femme enceinte, à sa santé ou celle de son enfant à naître) ;
 - atteinte grave aux fonctions physiologiques ;
 - dysfonctionnement sérieux d'un organe ou d'une partie du corps ;
 - il peut s'agir d'une femme enceinte qui a des contractions, et il ne reste plus suffisamment de temps pour la transférer vers un autre hôpital et la faire accoucher ; ou son transfert est susceptible de menacer sa santé et sa sécurité, ou celles de son enfant à naître.

Garant : Personne financièrement responsable d'une facture d'un patient. Dans le cas d'une personne adulte ou mineure émancipée, le/la patient(e) sera son/sa propre garant(e). En règle générale, les enfants âgés de moins de 18 ans ne sont pas considérés comme garants. Tous les services dispensés à une personne mineure seront facturés au parent gardien ou au tuteur légal, sauf s'il s'agit d'une personne mineure émancipée.

Nécessaire du point de vue médical : Services de soins de santé qu'un prestataire, faisant preuve d'un jugement clinique prudent, fournirait à un patient dans le but de prévenir, d'évaluer, de diagnostiquer ou de traiter une affection, une blessure, une maladie ou ses symptômes, et qui sont :

- Conformes aux normes de pratique médicale généralement reconnues.
 - À ces fins, le terme « normes de pratique médicale généralement reconnues » désigne des normes qui sont fondées sur une preuve scientifique digne de foi publiée dans une revue médicale révisée par des pairs, généralement reconnues par la communauté médicale pertinente ou sinon cohérentes avec les normes énoncées dans les questions impliquant un jugement clinique.
- Appropriés sur le plan clinique, en matière de type, de fréquence, d'étendue, de site et de durée, et considérés comme étant efficaces pour l'affection, la blessure ou la maladie du patient.
- Non essentiellement destinés au confort du patient, du médecin ou d'un autre prestataire de soins de santé, et pas plus onéreux qu'un autre service ou une série de services au moins aussi susceptibles de produire des résultats thérapeutiques ou de diagnostic équivalents au diagnostic ou au traitement de l'affection, de la blessure ou de la maladie de ce patient.
- Les services, éléments ou interventions considérés comme servant un objectif de recherche ou d'expérimentation seront examinés au cas par cas.

Services ou interventions expérimentaux ou non pris en charge : services ou interventions jugés comme suit :

- Services ou interventions de recherche ou d'expérimentation : services, interventions ou médicaments n'ayant pas été approuvés pour un usage général mais faisant l'objet d'essais cliniques afin de rechercher leur sécurité et leur efficacité. Les services, interventions ou médicaments servant un objectif de recherche ou d'expérimentation sont destinés à être utilisés pour le diagnostic des maladies et autres affections, ou dans un but de guérison, d'atténuation, de traitement et de prévention.
 - Les protocoles de traitement étant développés dans le cadre des services de recherche et d'expérimentation, le Service du cycle des revenus du PSH travaillera de concert avec la communauté débitrice pour en justifier la nécessité du point de vue médical.
- Services ou interventions non pris en charge : services ou interventions médicales non pris en charge par le régime d'assurance du patient.

Obligations du patient : Tout solde dû pour lequel la partie financièrement responsable est le patient ou le garant du patient (pas un tiers payeur).

- Soins différés : le PSH peut ajourner les services d'urgence non extrême ou les interventions sur les patients qui refusent à plusieurs reprises de fournir des efforts raisonnables pour s'acquitter des soins administrés, à l'exception des soins dispensés dans le cadre de la politique EMTALA.

Services de soins primaires ou spécialisés : Services ou interventions à l'intention des patients qui se rendent à l'hôpital pour obtenir des soins médicaux sans urgence ou urgence extrême, ou des soins supplémentaires suite à la stabilisation d'un état de santé ou d'une affection urgente. Les services de soins primaires ou spécialisés sur rendez-vous sont des services de soins primaires ou des interventions médicales prévues.

