



|   |   |
|---|---|
| <b>Politique de crédit et de recouvrement pour les patients</b> | <b>RC-002</b>                                     |
| <b>Cycle des recettes de Penn State Health</b>                  | Date d'entrée en vigueur :<br><b>Octobre 2023</b> |

**Champ d'application et objectif** *Le présent document s'applique aux personnes et aux processus des services de Penn State Health indiqués ci-dessous :*

|                                     |                                   |                                     |   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Penn State Health Shared Services | <input type="checkbox"/>            | Penn State College of Medicine  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Milton S. Hershey Medical Center  | <input checked="" type="checkbox"/> | Medical Group – Département de pratique académique (Academic Practice Division)     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | St. Joseph Medical Center         | <input checked="" type="checkbox"/> | Medical Group – 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 – en vigueur 12/23                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Lancaster Medical Center          |                                     |   |

### **DÉCLARATION CONCERNANT LA POLITIQUE**

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 recettes (Revenue Cycle Department) 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'effectuer le suivi des impayés des patients/garants, tout en garantissant la transparence au cours du continuum financier des soins. Cette politique est conforme aux exigences l'article 501(r) du code des impôts et de la loi « sans surprises » (No Surprises Act) incluse dans la loi consolidée d'appropriation de 2021 (Appropriation Consolidated Act).

S'applique au personnel responsable de l'admission et de la facturation, ainsi qu'aux conseillers financiers

### **DÉFINITIONS**

**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 de l'service du revenu interne (Internal Revenue Service, IRS) 501R. PSH utilise cette méthodologie pour calculer le montant moyen de toutes les demandes de remboursement réglées par les compagnies d'assurance maladie privées et Medicare. Les personnes admissibles ne sont pas facturées plus que les montants généralement facturés uniquement pour les soins d'urgence ou nécessaires du point de vue médical. PSH met 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 est approuvé pour la personne concernée. **Transfert à une agence :** les agences de recouvrement externes sont chargées de recouvrer les créances douteuses. Une créance est considérée comme étant irrécouvrable au bout de neuf mois d'activités de recouvrement infructueuses auprès d'une agence de recouvrement primaire ou secondaire.

**Facturation de solde – facturation surprise :** conformément à la législation fédérale, la loi « No Surprises Act », 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 fait 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 un service est appelé « facturation du solde ». Les « factures surprises » sont des factures de solde non prévues. La loi « sans surprises » 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.

**Relevé de facturation ou relevé :** une facture pour des services rendus. Il peut s’agir d’un résumé de l’activité ou d’une facture détaillée, énumérant chaque dépense portée au compte d’un patient.

**Date du service (Date of Service, DOS) :**

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

**Services de diagnostic** – services ou procédures utilisés pour déterminer la cause d’une maladie ou d’un trouble. Les soins médicaux diagnostiques consistent à traiter ou à diagnostiquer un problème dont souffre un patient en surveillant un problème existant, en vérifiant 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. **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, possédant 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, la santé de la femme ou 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.

**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 des douleurs intenses, des troubles psychiatriques ou des symptômes de toxicomanie) 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) ; ou
  - Atteinte grave aux fonctions physiologiques ; ou

- Dysfonctionnement sérieux d'un organe ou d'une partie du corps.
- Remarque : il peut s'agir d'une femme enceinte qui a des contractions et qu'il ne reste plus suffisamment de temps pour la transférer vers un autre hôpital avant l'accouchement, ou dont le transfert est susceptible de menacer la santé et la sécurité, ou celles de l'enfant à naître.

**Garant** : la personne qui est financièrement responsable du paiement 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. Tous les services rendus à un mineur seront facturés au parent qui en a la garde ou au tuteur légal, à moins que le mineur ne soit émancipé.

**Nécessaires du point de vue médical** : désigne les 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 généralement reconnues de 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 lue par des pairs, généralement reconnues par la communauté médicale pertinente ou autrement cohérentes avec les normes énoncées dans les questions de politique demandant 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 ou plusieurs autres 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 procédures non couverts ou expérimentaux** : services ou procédures considérés comme :

- Services ou procédures expérimentaux/à l'étude : services médicaux, 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 services, les procédures ou les médicaments expérimentaux et à l'étude sont destinés à être utilisés pour le diagnostic de maladies ou d'autres problèmes, ou pour la guérison, l'atténuation, le traitement ou la prévention de maladies.
  - Au fur et à mesure que les protocoles de traitement seront développés pour les services expérimentaux et à l'étude, le service du cycle des recettes de PSH travaillera avec la communauté des payeurs pour expliquer la nécessité médicale.
- Services ou procédures non couverts : services ou procédures médicaux qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance du patient.

