



Politique de crédit et de recouvrement pour les patients	RC-002
Cycle des revenus (Revenue Cycle) de Penn State Health	Date d'entrée en vigueur : novembre 2023

CHAMP D'APPLICATION ET OBJECTIF *Le document s'applique aux personnes et aux processus des entités suivantes de Penn State Health (PSH) :*

<input checked="" type="checkbox"/>	Services partagés Penn State Health	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input checked="" type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Groupe médical – Département de pratique académique (Academic Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Groupe médical – Département de pratique communautaire (Community Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input checked="" type="checkbox"/>	Hampden Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Pennsylvania Psychiatric Institute – à partir de 12/23
<input checked="" type="checkbox"/>	Lancaster Medical Center		

DÉCLARATION CONCERNANT LA POLITIQUE

La politique vise à fournir des directives claires et cohérentes pour mener à bien les fonctions de facturation, de recouvrement et d'encaissement d'une manière qui favorise la conformité, la satisfaction des patients et l'efficacité. Par le biais des relevés de facturation, de la correspondance écrite et des appels téléphoniques, le service du cycle des revenus de Penn State Health (PSH) s'efforcera d'informer les patients/garants de leurs responsabilités financières et des options d'aide financière disponibles, mais aussi d'assurer le suivi des patients/garants concernant les comptes impayés, tout en garantissant la transparence au cours du continuum financier des soins. Cette politique est conforme aux exigences de la section 501(r) du code des recettes internes et de la loi « sans surprise » (No Surprises Act) incluse dans la loi consolidée d'appropriation (Appropriation Consolidated Act) de 2021.

La politique s'applique au personnel chargé de l'admission et de la facturation, ainsi qu'aux conseillers financiers.

DÉFINITIONS

Date de service (Date of Service, DOS) :

- DOS pour les patients hospitalisés : date à laquelle le patient sort de l'hôpital.
- DOS pour les patients en consultation externe/en ambulatoire : date à laquelle la procédure est effectuée ou le patient reçoit des soins médicaux.

Facturation du solde – facturation surprise : conformément à la législation fédérale, la loi « sans surprise », Penn State Health s'engage à protéger les patients contre les factures surprises qui leur seraient adressées si l'établissement ou le prestataire de soins de Penn State Health leur ayant prodigué des soins ne faisait pas partie du réseau de leur régime de santé. Le fait qu'un prestataire ou un établissement hors réseau facture aux patients la différence entre ce que leur régime de santé a accepté de payer et le montant total facturé par le prestataire ou l'établissement hors réseau pour une prestation est appelé « facturation du solde ». Les « factures surprises » sont des factures de solde non prévues. La loi « sans surprise » protège les patients contre une hausse de la facture lorsqu'ils reçoivent des soins d'urgence d'un prestataire ou d'un établissement hors

réseau, ou lorsqu'un prestataire hors réseau traite le patient dans un hôpital du réseau. Si un établissement ou un prestataire de Penn State Health est hors réseau, Penn State Health ne facturera pas le solde des services d'urgence ou des services postérieurs à la stabilisation qui sont couverts.

Garant : personne qui est financièrement responsable de la facture d'un patient. Dans le cas d'un adulte ou d'un mineur émancipé, le patient est généralement son propre garant. Les enfants de moins de 18 ans ne figurent généralement pas sur la liste des garants. Toutes les prestations fournies à un mineur seront facturées au parent qui en a la garde ou au tuteur légal, à moins que le mineur ne soit émancipé.

Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB) : l'AGB, ou limite des frais bruts, est calculé par PSH à l'aide d'une méthodologie de retraçage conformément au règlement final 501R de l'administration fiscale (Internal Revenue Service, IRS) des États-Unis. PSH adopte cette méthodologie pour calculer le montant moyen de toutes les demandes de remboursement réglées par les compagnies d'assurance maladie privées et Medicare. Nous ne facturerons pas aux personnes admissibles davantage que les montants généralement facturés pour les seuls soins d'urgence ou nécessaires du point de vue médical. PSH mettra à la disposition des patients qui le demandent un exemplaire écrit gratuit du calcul de l'AGB actuel. Il ne faut pas confondre l'AGB avec la réduction pour soins caritatifs (aide financière), qui s'applique à 100 % si le programme d'aide financière (Financial Assistance Program, FAP) est approuvé pour la personne concernée.