Soins d'urgence : Soins dispensés à un patient dont l'affection ne menace pas son pronostic vital ni l'intégrité d'un de ses membres ; n'est pas susceptible d'engendrer des lésions irréversibles, mais requiert des soins et traitements rapides, tels que définis par les Centres de services Medicare et Medicaid (CMS), à administrer sous 12 heures afin d'éviter les conséquences suivantes :

- atteinte grave à la santé du patient, atteinte aux fonctions physiologiques ou dysfonctionnement sérieux ;
- apparition fort probable d'une maladie ou blessure nécessitant des services d'urgence, tels que définis dans le présent document.

DÉCLARATION CONCERNANT LA POLITIQUE ET/OU LA PROCÉDURE

Le PSH réclamera systématiquement le paiement sur les comptes du patient, quel que soit la race, la langue maternelle, le sexe, l'âge, la religion, l'éducation, l'emploi, le statut d'étudiant, la disposition, la relation, la couverture d'assurance, la position sociale, ou tout autre facteur de différenciation discriminatoire.

Tous les patients/garants obtiendront un délai raisonnable et les informations nécessaires pour comprendre leurs obligations financières. Dans les situations d'urgence non extrême, le PSH s'efforcera de notifier les patients/garants de leurs obligations financières avant la dispense du service. Le PSH peut ajourner voire annuler les soins d'urgence non extrême (selon l'avis du personnel médical du PSH) pour tout patient n'étant pas en mesure ou disposé à s'acquitter de ses obligations financières avant la dispense d'un service ajournable. Les patients pourront demander une aide financière conformément à la **Politique d'aide financière PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.

L'acquittement des obligations financières implique la coopération du patient à l'égard de toutes les procédures nécessaires pour garantir un continuum financier sans exception y compris, mais sans s'y limiter :

- la fourniture d'une attestation d'assurance ;
- la communication d'informations démographiques correctes ;
- le paiement de tous les frais remboursables (quotes-parts, coassurances, franchises et frais non pris en charge) ;
- la coopération avec les conseillers financiers du PSH pour obtenir des prestations ou une aide financière de tiers ;
- le règlement des soldes impayés concernant des services de soins précédemment administrés par le PSH.

L'omission de fournir au PSH les informations nécessaires à l'acquittement des obligations financières peut donner lieu au renvoi du compte du patient vers une agence de recouvrement afin de poursuivre les tentatives de perception.

Facturation de la compagnie d'assurance :

La couverture d'assurance médicale du patient constitue un contrat entre le patient, la compagnie d'assurance ou l'employeur du patient. Le Penn State Health n'est pas partie à ce contrat. Les patients sont tenus de :

- savoir s'il est nécessaire d'obtenir une convocation pour les visites au bureau ;
- vérifier auprès de leur compagnie d'assurance si les examens prescrits sont pris en charge par leur contrat de couverture médicale ;
- prendre contact avec la compagnie d'assurance pour déterminer l'échéancier de paiement des prestations et si un copaiement ou une franchise s'appliquent ;
- arriver à l'heure aux rendez-vous munis des documents appropriés ;
- coopérer avec notre bureau administratif pour contester une décision défavorable.

Après dispense des soins, toutes les mesures raisonnables seront prises pour traiter la demande d'indemnité du patient par l'entremise de sa compagnie d'assurance ou du tiers payeur (en fonction des informations communiquées ou vérifiées par le patient/garant ou dûment vérifiées par d'autres sources) en temps opportun.

- En cas de refus (ou non-traitement) d'une demande d'indemnité légitime par le payeur à cause d'une erreur attribuable au PSH, le PSH ne facturera pas au patient un montant supérieur à ce qu'il aurait dû payer si le payeur avait pris en charge la demande.
- En cas de refus (ou non-traitement) d'une demande d'indemnité légitime par un payeur à cause de facteurs échappant au contrôle du PSH, le personnel assurera le suivi auprès du payeur et du patient, s'il y a lieu, afin de régler la demande d'indemnité.
- Si la demande d'indemnité n'est toujours pas réglée malgré la prise de dispositions de suivi raisonnables, le PSH peut facturer le patient ou prendre d'autres mesures conformément au contrat avec le payeur.