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

- Ajournement des soins : PSH peut ajourner les services ou les procédures non urgents pour les patients qui refusent de manière répétée d'assumer leur responsabilité pour les soins fournis (les soins fournis dans le cadre de la politique de la Loi sur le traitement médical d'urgence et le travail actif [Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA] étant exclus).

**Services de soins primaires ou spécialisés :** services ou procédures fournis 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 stabilisation ou après un problème médical d'urgence. Les services de soins primaires ou spécialisés programmés sont soit des services de soins primaires, soit des procédures médicales programmées préalablement.

**Soins d'urgence :** 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 le Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), dans un délai de 12 heures, afin d'éviter :

- De mettre gravement en péril 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 services d'extrême urgence, tels que définis dans le présent document.

## **DÉCLARATIONS CONCERNANT LA POLITIQUE ET LA PROCÉDURE**

PSH cherchera à obtenir le paiement des créances des patients de manière cohérente, 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 ajourner 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 que son compte soit 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). Collaborer avec les conseillers financiers

de PSH pour obtenir des prestations de tiers ou une aide financière. Payer les soldes impayés des patients pour les services de soins de santé antérieurs de PSH.

Le fait de ne pas fournir les informations nécessaires à l'apurement financier à PSH peut entraîner la transmission du compte de la personne à une agence de recouvrement externe aux fins de recouvrement des soldes.

**Facturation à l'assurance :**

La couverture d'assurance médicale du patient constitue un contrat entre le patient, le fournisseur d'assurance et/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 surprises ».

Les patients sont responsables de ce qui suit :

- Savoir si un renvoi est nécessaire pour les visites au cabinet.
- Vérifier auprès de leur assureur si les tests prescrits sont couverts par leur police d'assurance médicale.
- Contacter l'assureur pour connaître le barème des prestations et savoir si une quote-part ou une franchise s'applique.
- Recevoir et/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 somme demandée.
- 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 montant au 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 services pour absence de nécessité médicale ; (ii) documente les raisons pour lesquelles les services 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 paiement à sa charge égale à la réduction de l'AGB pour les services ou les procédures non couverts.

**Facturation aux patients :**Après le règlement d'un sinistre d'assurance par le payeur, tout solde 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 montants seront facturés directement aux patients. Ces patients seront considérés comme étant des patients qui paient eux-mêmes (frais à la charge du patient). PSH ne facture pas les montants aux personnes admissibles ou non à la politique d'aide financière 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 attend de tous les garants/patients qu'ils fassent tous les efforts raisonnables et de bonne foi pour payer les services fournis par PSH.
- En outre, il incombe au garant/patient de fournir à PSH des informations démographiques complètes et exactes. Le non-respect de cette obligation peut entraîner le recours à des mesures de recouvrement extraordinaires.

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

### **Responsabilité financière du patient pour les services de santé programmés :**

- 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 le montant estimé de ses frais, 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 présenter leur demande.
    - Il incombe à l'intéressé de fournir à PSH les informations financières requises 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 services qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical peuvent être reportés ou annulés 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 considérés comme n'étant pas nécessaires du point de vue médical seront reportés ou annulés, conformément à la décision du personnel médical de PSH, voir [Procédure relative aux risques financiers](#).
- PSH continuera à fournir les services nécessaires du point de vue médical pendant que les conseillers financiers travaillent de manière proactive avec le patient pour qu'il satisfasse ses obligations financières.
- Si une personne ne remplit pas les 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 la transmission du compte de la personne à une agence de recouvrement externe pour recouvrement des soldes.
- Patients ayant une adresse à l'étranger : la politique de Penn State Health consiste à recouvrer les soldes impayés au moment du service 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 tous les services rendus.

