

## Politique de Crédit et de Recouvrement Table des Matières

<b><u>Section</u></b>	<b><u>Titre</u></b>
A.	Collecte d'information sur les ressources financières et la couverture d'assurance du patient
B.	Pratiques de Facturation et de Recouvrement de l'Hôpital
C.	Populations Exemptées des Activités de Recouvrement
D.	Mauvaise créance d'urgence
E.	Actions extraordinaires de recouvrement
F.	Agences de Recouvrement Externes
G.	Dépôts et Plans de Versements

## **Politique de Crédit et de Recouvrement du Centre Médical Beth Israel Deaconess**

Le Centre Médical Beth Israel Deaconess, dénommé ci-après BIDMC, a une obligation fiduciaire interne de réclamer le remboursement des services qu'il a fournis aux patients qui sont en mesure de payer, auprès de tiers assureurs responsables qui couvrent le coût des soins du patient et d'autres programmes d'assistance pour lesquels le patient est éligible. Pour déterminer si un patient est en mesure de payer les services fournis et pour l'aider à trouver d'autres options de couverture si elles sont non assurées ou sous-assurées, l'hôpital adhère au critère suivant lié à la facturation et au recouvrement chez les patients. En obtenant l'information financière personnelle du patient et de sa famille, l'hôpital conserve toute information en conformité avec les lois fédérales et étatiques applicables en matière de confidentialité, de sécurité et de vol d'identité. Le BIDMC ne discrimine pas sur la base de la race, la couleur, l'origine nationale, la citoyenneté, l'aliénation, la religion, la croyance, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'âge ou l'invalidité dans ses politiques et dans ses applications des politiques sur la collecte et la vérification des informations financières avant l'admission ou les dépôts avant traitement, les plans de paiement, les admissions différées ou refusées, le statut du patient à faible revenu, comme déterminé par le Bureau Medicaid du Massachusetts, détermination qu'un patient soit à faible revenu, ou dans ses pratiques de facturation et de recouvrement.

Cette Politique de Crédit et de Recouvrement s'applique au Centre Médical Beth Israel Deaconess et à toute entité qui est une partie de la licence de l'hôpital ou le numéro d'identification fiscale.

### **A. Collecte de l'information sur les ressources financières et la couverture d'assurance du patient**

- a) Le BIDMC travaillera avec le patient pour l'informer de son devoir de fournir les informations clé suivantes :

Avant la prestation de tout service de soins de santé (à l'exception des services fournis pour stabiliser un patient déterminé d'avoir une condition médicale urgente ou nécessitant des soins urgents), le patient a l'obligation de fournir des renseignements exacts et à jour sur sa situation d'assurance actuelle, des renseignements démographiques, les changements apportés à son revenu familial ou à sa police d'assurance collective (s'il y a lieu) et, si ces renseignements sont connus, les franchises ou co-paiements qui sont requis par son assurance ou programme financier applicable. L'information détaillée pour chaque élément devrait inclure, mais sans y être limitée :

  - i) Nom complet, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de sécurité sociale (si disponible), options actuelles de couverture d'assurance, renseignements sur la citoyenneté et la résidence, et ressources financières applicables du patient qui pourraient être utilisées pour payer leurs factures ;
  - ii) Le cas échéant, le nom complet du garant du patient, son adresse, son numéro de téléphone, sa date de naissance, son numéro de sécurité sociale (si disponible), ses options actuelles d'assurance-maladie et les ressources financières qui pourraient être utilisées pour payer la facture du patient ; et
  - iii) Les autres ressources qui pourraient être utilisées pour payer leur facture, y compris d'autres programmes d'assurance, des polices d'assurance automobile ou d'assurance habitation si le traitement est attribuable à un accident, des programmes d'indemnisation des accidentés du travail, des polices d'assurance pour étudiants et tout autre revenu familial comme un héritage, un cadeau ou une distribution d'une fiducie disponible, entre autres.

Le BIDMC avisera les patients qu'ils ont une obligation de tenir un registre de leurs factures d'hôpital impayées, y compris tous co-paiements, coassurances et franchises existants, et de contacter l'hôpital s'ils ont besoin d'assistance en payant une partie ou la totalité de leur facture. L'hôpital avisera les patients de leur obligation d'informer soit leur assureur actuel de santé (s'ils en ont un) ou l'organisme d'État qui a déterminé le statut d'éligibilité du patient dans un programme public de tous les changements du revenu familial ou du statut de l'assurance. L'hôpital pourrait également assister les patients avec la mise à jour de leur éligibilité dans un programme public lorsqu'il y a des changements dans le revenu familial ou le statut d'assurance, pourvu que le patient informe l'hôpital de tels changements dans le statut d'éligibilité du patient.