Nécessaires du point de vue médical : désigne les prestations de soins de santé qu'un prestataire de soins, 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 des symptômes, et qui sont :

- conformes aux normes généralement reconnues des pratiques médicales ;
 - À ces fins, « normes généralement reconnues de pratique médicale » désigne des normes qui sont fondées sur une preuve scientifique digne de foi publiée dans une revue médicale examinée par des pairs, généralement reconnues par la communauté médicale pertinente ou autrement cohérentes avec les normes énoncées dans les questions de politique nécessitant un jugement clinique.
- appropriées sur le plan clinique, en matière de type, de fréquence, d'ampleur, de site et de durée, et considérées comme étant efficaces pour l'affection, la blessure ou la maladie du patient ;
- non conçues essentiellement pour le confort du patient, du médecin ou d'un autre prestataire de soins de santé, et pas plus onéreux qu'une autre prestation ou une série de prestations 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 ;
- des prestations, éléments ou interventions considérés comme visant un objectif de recherche ou d'expérimentation à examiner au cas par cas.

Placement dans un organisme : les organismes de recouvrement externes sont chargés de recouvrer les comptes en situation de créance irrécouvrable. Lorsqu'un compte est en situation de créance irrécouvrable, il n'est pas considéré comme étant irrécouvrable tant que neuf mois

d'activité de recouvrement infructueuse auprès d'un organisme de recouvrement primaire ou secondaire ne se sont pas écoulés.

Prestations de soins primaires ou spécialisés : prestations ou procédures fournies aux patients qui arrivent à l'hôpital pour recevoir des soins médicaux non urgents ou qui ne sont pas d'extrême urgence, ou encore pour recevoir des soins supplémentaires après une stabilisation ou un état médical d'urgence. Les prestations de soins primaires ou spécialisées programmées sont soit des prestations de soins primaires, soit des procédures médicales préalablement programmées.

Prestations ou procédures non couvertes ou expérimentales : prestations ou procédures considérées comme suit :

- Prestations ou procédures expérimentales/en cours d'étude : prestations médicales, procédures ou médicaments qui n'ont pas été approuvés pour un usage général, mais qui font l'objet d'essais cliniques pour en vérifier la sécurité et l'efficacité. Les prestations, les procédures ou les médicaments expérimentaux et de recherche sont destinés à être utilisés pour le diagnostic de maladies ou d'autres états, ou pour la guérison, le soulagement, le traitement ou la prévention de maladies.
 - Au fur et à mesure que les protocoles de traitement sont développés pour les prestations expérimentales et de recherche, le service du cycle des recettes de PSH collaborera avec la communauté des payeurs pour expliquer la nécessité médicale.
- Prestations ou procédures non couvertes : prestations ou procédures médicales qui ne sont pas couvertes par le régime d'assurance du patient.

Problème médical urgent : état pathologique se manifestant par des symptômes aigus d'une gravité suffisante (y compris une douleur intense) pour qu'un profane prudent, disposant d'une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, puisse raisonnablement s'attendre à ce que l'absence de soins médicaux immédiats mette gravement en danger la santé de la personne (ou, dans le cas d'une femme enceinte, sa santé ou celle de son enfant à naître) ou entraîne une altération grave des fonctions corporelles, voire un dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps.

Relevé de facturation ou relevé : facture pour des prestations fournies. Il peut s'agir d'un résumé de l'activité ou d'une facture détaillée, énumérant chaque dépense sur le compte d'un patient.

Responsabilité du patient : tout solde dû lorsque la partie financièrement responsable est le patient ou son garant (et non un tiers payeur).

- Retard des soins : PSH peut retarder les prestations ou les procédures autres que d'extrême urgence pour les patients qui refusent de manière répétée de prendre des mesures raisonnables pour assumer la responsabilité des soins fournis, les soins prodigués dans le cadre de la politique relative à la loi sur le traitement médical d'urgence et le travail actif (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA] étant exclus.