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 services hospitaliers et/ou médicaux est envoyé au patient/garant au moins quatre fois par cycle de facturation de trente jours.
- Tous les patients/garants peuvent demander un relevé détaillé de leur compte à tout moment.
- 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 renvoyer 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 e-mail) au cours du cycle de facturation correspondant au relevé afin d'obtenir le recouvrement 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 une agence de recouvrement externe si le solde n'est pas payé dans les 30 jours à compter de

la date de la lettre. Le compte des patients ou des garants qui collaborent activement avec les services financiers de PSH/des fournisseurs, comme déterminé par PSH, concernant l'aide financière ne sera pas envoyé à une agence de recouvrement.

- Les patients ou les garants continueront à recevoir des relevés de facturation pendant qu'ils collaborent activement avec les services financiers de PSH/des fournisseurs et 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 surprises ».

Le patient/garant a l'obligation d'agir de bonne foi et de faire des efforts raisonnables pour payer les services fournis 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 services peuvent demander un plan de paiement. Les directives suivantes concernent l'établissement d'un plan de paiement.

### **Plans de paiement**

- PSH propose un plan de paiement si le patient/garant n'est pas en mesure de payer l'intégralité de sa facture et n'est pas admissible à une aide financière.
- Le plan de paiement est basé sur le montant dû et doit être résolu dans un délai raisonnable déterminé par la direction de PSH (6-24 mois), voir [Directives relatives au plan de paiement](#).
- Il se peut que les comptes des personnes qui n'ont pas conclu de plan de paiement officiel avec PSH soient confiés à une agence de recouvrement externe pour recouvrement ultérieur.
- Les personnes sont censées effectuer leurs paiements à temps chaque mois.
- Un compte est en souffrance lorsque le patient/garant ne paie pas le montant mensuel convenu dans les 30 jours suivant la date du relevé. Les comptes en souffrance peuvent être confiés à une agence de recouvrement externe.

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

- PSH peut chercher à recouvrer les 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 de demande d'aide financière ou d'un plan de paiement tel que décrit ci-dessus. Les directives relatives à la procédure d'actions en recouvrement extraordinaires sont les suivantes.

### **Actions en recouvrement extraordinaires**

- **Agences de recouvrement externes** – le service du cycle des recettes de PSH ne confie pas de comptes à des agences de recouvrement externes ni ne s’engage dans des actions de recouvrement extraordinaires avant d’avoir fait des efforts raisonnables pour déterminer si le patient est admissible 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 politique d’aide financière, et période de 240 jours pendant laquelle un établissement hospitalier doit traiter une demande présentée par la personne. PSH informera les patients/garants concernés au cours d’une période de notification qui prendra fin après 120 jours à compter de la date du premier relevé de facturation. L’établissement hospitalier ne peut pas tenter de mesures de recouvrement extraordinaires (extraordinary collection actions, ECA) 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 à compter du premier relevé postérieur à la sortie de l’hôpital.
  - Les comptes seront ajustés lorsqu’ils seront remis à l’agence de recouvrement.
  - 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.
  - Les comptes n’ayant pas fait l’objet d’un accord de paiement avec le patient/débiteur seront renvoyés à PSH par l’agence après un délai maximum de 730 jours (2 ans) à compter de leur placement auprès de ladite agence.
  - PSH se conforme aux exigences de la loi 501(r) en matière de facturation et de recouvrement.
- **Évaluation de la solvabilité** – les agences de recouvrement externes peuvent rapporter des comptes à des agences externes d’évaluation de la solvabilité. PSH ainsi que les agences 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 (Telephone Consumer Protection Act) de la Commission fédérale du commerce (Federal Trade Commission), 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 fera 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 une agence 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 en 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, sur la base du seuil de solde impayé et de la capacité de paiement, et/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 une agence 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 a été approuvé par l'agence judiciaire, le compte est 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 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 faits pour aider les patients à obtenir une aide financière ou, si possible, à établir des plans 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 de la 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 surprises », à l'article 501(r) du registre fédéral et aux exigences réglementaires de la 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 principale 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

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

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/des paiements à la charge du patient
- 2-8 – Renvoi des comptes juridiques
- 3-2 – Jugement/privilèges
- Professionnel de St Joseph – Politique en matière de créances irrécouvrables
- Professionnel de St Joseph – Gestion des patients ayant une adresse à l'étranger
- Professionnel de St Joseph – Accord financier pour les interventions chirurgicales et procédures
- Central Penn Management Group (CPMG) – Recouvrement des paiements à la charge du patient

**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