Facturation des patients :

Tout solde restant après l'arbitrage d'une demande d'indemnité auprès du payeur sera facturé au patient (ou garant) en fonction des justificatifs fournis concernant les indemnités.

Dans l'absence de tiers payeur ou d'assureur, les patients seront facturés directement. Dans ce cas, ils seront considérés comme des patients autopayants. Le PSH ne facturera pas aux personnes admissibles ou non à la politique d'aide financière plus que les montants facturés généralement (Amounts Generally Billed, AGB) pour des soins d'urgence ou d'autres soins nécessaires d'un point de vue médical.

Les patients autopayants obtiendront des informations sur la politique d'aide financière du PSH. Se reporter à la **Politique d'aide financière - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.

- Le PSH attend de tous ses patients/garants qu'ils prennent de bonne foi toutes les dispositions raisonnables pour régler les services qui leur sont dispensés.
- En outre, le patient/garant est tenu de communiquer au PSH des informations démographiques complètes et exactes. Tout manquement à cette obligation peut donner lieu à des mesures de recouvrement extraordinaires.

Les lignes directrices relatives aux attentes à l'égard du patient sont énoncées ci-dessous.

Obligations financières des patients concernant les services de soins de santé sur rendez-vous :

- Lors de l'établissement du calendrier de soins ou de l'inscription d'un patient, s'il est déterminé que ce dernier ne dispose pas d'une assurance médicale ou ne bénéficie que d'avantages limités, il sera alors orienté vers un conseiller financier.
 - Les conseillers financiers fourniront une estimation des coûts à tous les patients sur demande.
 - Si un patient déclare ne pas être en mesure de payer le coût estimé, les conseillers financiers peuvent alors procéder à une évaluation préalable de son admissibilité aux programmes ou aides financières du gouvernement.
 - Les personnes admissibles aux programmes ou aides financières du gouvernement obtiendront des informations sur la façon d'en faire la demande.
 - Elles sont tenues de communiquer au PSH les informations financières requises sur la demande.
 - Tous les patients demandeurs d'une aide financière auprès du PSH devront fournir toutes les informations nécessaires pour vérifier leur insolvabilité.

- Les services non nécessaires du point de vue médical peuvent être ajournés voire annulés si les patients se montrent non coopératifs ou non disposés à aider le PSH en fournissant les informations nécessaires pour vérifier leur solvabilité ou leur besoin d'aide financière.
 - La nécessité du point de vue médical sera déterminée par les prestataires et le personnel médical du PSH. Veuillez vous reporter à la définition de l'expression « nécessaire du point de vue médical » dans la section consacrée aux définitions du présent document.
 - Les conseillers financiers prendront contact avec les prestataires pour leur demander de fournir des informations complémentaires relatives à l'affection du patient et à la nécessité d'une attention médicale immédiate. Seuls les services jugés non nécessaires du point de vue médical seront ajournés ou annulés, selon l'avis du personnel médical du PSH. Se reporter à la [Procédure d'évaluation des risques financiers](#).
 - Le PSH continuera de dispenser des services nécessaires du point de vue médical à condition que les conseillers financiers travaillent de concert avec les patients pour les aider à satisfaire aux obligations financières.
- Si une personne ne remplit pas les critères d'admissibilité aux programmes et aides financières du gouvernement, il lui sera proposé d'établir un échéancier de paiement mensuel.
- L'omission de fournir les informations nécessaires à l'établissement d'un échéancier de paiement mensuel peut donner lieu au renvoi du compte de la personne concernée vers une agence de recouvrement externe afin de percevoir les sommes impayées.
- Patients résidants à l'étranger : la politique du Penn State Health exige que tout solde impayé soit recouvré au moment où le service est dispensé et ce, pour tous les patients assurés à l'étranger qui se sont présentés dans un établissement de soins non impératifs. Les associés chargés de gérer les patients dans les établissements de soins non impératifs sont tenus de recueillir toutes les informations pertinentes permettant de facturer les services dispensés.