Le BIDMC travaillera avec les patients pour s'assurer qu'ils sont conscients de leur devoir d'aviser l'hôpital et le programme applicable dans lequel ils reçoivent de l'assistance (ex : MassHealth, Connecteur, Sécurité Nette de la Santé, ou Sécurité de la Santé, ou Sécurité Nette de la Santé de Difficulté médicale), de toute information relative à un changement du revenu familial, ou s'ils font partie de réclamations d'assurances qui couvrent les frais des services offerts par l'hôpital. S'il y a une tierce partie (tel que, mais non limité à l'assurance maison ou automobile) qui est responsable de couvrir le coût des soins en raison d'un accident ou d'un autre incident, le patient travaillera avec l'hôpital ou le programme applicable (y compris, mais non limité à MassHealth, Connecteur, Sécurité Nette de la Santé) pour attribuer le droit de récupérer le montant payé ou non payé pour de tels services.

Le BIDMC notifiera aux patients de leur obligation d'informer le Bureau de la Sécurité Nette de la Santé ou l'Agence de MassHealth lorsque le patient est impliqué dans un accident, ou souffre d'une maladie ou d'une blessure, ou d'une autre perte qui peut entraîner une poursuite ou une réclamation d'assurance. Dans de tels cas, le patient doit :

- i) Présenter une demande d'indemnisation, si disponible ;
- ii) Accepter de se conformer à toutes les exigences du M.G.L. c.118E, y compris mais , non limité à :
  - a. Assigner au Bureau de la Sécurité Nette de la Santé le droit de recouvrer un montant égal au paiement de la Sécurité Nette de la Santé fourni sur le montant de toute réclamation ou autre procédure contre une tierce partie ;
  - b. Fournir des renseignements à propos de la réclamation ou toute autre procédure et collaborer pleinement avec le Bureau de la Sécurité Nette de la Santé ou son représentant, à moins que le Bureau de la Sécurité Nette de la Santé ne détermine que la coopération ne serait pas dans le meilleur intérêt du, ou entraînerait de sérieux dommages ou troubles émotionnels au Patient
  - c. Notifier par écrit à la Sécurité Nette de la Santé ou à l'Agence de MassHealth dans les dix jours de tout dépôt de réclamation, action civile ou autre procédure, et
  - d. Rembourser la Sécurité Nette de la Santé à partir de l'argent reçu d'un tiers pour tous les services admissibles fournis à compter de la date de l'accident ou d'un autre incident après être devenu un Patient à faible revenu aux fins du programme Sécurité Nette de la Santé, pourvu que seuls les paiements de la Sécurité Nette de la Santé fournis en raison de l'accident ou d'un autre incident seront remboursés.

b) Obligations de l'Hôpital :

Le BIDMC fera tous les efforts raisonnables et diligents pour recouvrer l'assurance du patient et d'autres renseignements pour vérifier la couverture des services de soins de santé devant être fournis par l'hôpital. Ces efforts pourraient survenir lors de l'inscription initiale du patient en personne à un service à l'hôpital, ou à d'autres moments. De plus, l'hôpital informera le patient de la disponibilité des options de couverture par l'entremise d'un programme d'aide publique ou d'aide financière de l'hôpital, y compris la couverture par MassHealth, le programme d'assistance au paiement géré par le Connecteur Santé, le Programme de sécurité médicale pour enfants, Sécurité Nette de la Santé ou Revenu de Sécurité sanitaire de difficultés médicales, dans ses factures envoyées à son patient ou son répondant après livraison des services. De plus, l'hôpital fera également preuve de diligence raisonnable au moyen des systèmes de vérification financière publics ou privés existants pour déterminer s'il est en mesure d'identifier l'éligibilité du patient au régime d'assurance public ou privé. L'hôpital tentera de recueillir de tels renseignements avant la prestation de tout service de soins de santé non- émergent et non urgent. L'hôpital retardera toute tentative d'obtenir cette information pendant qu'un patient est traité pour une condition médicale d'urgence ou a besoin des services de soins urgents.