Services de diagnostic : services ou procédures utilisés pour déterminer la cause d'une maladie ou d'un trouble. Les soins médicaux de diagnostic consistent à traiter ou à diagnostiquer un problème de santé dont souffre un patient en surveillant un problème existant, en examinant de nouveaux symptômes ou en faisant le suivi de résultats de tests 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 procédures non urgents : services ou procédures qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical, selon la décision du personnel médical de PSH.

Soins d'urgence (Emergent Care) : soins dispensés à un patient présentant une affection urgente, définie comme suit :

- affection se manifestant par des symptômes suffisamment graves (tels que des douleurs intenses, troubles psychiatriques ou symptômes de toxicomanie, ou autres) pour que l'absence d'attention médicale immédiate puisse raisonnablement laisser prévoir l'une 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 ;
 - grave dysfonctionnement d'un organe ou d'une partie du corps ;
 - dans le cas d'une femme enceinte qui a des contractions, s'il ne reste plus suffisamment de temps pour la transférer vers un autre hôpital avant l'accouchement, ou si le transfert est susceptible de menacer sa santé et sa sécurité, ou celles de son enfant à naître.

Soins d'urgence (Urgent Care) : soins dispensés à un patient dont l'état de santé ne met pas sa vie ou ses membres en danger ou n'est pas susceptible de causer des dommages permanents, mais qui nécessite des soins et un traitement rapides, tels que définis par les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), dans un délai de 12 heures, afin d'éviter :

- de mettre gravement en danger la santé du patient ou d'éviter une déficience ou un dysfonctionnement grave ; ou
- l'apparition probable d'une maladie ou d'une blessure nécessitant des prestations d'extrême urgence, tels que définis dans le présent document.

DÉCLARATIONS CONCERNANT LA POLITIQUE ET LA PROCÉDURE

PSH poursuivra de manière cohérente le paiement des comptes des patients, indépendamment de la race, de la langue maternelle, du sexe, de l'âge, de la religion, de l'éducation, de l'emploi, du statut d'étudiant, de la disposition, de la relation, de la couverture d'assurance, de la position dans la communauté ou de tout autre facteur de différenciation discriminatoire.

Chaque patient/garant disposera d'un délai et de communications raisonnables pour comprendre sa responsabilité financière. PSH s'efforcera d'informer les patients/garants de leur responsabilité financière avant la prestation de services dans les situations qui ne sont pas d'extrême urgence. PSH peut reporter ou annuler des soins qui ne sont pas d'extrême urgence (selon la décision du personnel médical de PSH) pour tout patient qui ne peut pas ou ne veut pas être financièrement apuré avant un service non urgent. Les patients auront la possibilité de demander une aide financière conformément aux **Politiques d'aide financière – PFS-051/PFS-053**.

L'apurement financier est défini comme la coopération et l'achèvement de tous les processus nécessaires pour assurer un continuum financier sans exception, y compris, mais sans s'y limiter, les éléments suivants :

- une preuve d'assurance ;
- des informations démographiques correctes ;

- le paiement de tous les frais remboursables applicables (c'est-à-dire la quote-part, la coassurance, les franchises et les frais non couverts) ;
- travailler avec les conseillers financiers de PSH pour obtenir des prestations de tiers ou une aide financière ;
- résoudre les soldes impayés des patients pour les prestations de soins de santé antérieures de PSH.

Le fait de ne pas fournir les informations nécessaires à l'apurement financier à PSH peut entraîner que le compte de la personne soit transféré à un organisme de recouvrement externe pour la poursuite du recouvrement des soldes.

Facturation de l'assurance :

La couverture d'assurance médicale du patient constitue un contrat entre le patient, la compagnie d'assurance ou l'employeur du patient. Penn State Health ne fait pas partie de ce contrat. PSH se conforme, le cas échéant, à la loi « sans surprise ».

Les patients sont responsables de :

- savoir s'ils doivent être orientés par rapport aux consultations au cabinet ;
- vérifier auprès de leur compagnie d'assurance si les tests prescrits sont couverts par leur police d'assurance médicale ;
- contacter leur compagnie d'assurance pour connaître le barème des prestations et savoir si une quote-part ou une franchise s'applique ;
- recevoir ou signer l'avis de facturation sans surprise et le formulaire de consentement ;
- se présenter aux rendez-vous avec les documents nécessaires ;
- collaborer avec notre bureau d'affaires pour faire appel des décisions défavorables.

