

 <b>Sheppard Pratt</b> HEALTH SYSTEM		Policy Number: HS-130.12
		Page 1 of 5
Manual: Sheppard and Enoch Pratt Hospital Administrative Manual		Effective: 10/9/2018
Section: 100 - Health System	Sub-section: 130 - Finance	Prepared by: Ray Dzieszinski
Title: Billing and Collections Policy		

## POLICY

Sheppard Pratt Health System (“Health System”) a pour vocation de fournir à ses patients la meilleure qualité de soins et de services. En support à ce but, Health System s’engage à facturer ses patients et les partis responsables correctement et dans le temps indiqué, conformément à cette Police de Facturation et de Recouvrement de Fonds ( « Police » ). Tous les comptes impayés seront traités équitablement et selon les exigences de la Section 501 (r) du Code, et sans tenir compte de la race, la couleur, le credo, la religion, le genre, la nationalité d’origine, l’âge, le statut matrimonial, le statut familial, le handicap ou tout autre facteur discriminatoire.

## BUT

Instituer une approche complète du cycle du revenu utilisant les pratiques usuelles de recouvrement de fonds tout en accordant une attention appropriée aux droits et à la dignité du patient, des garants du compte et de tout autre parti responsable.

## PROCEDURE

1. Définitions. Les termes suivants contenus dans cette police doivent être interprétés comme suit:
  - a. Section 501(r) du Code : la Section 501(r) du Code des Contributions Directes de 1986 et les règlements promulgués en-dessous, tels qu’amendés au besoin.
  - b. Actions Extraordinaires de Recouvrement de Fonds (ECAs) : Les activités de recouvrement de fonds, conformément à la Section 501 (r) du Code, que les organisations de soins de santé peuvent seulement entreprendre contre un individu en vue de l’obtention du paiement des soins après que des efforts raisonnables aient été fournis pour la détermination de l’éligibilité de l’individu pour l’assistance financière. ECAs désignent ces activités identifiées dans la Section 501(r) du Code, lesquelles peuvent inclure :
    - i. La vente de la dette d’une personne à un autre parti, à moins que l’acheteur soit soumis à certaines restrictions comme mentionnées dans la Section 501(r) du Code.
    - ii. Le report d’informations défavorables au sujet d’un individu aux agences d’évaluation du crédit du consommateur ou bureau de crédit.
    - iii. Les actions qui exigent un processus légal ou judiciaire, à l’exception des réclamations déposées dans une procédure de faillite ou de préjudices corporels.
  - c. Police d’Assistance Financière (FAP) : Une distincte police qui décrit le programme d’assistance financière de Health System pour les services médicaux. Cette police inclut les critères que les patients doivent rencontrer afin d’être éligibles pour

l'assistance financière aussi bien que le processus par lequel les individus peuvent appliquer pour l'assistance financière.

- d. Parti Responsable : En ce qui concerne les services fournis par Health System, le patient, le garant du compte ou toute autre personne responsable du paiement des services fournis.