Les efforts de diligence raisonnable du BIDMC comprendront, sans s'y limiter, la demande d'informations à propos du statut d'assurance du patient et la vérification de toutes les bases de données publiques ou privées d'assurance disponibles. Le BIDMC demandera le paiement des tierces parties payeuses pour tous les services couverts et se conformera avec les exigences de la facturation et de l'autorisation de l'assureur. Le BIDMC interjettera appel de toute réclamation refusée lorsque le service est payable en tout ou en partie par une compagnie d'assurance de responsabilité civile connue qui pourrait être responsable des coûts des soins du patient. Dans la mesure du possible, le BIDMC assistera le patient en appelant les refus ou autres jugements défavorables avec leur plan d'assurance, reconnaissant que le plan d'assurance exige souvent que ces appels soient faits par le patient. Lorsque le personnel d'inscription ou d'admission de l'hôpital est informé par le patient, ils devront également travailler avec le patient pour s'assurer que l'information pertinente est communiquée aux programmes publics appropriés, comme tout changement au revenu familial ou au statut d'assurance, y compris toute poursuite ou réclamation d'assurance qui pourrait couvrir le coût des services offerts par l'hôpital.

Si le patient ou le garant/tuteur n'est pas en mesure de fournir l'information nécessaire, et que le patient y consent, l'hôpital fera des efforts raisonnables pour contacter les proches, amis, garant/tuteur ou d'autres tierces parties pour de l'information complémentaire.

Les efforts que déploie le BIDMC pour faire preuve d'une diligence raisonnable afin de déterminer si une assurance de tierce partie ou une autre ressource peut être responsable du coût des services fournis par l'hôpital doivent inclure, mais sans être limités à la détermination par le patient, s'il existe une police applicable pour couvrir le coût des réclamations, notamment : (1) police d'assurance responsabilité civile automobile ou habitation (2) police d'assurance générale contre les accidents ou les blessures (3) programmes d'indemnisation des travailleurs et (4) polices d'assurance pour étudiants, entre autres. Si l'hôpital est en mesure d'identifier une tierce partie ou a reçu un paiement d'une tierce partie ou d'une autre ressource (y compris d'un assureur privé ou d'un autre programme public), l'hôpital doit déclarer le paiement au programme applicable et le déduire, le cas échéant, conformément aux exigences de traitement des demandes du programme, en fonction des sommes qui auraient été versées par ce tiers ou cette autre personne ressource. Pour les programmes d'assistance publique de l'État qui ont

effectivement payé pour le coût des services, l'hôpital n'est pas tenu d'obtenir l'affectation sur le droit du patient à une couverture des services par une tierce partie. Dans ces cas, le patient doit savoir que le programme d'État applicable peut tenter d'obtenir une affectation sur les coûts des services fournis au patient.

## **B. Pratiques de facturation et de recouvrement de l'hôpital**

Le BIDMC a un processus uniforme et consistant pour la soumission et le recouvrement des réclamations soumises aux patients, peu importe leur statut d'assurance. Spécifiquement, si le patient a un solde courant impayé lié aux services fournis au patient et non couvert par une option de couverture publique ou privée, l'hôpital suivra les procédures raisonnables de recouvrement et de facturation suivantes, qui comprennent :

- a) Une facture initiale envoyée au patient ou à la partie responsable des obligations financières personnelles du patient ; la facture initiale comprendra des renseignements sur la disponibilité de l'aide financière (y compris, mais non limité à MassHealth, le programme premium de paiement opéré par le Connecteur de la santé, le Programme de sécurité médicale des enfants, la Sécurité Nette de la Santé et le Revenu de Sécurité sanitaire de difficultés médicales) pour payer les frais de l'hôpital ;
- b) Les facturations subséquentes, appels téléphoniques, lettres de recouvrement, avis de contact personnel, notifications informatiques ou toute autre méthode de notification qui constitue un effort sincère pour contacter la partie responsable de la facture non réglée, y compris aussi l'information sur comment le patient peut contacter l'hôpital s'ils ont besoin d'assistance financière ;
- c) Si possible, documentation des efforts alternatifs pour localiser la partie responsable de l'obligation ou la bonne adresse sur les factures retournées par le service postal telles que « adresse incorrecte » ou « non-livrable » ;
- d) En envoyant un avis final par courrier recommandé aux patients non assurés (ceux qui ne sont pas inscrits à un programme comme le Revenu de Sécurité sanitaire ou MassHealth) qui ont un solde de créances irrécouvrables de plus de 1 000 \$ en cas d'urgence seulement, lorsque les avis n'ont pas été retournés comme « mauvaise adresse » ou « non-livrable », et également en avisant les patients de la disponibilité de l'assistance financière dans la communication ;
- e) La documentation des mesures de facturation ou de recouvrement continues entreprises pendant 120 jours à compter de la date du service est conservée et mise à la disposition du fédéral ou d'État applicable pour vérifier ces efforts ; et
- f) Vérification du Système de vérification de l'éligibilité (SVE) du Massachusetts pour s'assurer que le patient n'est pas un patient à Faible Revenu et qu'il n'a pas soumis une demande de couverture MassHealth, le programme premium de paiement opéré par le Connecteur de la santé, le Programme de sécurité médicale des enfants, la Sécurité Nette de la Santé et le Revenu de Sécurité sanitaire de difficultés médicales avant de soumettre les réclamations au Bureau la Sécurité Nette de la Santé pour mauvaise protection de créance.
- g) Pour tous les patients qui sont inscrits à un programme d'aide publique, le BIDMC ne facturera à ces patients que le co-paiement, la coassurance ou la franchise spécifique qui est décrite dans les règlements applicables de l'État et qui pourrait également être indiquée dans l'état du Système de Gestion de l'Information du Medicaid.