Après la prestation des soins, tous les efforts raisonnables seront déployés pour traiter la demande de remboursement du patient auprès de son assurance ou d'un tiers payeur (sur la base des informations fournies ou vérifiées par le patient/garant, ou vérifiées de manière appropriée à partir d'autres sources) dans les délais impartis.

- Si une demande par ailleurs valable est refusée (ou n'est pas traitée) par le payeur en raison d'une erreur de PSH, PSH ne facturera pas au patient un montant supérieur à celui que le patient aurait dû payer si le payeur avait payé la demande.
- Si une demande par ailleurs valable est refusée (ou n'est pas traitée) par un payeur en raison de facteurs indépendants de la volonté de PSH, le personnel assurera le suivi avec le payeur et le patient, le cas échéant, afin de faciliter la résolution de la demande.
- Si le problème n'est pas résolu après des efforts raisonnables de suivi, PSH peut facturer le patient ou prendre d'autres mesures conformes aux contrats conclus avec le payeur.
- Si le médecin d'un patient (i) n'est pas d'accord avec le refus du payeur de couvrir les prestations pour absence de nécessité médicale ; (ii) documente les raisons pour lesquelles les prestations sont nécessaires du point de vue médical dans le dossier du patient, et (iii) a épuisé les tentatives administratives d'autorisation préalable (le cas échéant) auprès du payeur, PSH peut offrir au patient une réduction pour auto-paiement égale à la réduction de l'AGB pour les prestations ou les procédures non couvertes.

Facturation des patients :

Tout solde après le règlement d'une demande d'assurance auprès du payeur sera facturé au patient (ou au garant) sur la base de l'explication des prestations.

En l'absence de tiers payant ou d'assurance, les patients seront facturés directement. Ces patients seront considérés comme étant des patients payant eux-mêmes. PSH ne facture pas les montants aux personnes admissibles ou non à la FAP plus que les montants généralement facturés (AGB) pour les soins d'urgence ou d'autres soins nécessaires d'un point de vue médical.

Les patients qui paient eux-mêmes recevront des informations sur la politique d'aide financière de PSH. Voir **Politiques d'aide financière – PFS-051/PFS-053**.

- PSH s'attend à ce que tous les garants/patients déploient tous les efforts raisonnables et de bonne foi pour payer les prestations fournies par PSH.
- En outre, il incombe au garant/patient de fournir à PSH des informations démographiques complètes et correctes. Le non-respect de cette obligation peut entraîner le recours à des mesures de recouvrement extraordinaires.

Les directives concernant les attentes du patient sont décrites ci-dessous.

Responsabilité financière du patient pour les prestations de santé programmées :

- S'il est établi, lors de la prise de rendez-vous ou de l'admission, que le patient n'a pas d'assurance maladie ou que ses prestations sont limitées, il sera orienté vers un conseiller financier.
 - Les conseillers financiers fourniront des estimations de prix à tous les patients qui en feront la demande.
 - Si un patient indique qu'il ne peut pas payer l'estimation du reste à sa charge, les conseillers financiers peuvent présélectionner le patient/garant pour déterminer si la personne est admissible aux programmes gouvernementaux ou à une aide financière.
 - Les personnes jugées admissibles aux programmes gouvernementaux ou à une aide financière se verront proposer des options sur la manière de déposer leur demande.
 - Il incombe à l'intéressé de fournir à PSH les informations financières nécessaires dans le formulaire de demande.
 - Tous les patients demandant une aide financière à PSH devront fournir toutes les informations nécessaires pour établir leur incapacité à payer.
 - Les prestations qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical peuvent être reportées ou annulées pour les patients qui ne coopèrent pas ou qui ne sont pas en mesure d'aider PSH en fournissant les informations nécessaires permettant d'établir leur capacité à payer ou leur besoin d'aide financière.
 - La nécessité médicale sera déterminée par le prestataire de PSH et le personnel médical. Veuillez vous référer à la définition de ce qui est nécessaire du point de vue médical dans la section « Définitions » de ce document.
 - Les conseillers financiers contacteront les prestataires et leur demanderont de fournir des informations supplémentaires concernant l'état de santé du patient et la nécessité d'une prise en charge immédiate. Seuls les services jugés non médicalement nécessaires seront reportés ou annulés, selon le personnel médical de PSH (voir la Procédure de risque financier).
 - PSH continuera à fournir les prestations nécessaires du point de vue médical pendant que les conseillers financiers collaborent de manière proactive avec le patient pour répondre à ses obligations financières.