## 2. Police de paiement/Comptes non soldés.

- a. Pour les services couverts par l'assurance, une tentative doit être faite pour collecter tous les copaiements et les déductibles au moment du service. Si le patient est incapable de payer le service au moment indiqué, des arrangements peuvent être faits pour le paiement des montants dûs à charge du patient au moment de la visite.
- b. Tous les montants dûs à charge du patient seront facturés au parti responsable via un relevé de compte mensuel. Ces montants incluent les copaiements non payés et/ou les déductibles, la coassurance et autres montants dûs après l'assurance. Le relevé de compte mensuel indique clairement que les montants facturés sont seulement ceux de l'hôpital et que les factures des médecins traitants ne sont pas incluses. Un numéro de téléphone à contacter figure sur le relevé de compte pour la commodité du parti responsable.
- c. Tous les montants dûs à charge du patient doivent être payés en une seule tranche par le parti responsable lors de la réception de la facture mensuelle. Si le responsable ne peut payer la facture en une seule tranche, il doit contacter le Bureau des Finances pour faire des arrangements appropriés pour le paiement. Si le parti responsable indique un problème financier, le FAP de Health System, le formulaire d'application pour la Police d'Assistance Financière, et le Résumé en langage courant sont envoyés pour remplissage à tous les partis responsables sur le compte. Pour les demandes d'accommodation de paiement, les informations financières peuvent être requises et, en attendant une évaluation des circonstances financières par un Manager des Services Fiscaux du Patient, un plan de paiement peut être offert.
- d. Si les efforts de pré-recouvrement aboutissent mais le compte n'est pas payé, des arrangements de paiement appropriés seront faits avec le Manager des Services Fiscaux du Patient et le compte sera retiré du processus de recouvrement de fonds. Les comptes qui n'ont ni répondu aux efforts de pré-recouvrement, ni fait des arrangements de paiement satisfaisants peuvent être sujets à davantage d'actions conformément à la Section 3 et au temps indiqué. A ce point, le compte sera transféré de l'actif A/R aux créances douteuses.
- e. A la Direction du Superviseur du Recouvrement, le Directeur du Compte du Patient ou une autre équipe de la haute direction, il peut arriver qu'un compte impayé soit envoyé/référé directement à l'avocat pour recouvrement sans passer par le processus de pré-recouvrement et de recouvrement. Un compte peut aussi être enlevé du processus de pré-recouvrement ou de recouvrement à n'importe quel moment selon la direction du susmentionné personnel et envoyé à l'avocat pour recouvrement. Tous les comptes envoyés directement à l'avocat pour recouvrement sont convertis en créances douteuses. En outre, conformément au processus établi, l'avocat est par contrat obligé de s'assurer que des efforts raisonnables ont été pris pour déterminer si l'individu est FAP-éligible pour les soins avant qu'aucun ECAs ne soit pris pour l'obtention du paiement des soins.
- f. Concernant ces comptes qui lui sont référés pour recouvrement, l'avocat fera des efforts raisonnables, en accord avec la Section 3, pour le paiement du compte avant de demander un jugement. Si l'avocat ne réussit pas à négocier une solution

appropriée, le jugement sera poursuivi. Après obtention du jugement, l'avocat peut demander la saisie de salaire et/ou des avoirs bancaires ou autres légales actions pour faire exécuter le jugement. S'il est déterminé par l'avocat qu'il existe des biens disponibles pour satisfaire toute ou une partie de la dette, aucune action d'aucun genre ne sera initiée sans l'autorisation spécifique du Vice-Président des Finances.

- g. Ces polices de recouvrement s'appliquent à tous les partis responsables sans tenir compte de précédent recouvrement ou d'histoire de paiement, à l'exception de ces partis responsables ayant des comptes actuellement ouverts à l'agence de recouvrement ou avec l'avocat. Dans ces circonstances, les comptes peuvent ne pas passer par le processus de pré-recouvrement si les exigences de la Section 3 sont rencontrées.
- h. Health System ne charge ni intérêt, ni frais de retard ou pénalités sur aucun compte.
- i. Health System ne permet à aucune de ses agences de recouvrement de reporter les comptes à aucune agence de report de crédit ou de poursuivre une action légale envers aucun de ses comptes.

### 3. Efforts Raisonables et Actions Extraordinaires pour le Recouvrement des Fonds (ECAs).

- a. Avant d'entreprendre des actions extraordinaires pour le recouvrement des fonds (ECAs) en vue du paiement des soins, Health System doit entreprendre certains raisonnables efforts pour déterminer si la personne est éligible pour l'assistance financière conformément au FAP. Le Département des Services Financiers du Patient a la responsabilité de s'assurer que Health System entreprend des efforts raisonnables afin de déterminer l'éligibilité pour l'assistance financière selon le FAP et cette police.
- b. Application complète de la Police d'Assistance Financière FAP. Dans le cas d'un patient qui soumet une application complète de demande d'assistance financière, Health System doit, dans le temps indiqué, suspendre les actions extraordinaires en cours pour le recouvrement des fonds, déterminer l'éligibilité et procurer une notification écrite, comme prévu dans cette police.
- c. Détermination de l'Éligibilité par Présomption. Si un patient est par présomption déterminé éligible pour moins de la totalité de l'assistance financière disponible selon le FAP (par exemple, la détermination de l'éligibilité est basée sur le formulaire d'application soumis en ce qui concerne les soins précédents), Health System notifiera le patient de la base de la détermination et lui donnera une période raisonnable de temps pour appliquer pour un plus grand montant d'assistance financière avant d'initier un ECA.
- d. Notification et Processus en Cas de Non-Soumission d'Application. A moins qu'une complète application soit soumise ou que l'éligibilité soit déterminée selon les critères de la présomption d'éligibilité de FAP, Health System initiera ECAs après au moins 120 jours à partir de la date de la première facture envoyée au patient après son renvoi de l'hôpital pour les soins reçus. En cas de plusieurs épisodes de soins, les montants de ces diverses factures peuvent être totalisés, auquel cas les dates de paiement seront basées sur le plus récent épisode de soins inclus dans l'ensemble des soins reçus. Avant d'initier un (1) ou plusieurs ECA(s) en vue de l'obtention du paiement des soins par un patient qui n'a soumis aucune forme d'application, Health System doit entreprendre des actions raisonnables pour informer le patient de la disponibilité de l'assistance financière pour les patients éligibles, incluant la provision d'une notification écrite trente (30) jours avant l'initiation d'un ou de plusieurs ECAs.