Toute somme due par une personne garante ou autopayante lui sera facturée après la dispense des services. Les lignes directrices suivantes s'appliquent à ce processus de facturation.

Relevés de facturation

- Un relevé des services dispensés par un hôpital ou un médecin est envoyé au patient/garant selon un minimum de quatre cycles différentiels de facturation de 30 jours.
- Tous les patients/garants peuvent demander un relevé détaillé de leur compte à tout moment.
- Dans le cas où un patient conteste son compte et demande des documents relatifs à la facture, le personnel donnera suite à la demande du patient/garant en temps opportun, et maintiendra le compte en attente pendant au moins 30 jours avant de le renvoyer pour recouvrement.
- Le personnel préposé à la gestion du cycle des revenus ou des prestataires extérieurs peuvent tenter de joindre le patient/garant (par téléphone, courrier postal, lettre de recouvrement ou courrier électronique) pendant le cycle de facturation dans le but de recouvrer des sommes impayées ou de rechercher une coopération financière. Les tentatives de recouvrement sont enregistrées sur le compte du patient et dans le système de facturation. Tous les efforts raisonnables seront déployés pour prendre contact avec le patient/garant concernant son solde impayé.
- Le message du dernier relevé de facturation indiquera que le compte peut être renvoyé vers une agence de recouvrement externe si le solde n'est pas payé dans les 30 jours à compter de la date de la lettre.
- Les patients/garants qui coopèrent activement avec les services financiers du PSH ou de ses prestataires, tel que déterminé par le PSH, pour obtenir une aide financière ne seront pas renvoyés vers une agence de recouvrement.

- Ces patients/garants continueront de recevoir leurs relevés de facturation et de coopérer activement avec les services financiers du PSH ou de ses prestataires tout au long du processus de demande d'aide financière.
- Le PSH se conforme aux exigences de facturation et de recouvrement de l'article 501(r) du Code de l'IRS.

Les patients/garants sont tenus d'agir de bonne foi et de faire tout leur possible pour régler les services qui leur sont dispensés au PSH. Les patients qui ne souhaitent pas demander une aide du gouvernement, qui ne sont pas admissibles à une aide financière, ou qui dépassent les seuils de revenus exigés mais qui ont toutefois besoin d'une aide financière pour payer les services reçus, peuvent demander l'établissement d'un échéancier de paiement. Les lignes directrices suivantes décrivent comment établir un échéancier de paiement.

Échéanciers de paiement

- Le PSH peut proposer l'établissement d'un échéancier de paiement aux patients/garants n'étant pas en mesure de payer l'intégralité de leurs factures ou n'étant pas admissibles à une aide financière.
- L'échéancier de paiement est établi en fonction du montant dû, et doit être échelonné sur une période de temps raisonnable telle que déterminée par la direction du PSH (à savoir de 6 à 24 mois) ; se reporter aux Lignes directrices relatives aux échéanciers de paiement.
- Toute personne n'ayant pas officiellement établi d'échéancier de paiement avec le PSH peut se voir renvoyer vers une agence de recouvrement.
- Chaque personne est tenue de respecter l'échéancier de paiement mensuel.
- Un compte est considéré en souffrance dès lors qu'un patient/garant omet de payer le montant mensuel convenu sous 30 jours à compter de la date du relevé. Les comptes en souffrance peuvent être renvoyés vers une agence de recouvrement externe afin de poursuivre les tentatives de perception.
- Si un patient/garant considère comme probable l'omission d'un paiement, ou se trouve confronté à un changement de revenus, il/elle peut demander une aide financière ; se reporter à la **Politique d'aide financière - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
- En l'absence d'efforts raisonnables de la part d'un patient/garant pour payer une facture en souffrance, le PSH peut poursuivre les tentatives de recouvrement des soldes impayés. La non-communication des informations nécessaires à la demande d'aide financière ou à l'établissement d'un échéancier de paiement tel que décrit ci-dessus, peut, par exemple, être considérée comme un manque d'efforts raisonnables. Les lignes directrices suivantes décrivent comment mettre en œuvre des mesures de recouvrement extraordinaires.