Le BIDMC exigera un paiement spécifique pour ces patients qui ne sont pas qualifiés pour l'inscription à un programme d'assistance publique de l'État du Massachusetts, comme les résidents hors de l'État, mais qui pourraient autrement répondre aux catégories générales d'éligibilité financière d'un programme d'assistance publique de l'État. Pour ces patients, le BIDMC avisera le patient si de telles ressources supplémentaires sont disponibles en fonction du revenu du patient et d'autres critères, tels que décrits dans la politique d'assistance financière de l'hôpital.

Les patients peuvent également être éligibles à une assistance financière du BIDMC, conformément à la politique d'assistance financière du BIDMC.

### **C. Populations exemptées des activités de recouvrement**

Les groupes de patients suivants sont exemptés de toute procédure de collecte ou de facturation conformément aux règlements et politiques de l'État : Les patients inscrits à un programme public d'assurance-maladie, y compris, mais sans limite à MassHealth, Aide d'Urgence aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et aux Enfants (EAEDC) ; Régime de Sécurité Médicale des Enfants (CMSP), qui ont un Revenu Brut Ajusté Modifié (Revenu MAGI) inférieur ou égal à 300 % du Revenu des Patients à Faible Revenu du FPL tel que déterminé par MassHealth et Revenu de Sécurité sanitaire, notamment ceux dont le Revenu Familial ou le Revenu Familial Disponible pour Soins Médicaux Difficiles est supérieur de 150.1 à 300 % du FPL ; et ayant des difficultés médicales liées au Revenu de Sécurité sanitaire, sous réserve des exceptions suivantes :

- a) Le BIDMC peut demander des mesures de recouvrement à l'encontre de tout patient inscrit dans les programmes susmentionnés pour les co-paiements et les franchises exigées par chaque programme spécifique ;
- b) Le BIDMC peut également initier la facturation ou le recouvrement pour un patient qui prétend être un participant à un programme d'assistance financière qui couvre les coûts des services de l'Hôpital, mais qui ne fournit pas de preuve de sa participation. Sur réception d'une preuve satisfaisante dont un patient participe à un programme d'aide financière (y compris la réception ou la vérification d'une demande signée), le BIDMC doit cesser ses activités de facturation ou de recouvrement ;
- c) Le BIDMC peut poursuivre les mesures de recouvrement à l'égard de tout patient à faible revenu pour des services rendus avant la détermination du statut de patient à faible revenu, à condition que le statut actuel de patient à faible revenu ait été résilié, expiré ou non autrement identifié dans le système de vérification d'admissibilité de l'État ou dans le programme Medicaid Management Information System. Cependant, une fois qu'un patient est jugé éligible et inscrit à MassHealth, le programme premium de paiement opéré par le Connecteur de la santé, le Programme de sécurité médicale des enfants, Revenu de Sécurité sanitaire et le Revenu de Sécurité sanitaire de difficultés médicales, le BIDMC cessera toute activité de recouvrement pour les services (à l'exception des co-paiements et franchises) fournis avant le début de son éligibilité.
- d) Le BIDMC peut prendre des mesures de recouvrement à l'encontre de tout patient participant aux programmes énumérés ci-dessus pour des services non couverts dont le patient a accepté d'être responsable, à condition que l'hôpital ait obtenu au préalable le consentement écrit du patient pour être facturé pour ces services. Cependant, même dans ces circonstances, le BIDMC ne facturera pas le patient pour des réclamations liées à des erreurs médicales ou des réclamations refusées par l'assureur qui le couvre en raison d'une erreur administrative ou de facturation.
- e) À la demande du patient, le BIDMC peut facturer un Patient à Faible Revenu afin de permettre au Patient de se conformer à la franchise unique de <CommonHealth> comme décrit dans 130 CMR 506.00.