- e. Notification d'Approbation ou de Refus d'Assistance. Conformément au FAP, le Département des Services Financiers du Patient notifiera au patient par écrit dans un temps raisonnable suivant la réception de la forme d'application si l'application a été approuvée ou déniée. En cas d'acceptation, la lettre inclura le montant approuvé de l'assistance. Si l'assistance a été déniée, la raison du refus sera indiquée dans la lettre.
- f. Applications Incomplètes de FAP. En cas d'applications incomplètes, il sera communiqué aux patients par écrit une liste des informations et/ou des documents nécessaires pour compléter le formulaire d'application ainsi que le lieu de la soumission des informations additionnelles. Les patients doivent disposer d'au moins trente (30) jours du calendrier pour la soumission des informations additionnelles. Tous les ECAs en cours doivent être suspendus durant ce laps de temps.
- g. ECAs. Après avoir fait des efforts raisonnables pour déterminer l'éligibilité pour l'assistance financière comme décrit ci-dessus, Health System peut entreprendre un des divers ECAs pour obtenir le paiement des soins.
- h. Renversment des ECA(s). Dans la mesure où un patient est déterminé éligible pour l'assistance financière selon le FAP, Health System prendra toutes les mesures raisonnables disponibles pour renverser n'importe quel ECA pris contre le client pour l'obtention du paiement des soins. Les mesures raisonnables disponibles incluent généralement, mais ne sont pas limitées à celles-ci, des mesures pour quitter n'importe quel jugement contre le client, enlever n'importe quel taxe ou lien sur les biens du client, et retirer sur le rapport du crédit du client n'importe quel défavorable information qui était reportée à une agence de report du consommateur ou à un bureau de crédit.
- i. Remboursement. Conformément au FAP, un patient peut appliquer pour l'assistance financière à n'importe quelle étape du processus de recouvrement des fonds. Cependant, un remboursement sera seulement permis durant la « période d'application ». La période d'application commence à la date où les soins sont fournis et finit à la fin du 240eme jour après la date du premier relevé de compte facturé au client pour les soins reçus après son renvoi de l'hôpital, ou encore : (i) la date spécifiée dans la notification écrite de Health System concernant son intention d'initier les ECAs; ou (ii) dans le cas du patient qui a été jugé par présomption éligible pour une assistance financière inférieure à 100%, la fin du temps raisonnable pour appliquer pour l'assistance financière. Health System fournira un remboursement pour l'excédent du montant que le patient est déterminé personnellement responsable de payer suivant le FAP, à moins que le montant excédant soit inférieur à \$5.00. En outre, ce montant à rembourser ne doit pas figurer dans le(s) paiement(s) fait(s) par un client préalablement au changement de circonstances permettant l'éligibilité du patient pour l'assistance suivant le FAP, comme déterminé à la seule discrétion de Health System.
- j. Restrictions sur les soins retardés ou refusés. Si Health System a l'intention de retarder les soins médicaux nécessaires, ou les refuser, ou requérir un paiement avant de les fournir, comme défini dans le FAP, à cause du non-paiement par un patient d'une ou de plusieurs factures pour des soins précédemment fournis et couverts par le FAP, un formulaire d'application sera alors fourni au patient ainsi qu'une notification écrite indiquant la disponibilité de l'assistance financière aux patients éligibles et stipulant la date de délai, s'il y en a, après laquelle Health System n'acceptera plus, ni ne traitera une application soumise (ou, si applicable, complétée) par le patient pour les soins précédemment fournis en cause. Ce délai ne devra pas être plus tôt que trente (30) jours après la date de la notification écrite ou 240 jours

après la date du premier relevé de compte facturé pour les soins précédemment fournis.