Mesures de recouvrement extraordinaires

- **Agences de recouvrement externes** – Il n'est pas du ressort du Service du cycle des revenus du PSH de renvoyer des comptes pour recouvrement externe ni d'engager de tentative à cet effet avant d'avoir déployé des efforts raisonnables pour déterminer si le patient en question est admissible à une aide financière.
 - Règle des 120/240 jours – Période de 120 jours pendant laquelle un établissement hospitalier doit informer une personne au sujet de la politique d'aide financière, et période de 240 jours pendant laquelle un établissement hospitalier doit traiter une demande transmise par la personne. Le PSH informera les patients/garants concernés au cours d'une période de notification qui prendra fin 120 jours après la date du premier relevé de facturation. L'établissement hospitalier ne peut pas tenter de mesures de recouvrement extraordinaires à l'encontre d'une personne dont l'admissibilité au programme d'aide financière n'a pas fait l'objet d'une décision avant 120 jours après le premier relevé postérieur à la sortie de l'hôpital.
 - Les comptes seront régularisés lors de leur renvoi vers une agence de recouvrement.

- Le PSH suspendra les éventuelles mesures de recouvrement extraordinaires prises à l'encontre d'un patient dès lors que ce dernier aura soumis une demande d'aide financière, que cette demande soit complète ou non.
- Le PSH se conforme aux exigences de facturation et de recouvrement de l'article 501(r) du Code de l'IRS.
- **Agences d'évaluation du crédit** : Les agences de recouvrement externes peuvent signaler les comptes en souffrance aux agences d'évaluation du crédit. Le PSH et les agences de recouvrement externe exécuteront leurs activités de perception conformément à la loi Fair Debt Collection Practices Act, la loi fédérale Trade Commission Telephone Consumer Protection Act et les réglementations 501(r).
- **Adresse patient/garant erronée (Bad Guarantor Address, BGA)** : Le PSH déploiera des efforts raisonnables pour traiter tous les relevés qui, n'ayant pas pu être livrés, ont été retournés par le Service postal des États-Unis (United States Post Office, USPS). Avant d'être déclarés en souffrance, les comptes dont les informations démographiques les plus récentes contiennent une indication BGA peuvent être renvoyés vers une agence de recouvrement externe en tant que comptes douteux en vue de les soumettre à un suivi supplémentaire d'un minimum de 120 jours. Toutefois, ces comptes ne feront pas l'objet de mesures de recouvrement externes tant que les conditions de notification ne seront pas remplies. La présente politique vise la conformité avec les réglementations 501(r).
- **Recours devant le procureur** : Dans certains cas, en fonction du montant du solde impayé, de la solvabilité ou des habitudes de non-paiement du garant ou tiers payeur, le PSH peut engager des poursuites judiciaires en vue de recouvrer les soldes impayés.
 - Les comptes identifiés pour faire l'objet de poursuites judiciaires doivent être distingués des comptes douteux renvoyés à une agence de recouvrement.
 - Le PSH transmettra un avis écrit à tous les patients susceptibles de faire l'objet de poursuites judiciaires.
 - Tous les comptes recommandés pour faire l'objet d'une procédure judiciaire seront examinés et évalués sous 30 jours. Ces comptes conserveront le statut A/R actif tout au long de cette période d'évaluation. Une fois approuvés pour être transférés à l'agence juridique, ils seront alors classifiés comme douteux.
 - Si le tribunal rend un avis de jugement/privilège, les régularisations appropriées seront effectuées telles que spécifiées dans l'avis, les comptes seront documentés et l'avis sera déposé.
 - Le PSH suspendra les éventuelles mesures de recouvrement extraordinaires prises à l'encontre d'un patient dès lors que ce dernier aura soumis une demande d'aide financière, que cette demande soit complète ou non.
 - Le PSH se conforme aux exigences de facturation et de recouvrement de l'article 501(r) du Code de l'IRS.
- **Cessation de la relation médecin/patient** : Le PSH peut mettre fin à toute relation entre un médecin et son patient si ce dernier est coupable d'un défaut de paiement des soins dispensés. **Les patients qui reçoivent des soins nécessaires d'un point de vue médical ou des soins de première urgence ne seront pas renvoyés chez eux.** Dans un tel cas, le directeur médical, le responsable et le médecin doivent tous convenir de la façon de mettre fin aux soins et dans quelle mesure.
 - Parmi les défauts de paiement figurent, entre autres :
 - le non-paiement ou le paiement nettement insuffisant des factures, malgré la capacité du patient à s'acquitter du paiement ; dans ce cas, il convient d'aider les patients à obtenir une aide financière ou, lorsque cela est possible, d'établir un échéancier de paiement raisonnable ; se reporter à la **Politique d'aide financière - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)** ;
 - tout refus de coopérer avec le personnel chargé de la gestion du cycle des revenus pour s'inscrire aux programmes de tiers payeurs applicables et bénéficier d'une aide financière.