- Si une personne ne répond pas aux conditions requises pour bénéficier de programmes gouvernementaux ou d'une aide financière, elle peut opter pour un plan de paiement mensuel.
- Le fait de ne pas fournir les informations nécessaires ou de ne pas établir un plan de paiement mensuel peut entraîner le transfert du compte de la personne à un organisme de recouvrement externe pour la poursuite du recouvrement des soldes.
- Patients ayant une adresse à l'étranger : la politique de Penn State Health consiste à recouvrer les soldes impayés au moment de la prestation pour tous les patients ayant une assurance étrangère et examinés dans un établissement autre qu'un établissement de soins aigus. Les employés qui gèrent les patients dans les établissements de soins aigus doivent recueillir toutes les informations pertinentes pour pouvoir facturer au patient toutes les prestations fournies.

Après la prestation des services, les soldes des garants et les soldes des patients qui paient eux-mêmes seront facturés au garant. Les directives relatives à ce processus de facturation sont les suivantes.

Relevés de facturation

- Un relevé des prestations hospitalières ou médicales est envoyé au patient/garant au moins quatre fois par cycle de facturation de trente jours.
- Tous les patients/garants peuvent demander à tout moment un relevé détaillé de leur compte.
- Si un patient conteste son compte et demande des documents concernant la facture, le personnel répondra au patient/garant en temps utile et conservera le compte pendant au moins 30 jours avant de le transférer pour recouvrement.
- Il se peut que les représentants du cycle des recettes ou les fournisseurs sous contrat tentent de contacter le patient/garant (par téléphone, courrier, lettre de recouvrement ou courriel) au cours du cycle de facturation du relevé afin de poursuivre les recouvrements ou de saisir les occasions d'aide financière. Les efforts de recouvrement sont documentés sur le compte du patient dans le système de facturation. Tous les efforts raisonnables seront déployés pour contacter le garant/patient au sujet de son solde impayé.
- Le message du relevé final de facturation indique que le compte peut être transmis à un organisme de recouvrement externe s'il n'est pas payé sous 30 jours à compter de la date de la lettre.
- Les patients ou les garants qui sont activement engagés auprès des services financiers des patients (Patient Financial Services)/fournisseurs de PSH, comme déterminé par PSH, concernant l'aide financière ne verront pas leur compte transféré à un organisme de recouvrement.
- Les patients ou les garants continueront à recevoir des relevés de facturation pendant qu'ils sont activement engagés auprès des services financiers des patients de PSH/fournisseurs et de la procédure de demande d'aide financière.
- PSH se conforme aux exigences de la loi 501(r) en matière de facturation et de recouvrement.
- PSH se conforme aux exigences de la loi « sans surprise ».

Le patient/garant a l'obligation d'agir de bonne foi et de faire des efforts raisonnables pour payer les prestations fournies par PSH. Les patients qui ne souhaitent pas demander d'aide gouvernementale, qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière ou qui dépassent les critères de revenu et ont besoin d'aide pour payer les prestations peuvent demander un calendrier de paiement. Les directives suivantes concernent l'établissement d'un calendrier de paiement.