### **D. Mauvaise créance d'urgence**

Le BIDMC soumettra des réclamations pour des mauvaises créances d'urgence telles que définies au paragraphe 101 CMR 613.06(2). Le BIDMC ne soumettra pas de demande de règlement pour une franchise ou un co-paiements d'un sinistre dont un patient assuré ou un Patient à Faible Revenu est responsable.

- a) Pour les services aux patients hospitalisés, les conseillers financiers du BIDMC feront des efforts raisonnables pour obtenir de l'information financière afin de déterminer la responsabilité du paiement du patient ou du garant, avant que le patient soit déchargé ou si nécessaire au moment du

congé. Si le patient ou le garant/tuteur n'est pas en mesure de fournir l'information requise et que le patient y consent, l'hôpital fera des efforts raisonnables pour communiquer avec ses proches, ses amis, son garant/tuteur et/ou autres tierces parties appropriées pour l'information complémentaire.

- b) Pour les services d'urgence et ambulatoires, le personnel d'inscription du BIDMC fera des efforts raisonnables dès que possible pour obtenir des renseignements financiers afin de déterminer la responsabilité du paiement du patient ou du garant.

## **E. Actions Extraordinaires de Recouvrement**

- a) Le BIDMC n'entreprendra aucune « action extraordinaire de recouvrement » tant qu'il n'aura pas fait des efforts raisonnables et qu'il n'aura pas suivi un examen minutieux de la situation financière du patient et des autres renseignements nécessaires pour déterminer son éligibilité à une assistance financière et déterminer qu'un patient a droit à une assistance financière ou à une exemption des activités de recouvrement et de facturation en vertu de cette politique de crédit et de recouvrement. Le Directeur Financier a le pouvoir final de déterminer si le BIDMC a fait des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est éligible à une assistance financière en vertu de la Politique d'aide financière du BIDMC et peut donc prendre des mesures extraordinaires de recouvrement contre cette personne. Le BIDMC conservera toute la documentation qui a été utilisée dans cette détermination conformément à la politique de conservation des dossiers applicables de l'hôpital.
- b) Le BIDMC acceptera et traitera une demande d'assistance financière dans le cadre de sa politique d'aide financière soumise par un patient pour toute la « période de demande ». La « période de demande » commence à la date à laquelle le soin est fourni et se termine le 240<sup>e</sup> jour suivant la date à laquelle le premier relevé de facturation après le congé est fourni, selon la plus tardive de ces dates, sous réserve des exigences supplémentaires particulières suivantes. La période de demande ne se termine pas avant 30 jours après que l'hôpital ait fourni au patient l'avis de 30 jours décrit ci-dessous. Dans le cas d'un patient qui a été présumé éligible à une assistance financière inférieure à l'aide la plus généreuse en vertu de la politique d'aide financière, la demande ne prend pas fin avant la fin du délai raisonnable qui lui permet de demander une assistance financière supérieure, comme décrit plus loin.
- c) Les mesures de recouvrement extraordinaires comprennent :
  - i) Cession de la dette d'un patient à une tierce partie (sauf si les conditions particulières énoncées ci-dessous sont remplies) ;
  - ii) Rapports aux agences d'évaluation du crédit ou aux bureaux de crédit ;
  - iii) Reporter, refuser ou exiger un paiement avant de fournir des soins médicaux nécessaires en raison du non-paiement d'une ou de plusieurs factures pour des soins déjà couverts par la police d'aide financière de l'hôpital (qui est considérée comme une mesure de recouvrement extraordinaire pour les soins déjà fournis)
  - iv) Les actions qui nécessitent un processus juridique ou judiciaire, y compris :
    - (1) Déposer une saisie-arrêt sur la propriété d'un patient ;
    - (2) Saisie immobilière ;
    - (3) Saisie ou blocage d'un compte bancaire ou de tout autre bien personnel ;
    - (4) Intenter une action civile contre un patient ;
    - (5) Causer l'arrestation d'un patient ;
    - (6) Le fait de faire en sorte qu'un patient fasse l'objet d'un bref d'ordonnance de saisie corporelle ; et
    - (7) Saisir le salaire d'un patient.
  - v) Le BIDMC considérera la cession de la dette d'un patient à une autre partie comme une mesure de recouvrement extraordinaire à moins que l'hôpital ne conclue une entente écrite