- **Rapport sur les coûts Medicare remboursables - Créances irrécouvrables** : Les lignes directrices et réglementations énoncées dans les exigences réglementaires CMS relatives aux créances Medicare irrécouvrables seront respectées.

DOCUMENTS ET REFERENCES CONNEXES

La présente politique du PSH vise la conformité aux lignes directrices et réglementations énoncées dans le Registre fédéral, Article 501(r) et dans les exigences réglementaires CMS relatives aux créances Medicare irrécouvrables.

Politique d'aide financière - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC).

Politique de congédiement des patients (135-MGM)

Procédure d'évaluation des risques financiers

Lignes directrices relatives aux échéanciers de paiement

APPROBATIONS

	Nom	Titre	Date
Autorisé par :	Paula Tinch	Première vice-présidente et directrice financière	01/01/2020
Approuvé par :	Dan Angel	Vice-président des opérations du cycle des revenus	01/01/2020

DATES DE CRÉATION ET DE RÉVISION

Date de création : 01/01/2008

Date(s) de révision : 05/01/2008, 01/01/2009, 01/07/2009, 02/2010, 05/2017

Révisé le : 05/01/2008, 10/06/11 et 01/07/2016 (Remplace : Procédure de recouvrement des soldes imputés aux patients, 06/10)

2017 Transitoire à la Politique combinée du Penn State Health – Les politiques St. Joseph suivantes ont été intégrées dans la politique du Penn State Health :

- ADM-CRP-64 – Politique de crédit et de recouvrement des comptes patients
 - 1-10 – Recouvrements
 - Administration N°16 - Recouvrements
- 1-3 Recouvrement des créances douteuses des patients
- 1-4 Règlement des créances douteuses/autosolvabilité
- 2-8 Renvoi des comptes vers les services juridiques
- 3-2 Jugement/privilèges
- Services professionnels St. Joseph - Politique relative aux créances douteuses
- Services professionnels St. Joseph – Gestion des patients résidant à l'étranger
- Services professionnels St. Joseph – Accord financier relatif aux interventions chirurgicales
- CPMG – Recouvrements et autopaiement

EXAMINATEURS ET CONTRIBUTEURS DE CONTENU

Directeurs principaux du cycle des revenus ; responsable des conseils financiers pour l'accès des patients