4. Additionnelle Evaluation d'Assistance Financière Préfacturation et Pré-recouvrement.

- a. Evaluation de l'Assistance Financière Préfacturation. En accord avec la procédure pour la détermination de l'éligibilité par présomption ci-dessus, les comptes peuvent être revus pour les problèmes financiers antérieurs à l'initiation du cycle de facturation. S'il peut être déterminé que la balance du compte créera des problèmes financiers, une décision d'allouer l'assistance financière pour le montant dû sera faite. De plus, n'importe quelle autre balance active à la charge du client, sans tenir compte du montant dû, sera aussi jugée assistance financière jusqu'à la date de décision (mais ne sera pas sujet au remboursement mentionné ci-dessus).
- b. Evaluation de l'Assistance Financière Pré-Recouvrement. Subséquemment, les comptes peuvent être évalués pour les problèmes financiers antérieurs au transfert du compte pour recouvrement. S'il peut être déterminé que la balance du compte crée des problèmes financiers, une décision d'allouer l'assistance financière pour le montant dû sera faite et le compte ne sera pas transféré pour recouvrement. De plus, n'importe quelle autre balance active à la charge du client, sans tenir compte du montant dû, sera aussi jugée assistance financière jusqu'à la date de décision (mais ne sera pas sujet au remboursement mentionné ci-dessus).

5. Créances douteuses de Medicare.

- a. A la fin du processus de recouvrement des fonds, tous les comptes éligibles de créances douteuses de Medicare doivent être évalués pour la conversion des créances douteuses ordinaires en créances douteuses de Medicare.
- b. Les déductibles et les montants des coassurance éligibles pour Medicare sont inscrits directement aux créances douteuses de Medicare sur les comptes qui sont qualifiés pour Medicaid ou qui peuvent démontrer la nécessité financière à travers l'application pour l'Assistance Financière conformément au FAP.

6. Evaluation d'Usage et Déductions Contractuelles.

- a. Les comptes qui ne rencontrent pas les critères d'Evaluation d'Usage seront déduits lors de la notification à un Manager des Services Fiscaux du Patient. Toutes les déductions doivent être approuvées par le Manager ou par la haute direction.
- b. Les montants des ajustements contractuels sont pris avant ou au moment où les paiements sont comptabilisés. Ces comptes figurent sur les affiches de paiement et n'exigent pas une autorisation préalable du Manager ou de la haute direction.
- c. Les comptes qui ne répondent pas aux exigences de pré-autorisation ou ne sont pas conformes aux termes des contrats avec les tiers payeurs seront déduits du code de déduction approprié et approuvé par le Manager ou la haute direction.

7. Diverses Déductions.

- a. Un Manager des Services Fiscaux du Patient, le Directeur du Compte du Patient ou un autre membre de la haute direction doit approuver tous les autres déductions aux créances douteuses. Les raisons de ces déductions sont variées et incluent, mais ne sont pas limitées, aux erreurs de facturation, au non-respect des exigences de

classement en temps requis, aux comptes avec des informations d'assurance incorrectes, etc.

8. Informations Générales. Le Département des Services Financiers du Patient doit avoir l'autorité finale et la responsabilité de déterminer que Health System a fait des efforts raisonnables pour déterminer si un parti responsable est éligible pour l'assistance financière et aussi de décider que Health System par conséquent peut s'engager dans ECAs contre le parti responsable. De plus amples informations au sujet de FAP, cette police, et le Département des Services Financiers du Patient peuvent être trouvées aux adresses suivantes :
  - a. En ligne : [www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/](http://www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/)
  - b. Par courrier :  
Patient Financial Services Department  
Attn: Financial Assistance  
P.O. Box 6815  
Baltimore, MD 21285-6815
  - c. En personne :  
Toutes les locations d'admission et d'enregistrement des patients; ou  
The Conference Center at Sheppard Pratt  
6501 N. Charles Street  
Baltimore, MD 21204
  - d. Par téléphone : Service du Client au (410)-938-3370 ou appel gratuit au (800)-264-0949.

**Références :**

**Pièces jointes :**

**Dates de Révision:**

**Dates d'Evaluation :**

10/18

**Signatures:**

Armando Colombo: 10/09/18

Harsh Trivedi: 10/04/18