- exécutoire avec l'acheteur de la dette en vertu de laquelle (i) l'acheteur ne peut entreprendre des mesures de recouvrement extraordinaires pour obtenir le paiement des soins ; (ii) l'acheteur ne peut exiger un intérêt sur cette dette à un taux supérieur au taux applicable du paiement incomplet aux IRS ; (iii) la dette est remboursable à l'hôpital ou peut faire un rappel à ce dernier si on détermine que le patient est éligible à l'assistance financière ; (iv) s'il est déterminé que le patient est éligible à une aide financière et que la dette n'est pas retournée à l'hôpital ou rappelée par celui-ci, l'acheteur est tenu de suivre des procédures qui font en sorte que le patient ne paie pas à l'acheteur plus que le montant dont celui-ci doit personnellement acquitter au titre de la présente police d'aide financière.
- vi) Les actions extraordinaires de recouvrement comprennent les actions entreprises pour obtenir le paiement des soins contre tout autre patient qui a accepté ou est tenu d'accepter la responsabilité de la facture de l'hôpital du patient pour les soins.
- d) Le BIDMC évitera d'entreprendre n'importe quelle action de recouvrement extraordinaire contre un patient pendant une période d'au moins 120 jours de la date à laquelle l'hôpital fournit le premier relevé de facturation post-décharge pour les soins ; mais des exigences spéciales s'appliquent au report ou au refus de soins médicaux nécessaires pour non-paiement comme décrit ci-après.
- e) En plus d'éviter d'entreprendre toute action de recouvrement extraordinaire pour la période de 120 jours décrite ci-dessus, le BIDMC évitera d'entreprendre toute action de recouvrement extraordinaire pendant une période d'au moins 30 jours après avoir informé le patient de sa politique d'assistance financière de la manière suivante: l'hôpital (i) fournir au patient un avis écrit indiquant qu'une aide financière est disponible pour les patients admissibles, précisant les mesures de recouvrement extraordinaires que l'hôpital (ou une autre partie autorisée) a l'intention d'entreprendre pour obtenir le paiement des soins et indiquant une date limite après laquelle des mesures de recouvrement extraordinaires peuvent être entreprises au plus tôt 30 jours après la date où l'avis écrit est fourni ; (ii) fournir au patient un résumé en langage clair et simple de la politique d'aide financière ; et (iii) fait un effort raisonnable pour informer verbalement le patient de la politique d'assistance financière et de la façon dont il peut obtenir de l'aide dans le cadre du processus de demande d'aide financière, sauf que des exigences spéciales s'appliquent au report ou au refus des soins médicaux nécessaires décrits ci-dessus.
- f) Le BIDMC répondra aux exigences particulières suivantes dans le cas où il reporte ou refuse des soins en raison du non-paiement de soins antérieurs qui étaient admissibles à une aide financière. L'hôpital peut fournir un préavis de moins de 30 jours tel que décrit ci-dessus s'il fournit au patient un formulaire de demande d'aide financière et un avis écrit indiquant qu'une aide financière est disponible pour les patients admissibles. L'avis écrit indiquera une date limite après laquelle l'hôpital n'acceptera plus et traitera une demande d'assistance financière, qui ne sera pas antérieure à la fin de la période de demande ou 30 jours après la date à laquelle l'avis écrit est fourni pour la première fois. Si le patient présente une demande avant la date limite, l'hôpital traitera sa demande de façon accélérée.
- g) Si un patient soumet une demande d'assistance financière complète ou incomplète en vertu de la politique d'aide financière de l'hôpital pendant la période de demande, le BIDMC suspendra n'importe quelle action de recouvrement extraordinaire pour obtenir le paiement des soins. Dans un tel cas, l'hôpital n'entreprendra pas ou ne prendra pas d'autres mesures à l'égard de toute mesure de recouvrement extraordinaire prise antérieurement avant (i) que l'hôpital ait déterminé si le patient est admissible à une aide financière en vertu de la politique d'aide financière ou (ii) dans le cas d'une demande d'aide financière incomplète, que le patient n'ait pas répondu dans un délai raisonnable aux demandes de renseignements ou de documents supplémentaires. Le BIDMC prendra également d'autres mesures, selon que la demande est complète ou incomplète, comme décrit ci-dessous.