Calendriers de paiement

- PSH propose un calendrier de paiement si le patient/garant n'est pas en mesure de payer l'intégralité de sa facture et n'a pas droit à une aide financière.
- Le calendrier de paiement est fondé sur le montant dû et doit être réglé dans un délai raisonnable fixé par la direction de PSH (6 à 24 mois). Voir les Lignes directrices sur les calendriers de paiement.
- Il se peut que les personnes qui n'ont pas conclu de calendrier de paiement officiel avec PSH soient confrontées à un organisme de recouvrement externe pour un recouvrement ultérieur.
- Les personnes sont censées effectuer leurs paiements en temps voulu chaque mois.
- Un compte est en souffrance lorsque le patient/garant ne paie pas le montant mensuel convenu sous 30 jours à compter de la date du relevé. Les comptes en souffrance peuvent être confiés à un organisme de recouvrement externe.

Si un patient/garant prévoit de ne pas effectuer un paiement ou si le revenu du foyer a changé, la personne peut demander une aide financière. Voir **Politiques d'aide financière – PFS-051/PFS-053**.

- PSH peut poursuivre le recouvrement des soldes en l'absence d'efforts raisonnables de la part du patient ou du garant pour payer une facture impayée. Cela inclut, sans s'y limiter, le fait de ne pas fournir les informations nécessaires pour mener à bien la procédure d'aide financière ou un calendrier de paiement tel que décrit ci-dessus. Les directives relatives à la procédure d'actions de recouvrement extraordinaires sont les suivantes.

Actions de recouvrement extraordinaires

- **Organismes de recouvrement externes** : le service du cycle des recettes de PSH ne confie pas de comptes à des organismes de recouvrement externes ni ne s'engage dans des actions de recouvrement extraordinaires avant d'avoir entrepris des efforts raisonnables pour déterminer si le patient a droit à l'aide financière.
 - Règle des 120/240 jours : période de 120 jours pendant laquelle un établissement hospitalier doit informer une personne au sujet de la FAP, et période de 240 jours pendant laquelle un établissement hospitalier doit traiter une demande déposée par la personne. PSH communiquera ces informations 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 lancer de mesures de recouvrement extraordinaires (extraordinary collection actions, ECA) à l'encontre d'une personne dont l'admissibilité au FAP n'a pas fait l'objet d'une décision avant 120 jours à compter du premier relevé postérieur à la sortie de l'hôpital.
 - Les comptes seront ajustés lorsqu'ils seront remis à l'organisme de recouvrement.
 - PSH suspendra les éventuelles ECA prises à l'encontre d'un patient dès lors que ce dernier aura déposé une demande de FAP, que cette demande soit complète ou non.
 - Les comptes n'ayant pas fait l'objet d'un accord de paiement avec le patient/débiteur seront renvoyés à PSH par l'organisme après un délai maximal de 730 jours (2 ans) à compter de leur transfert audit organisme.
 - PSH se conforme aux exigences de la loi 501(r) en matière de facturation et de recouvrement.

- **Évaluation de la solvabilité** : les organismes de recouvrement externes peuvent rendre compte des comptes à des organismes externes d'évaluation de la solvabilité. PSH ainsi que les organismes de recouvrement externes se conformeront à la loi sur les pratiques loyales de recouvrement de créances (Fair Debt Collection Practices Act) et à la loi sur la protection des consommateurs par téléphone de la Commission fédérale du commerce (Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act), de même qu'aux réglementations 501(r) dans le cadre de toutes les activités de recouvrement.
- **Mauvaise adresse du garant (Bad Guarantor Address, BGA)** : PSH déploiera des efforts raisonnables pour répondre à toutes les déclarations des patients renvoyées par l'administration postale des États-Unis (United States Post Office, USPS) qui ne sont pas livrables. Les comptes dont les informations démographiques les plus récentes contiennent une désignation BGA peuvent être transmis à un organisme externe en tant que créances irrécouvrables pour un suivi supplémentaire pendant un minimum de 120 jours avant le placement. Toutefois, ces comptes ne feront pas l'objet d'une action de recouvrement extraordinaire tant que les exigences de la notification ne seront pas satisfaites. L'objectif de cette politique est d'être en conformité avec les réglementations 501(r).
- **Placement auprès d'un avocat** : dans certains cas, en fonction du seuil de solde impayé et de la capacité de paiement, ou de l'habitude de non-paiement du garant ou du tiers payeur, PSH peut engager une action en justice pour recouvrer les soldes des patients.
 - Les comptes recensés pour une action en justice doivent être recensés séparément des comptes de créances irrécouvrables confiés à un organisme de recouvrement.
 - PSH enverra une notification écrite à tous les patients pour lesquels une action en justice est recommandée.
 - Tous les comptes recommandés pour une procédure judiciaire seront examinés et évalués dans les 30 jours. Pendant la période d'évaluation, le compte restera en situation de compte débiteur actif. Une fois qu'il aura été approuvé par l'organisme judiciaire, le compte sera classé en tant que créance irrécouvrable.
 - Si un jugement ou un avis de privilège a été reçu, l'ajustement approprié sera effectué sur les comptes recensés dans l'avis, le compte sera documenté et l'avis sera archivé.
 - PSH suspendra les éventuelles mesures de recouvrement extraordinaires prises à l'encontre d'un patient dès lors que ce dernier aura déposé une demande d'aide financière, que cette demande soit complète ou non.
 - PSH se conforme aux exigences de la loi 501(r) en matière de facturation et de recouvrement.
- **Fin de la relation médecin/patient** : PSH peut mettre fin à la relation patient/médecin si le patient n'a pas payé ses soins. **Les patients devant recevoir des soins nécessaires du point de vue médical ou urgents ne se les verront pas refusés.** Le directeur médical, le responsable et le médecin doivent tous être d'accord pour mettre fin aux soins du patient et s'entendre quant à la fin de la relation.
 - Le défaut de paiement des soins comprend, mais n'est pas limité à ce qui suit :
 - Le non-paiement ou le paiement insuffisant des factures, malgré la capacité de payer. Des efforts doivent être déployés pour aider les patients à obtenir une aide financière ou, dans la mesure du possible, à établir des calendriers de paiement raisonnables. Voir **Politiques d'aide financière – PFS-051/PFS-053**.
 - Le refus de coopérer avec le personnel du cycle des recettes pour s'inscrire aux programmes de tiers payant applicables afin d'obtenir de l'aide.

- **Créances irrécouvrables remboursables dans le cadre du rapport sur les coûts de Medicare** : les directives et les réglementations énoncées conformément aux exigences réglementaires des CMS concernant les créances irrécouvrables de Medicare seront respectées.

POLITIQUES CONNEXES ET RÉFÉRENCES

L'intention de PSH est que cette politique soit conforme aux directives et aux réglementations énoncées dans la loi « sans surprise », dans le registre fédéral selon la section 501(r) et conformément aux exigences réglementaires des CMS concernant les créances irrécouvrables de Medicare.

Politiques d'aide financière : PFS-051/PFS-053

Politique de renvoi des patients (135-MGM)
Procédure de gestion des risques financiers

Directives relatives aux plans de paiement

APPROBATIONS

Autorisé par :	Paula Tinch, vice-présidente senior et directrice financière
Approuvé par :	Nicholas Haas, vice-président du cycle des recettes

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, 11/2021, 10/2022, 04/2023, 10/2023

Révision le : 05/01/2008, 10/06/11, et 01/07/2016 (Remplace : Processus de recouvrement de la responsabilité du patient, 06/10); 15/04/21, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/23

2017 Transition vers la politique combinée de Penn State Health – Les politiques suivantes de St Joseph ont été incorporées dans la politique de Penn State Health :

- ADM-CRP-64 – Crédit des patients et recouvrements
 - 1-10 – Recouvrements
 - Intendance n° 16 – Recouvrements
- 1-3 – Recouvrements des créances irrécouvrables des patients
- 1-4 – Règlement des créances irrécouvrables/de l'auto-paiement
- 2-8 – Renvoi des comptes juridiques
- 3-2 – Jugement/liens
- St. Joseph Professional – Politique en matière de créances irrécouvrables
- St. Joseph Professional – Gestion des patients ayant une adresse à l'étranger
- St. Joseph Professional – Accord financier pour les interventions chirurgicales et procédures
- Community Practice Medical Group (CPMG) – Recouvrement des auto-paiements

EXAMINATEURS ET CONTRIBUTEURS DE CONTENU

Directeurs principaux des hôpitaux et opérations du cycle des recettes des professionnels ;
 responsable des conseils financiers pour l'accès des patients