- h) Dans l'éventualité où un patient soumet une demande d'assistance financière complète au cours de la période de demande, le BIDMC déterminera si le patient est éligible à une aide financière. Si l'hôpital détermine que le patient est admissible à une aide autre que des soins gratuits, l'hôpital (i) lui fournira un relevé de facturation indiquant le montant que le patient doit pour les soins en tant que patient éligible à une assistance financière et indiquant ou décrivant comment le patient peut obtenir des renseignements concernant les montants généralement facturés pour les soins (ii) prendre toutes les mesures raisonnables pour annuler toute action de recouvrement extraordinaire (à l'exception de la cession d'une dette et du report ou du refus d'un paiement, ou de l'exigence d'un paiement avant de fournir des soins médicalement nécessaires en raison du non-paiement par un patient de factures antérieures pour des soins déjà fournis pour lesquels le patient était admissible à une aide financière) prise contre lui pour obtenir le paiement pour soins. Les mesures raisonnables pour contrer une telle mesure de recouvrement extraordinaire comprennent l'annulation d'un jugement, la levée d'un prélèvement ou d'un privilège et le retrait du dossier de crédit du patient de tout renseignement défavorable qui a été signalé à une agence d'évaluation du crédit ou à un bureau de crédit.
- i) Si un patient présente une demande d'aide financière incomplète au cours de la période de demande, l'hôpital lui fournira en outre un avis écrit décrivant les renseignements ou les documents supplémentaires exigés en vertu de la politique d'aide financière, y compris ses coordonnées.
- j) Le BIDMC peut décider par présomption qu'un patient est éligible à une aide financière en vertu de la politique d'assistance financière sur la base d'informations autres que celles fournies par le patient ou sur la base d'une détermination préalable de son éligibilité. S'il est déterminé qu'un patient est admissible à une aide inférieure à l'aide la plus généreuse offerte en vertu de la politique d'aide financière, l'hôpital le fera : (i) aviser le patient du fondement de la détermination de l'admissibilité présumée et de la façon de demander une aide plus généreuse en vertu de la politique d'assistance financière ; (ii) lui accorder un délai raisonnable pour demander une aide plus généreuse avant d'entreprendre des actions extraordinaires de recouvrement pour obtenir le montant escompté dû ; et (iii) si le patient présente une demande complète demandant une aide financière plus généreuse pendant la période de demande, il faudra déterminer si le patient est éligible au montant de l'avantage.
- k) Le BIDMC ne saisit pas le salaire d'un Patient à Faible Revenu ou de son garant et ne signe pas de saisie-arrêt sur la résidence personnelle ou le véhicule automobile du patient à faible revenu ou de son garant, sauf si : (2) le patient/garant n'a pas répondu aux demandes de renseignements de l'hôpital ou le patient/garant a refusé de collaborer avec l'hôpital pour demander un programme d'aide financière disponible et (3) aux fins du droit de rétention, il a été approuvé au cas par cas par le Conseil de Fiducie de l'hôpital, en se fondant sur le dossier du patient.
- l) La BIDMC et ses agents ne doivent pas poursuivre leurs efforts de recouvrement ou de facturation relativement à un patient qui est membre d'une procédure de faillite, sauf pour garantir ses droits à titre de créancier dans l'ordre approprié (des mesures semblables peuvent également être prises par le programme d'aide publique applicable qui a payé pour les services). L'hôpital et ses mandataires ne factureront pas non plus d'intérêt sur le solde impayé d'un patient à faible revenu ou d'un patient qui répond aux critères d'éligibilité du programme d'aide financière interne de l'hôpital.
- m) Le BIDMC se conforme aux exigences de facturation applicables et se conforme aux exigences fédérales et étatiques applicables relatives au non-paiement de services spécifiques résultant d'un événement grave à signaler (SRE) ou directement lié à celui-ci, à la correction du SRE, à une complication ultérieure découlant du SRE ou à une réadmission dans le même hôpital pour services associés audit SRE. Les SRE qui ne surviennent pas à l'hôpital sont exclus de cette détermination du non-paiement tant que l'établissement traitant et l'établissement responsable

du SRE n'ont pas la propriété commune ou une société mère commune. L'hôpital ne demande pas non plus le paiement d'un Patient à Faible Revenu par l'entremise du programme de protection du revenu dont la demande a été initialement refusée par un programme d'assurance en raison d'une erreur de facturation administrative de l'hôpital.

## **F. Les Agences de Recouvrement Externes**

La BIDMC pourrait contracter avec des agences de recouvrement externes pour l'aider à recouvrer certains comptes, y compris les montants imputables au patient qui n'ont pas été réglés après 120 jours d'actions continues de recouvrement. L'hôpital peut également conclure des contrats exécutoires avec des agences de recouvrement externes. Tout contrat de ce genre permettant la cession d'une dette qui n'est pas traitée comme une mesure de recouvrement extraordinaire satisfera aux exigences décrites ci-dessus. Dans tous les autres cas, si l'hôpital vend ou renvoie la dette d'un patient à une autre partie, l'entente avec l'autre partie sera raisonnablement conçue de manière à ce qu'aucune mesure de recouvrement extraordinaire ne soit prise avant que des efforts raisonnables aient été faits pour déterminer si le patient est admissible à une aide financière, notamment les mesures suivantes : (i) si un patient présente une demande avant la fin de la période de présentation de la demande, la partie suspendra les mesures de recouvrement extraordinaires ; (ii) si le patient présente une demande d'aide financière avant la fin de la période de présentation de la demande et qu'il est jugé admissible à une aide financière, la partie respectera les procédures pour s'assurer que le patient ne paie pas à la partie et à l'hôpital ensemble plus que le montant exigé du patient dans le cadre de la politique d'aide financière et pour annuler toute action en recouvrement extraordinaire ; (iii) si elle renvoie ou vend la créance à une autre partie, elle obtient une entente écrite respectant toutes les exigences susmentionnées. Toutes les agences de recouvrement externes embauchées par l'hôpital donneront au patient l'occasion de déposer un grief et transmettront à l'hôpital les résultats des griefs du patient. L'hôpital exige que toute agence de recouvrement externe qu'il utilise soit en conformité avec les exigences fédérales et étatiques de recouvrement équitable des dettes.

## **G. Dépôts et Plans de Versements**

Conformément à la réglementation de la Sécurité Nette de la Santé du Massachusetts concernant les patients qui sont soit : (1) s'il est déterminé qu'il s'agit d'un « Patient à Faible Revenu » ou (2) s'il est éligible au Programme de Protection Sociale en cas de difficultés médicales, le BIDMC fournira au patient des renseignements sur les dépôts et les plans de paiement en fonction de la situation financière documentée du patient. Tout autre plan sera basé sur le programme d'assistance financière interne de l'hôpital et ne s'appliquera pas aux patients qui ont la capacité de payer.

### **a) Services d'Urgence**

Le BIDMC ne demandera pas de dépôts de préadmission et/ou de prétraitement aux patients qui nécessitent des services d'urgence ou qui sont déterminés à être des patients à faible revenu.

### **b) Dépôts des Patients à Faible Revenu**

Le BIDMC pourrait demander un dépôt aux patients considérés comme des patients à faible revenu. De tels dépôts seront limités à 20 % du montant de la franchise, jusqu'à 500 \$. Tous les autres soldes sont sujets aux conditions du plan de paiement établies dans 101 CMR 613.08(1)g).

### **c) Dépôts du Revenu de Sécurité sanitaire pour les patients en difficultés médicales**

Le BIDMC pourrait demander un dépôt de garantie aux patients éligibles à la Sécurité du revenu en cas de difficultés médicales. Les dépôts seront limités à 20 % de la contribution maximale de 1 000 \$ pour les Difficultés Médicales liées à la Sécurité Nette de la Santé. Tous les soldes restants seront assujettis aux conditions du plan de paiement établies dans 101 CMR 613.08(1)g).

d) Plans de Paiement pour les Patients à Faible Revenu en accord avec le Programme du Revenu de Sécurité sanitaire du Massachusetts

Un patient dont le solde est de 1 000 \$ ou moins, après le dépôt initial, se verra offrir un plan de paiement d'au moins un an, sans intérêt, avec un paiement mensuel minimum d'au plus 25 \$. Un patient qui a un solde de plus de 1 000 \$, après le dépôt initial, se verra offrir un plan de paiement sans intérêt d'au moins deux ans.

e) Plans de Paiement pour les Patients à Faible Revenu Partiel HSN en vertu de la loi du Revenu de Sécurité sanitaire du Massachusetts

Programme pour les services rendus dans un Centre de Santé Agréé d'un Hôpital.

Tous les patients à Faible Revenu Partiel bénéficiant du Revenu de Sécurité sanitaire seront facturés à 100 % de leur responsabilité jusqu'à ce que la franchise totale soit atteinte.