

## **Boston Medical Center**

### **Politique de l'hôpital en matière de facturation et de recouvrement**

L'hôpital a une obligation fiduciaire interne de demander le remboursement des services qu'il a fournis aux patients en mesure de les payer, auprès des assureurs tiers responsables couvrant les coûts des soins du patient et auprès d'autres programmes d'aide auxquels le patient a droit. Afin de déterminer si un patient est en mesure de payer les services fournis et d'aider le patient à trouver les solutions de couverture alternatives s'ils sont sans assurance ou sous-assurés, l'hôpital respecte les critères suivants en ce qui concerne la facturation et le recouvrement auprès des patients. Lors de l'obtention des informations financières personnelles du patient et de sa famille, l'hôpital gère toutes ces informations dans le respect des lois fédérales et étatiques en vigueur en matière de confidentialité, de sécurité et de vol d'identité.

#### **A. Collecte d'informations sur les ressources financières du patient et sur sa couverture d'assurance**

- a) L'hôpital collaborera avec le patient afin de lui expliquer qu'il a le devoir de fournir les informations essentielles suivantes :

Avant de fournir de quelconques services de soins de santé (à l'exception des services visant à stabiliser un patient dont il a été déterminé qu'il se trouvait dans un état d'urgence médicale ou qu'il avait besoin de soins de santé urgents), le patient a l'obligation de fournir en temps voulu des informations précises sur le statut actuel de leur couverture d'assurance, des informations démographiques, des renseignements sur toute modification de leur revenu familial ou de leur couverture par une police de groupe (éventuelle) et, s'il en a connaissance, des informations sur les franchises ou les quotes-parts exigées par leur programme d'assurance ou financier applicable. Les informations détaillées de chaque dossier doivent comprendre, mais sans s'y limiter :

- i) Nom complet, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de sécurité sociale (si disponible), options de la couverture actuelle de l'assurance-maladie, informations sur la citoyenneté et le lieu de résidence, ainsi que les éventuelles ressources financières du patient pouvant être utilisées pour payer sa facture ;
- 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), les options de sa couverture actuelle de l'assurance-maladie, ainsi que ses éventuelles ressources financières pouvant être utilisées pour payer la facture du patient ;
- iii) Autres ressources pouvant servir à payer leur facture, y compris les autres programmes d'assurance, les polices d'assurance habitation ou de véhicules à moteur si le traitement était imputable à un accident, les programmes d'indemnisation des travailleurs, les polices d'assurance pour étudiants, ainsi que tout autre revenu familial tel que les héritages, les donations ou les répartitions d'une fiducie, notamment.

Le patient est également tenu d'assurer le suivi de sa facture hospitalière impayée, y compris de toute quote-part, toute coassurance et toute franchise existantes, et de contacter l'hôpital s'il a besoin d'aide pour le paiement d'une partie ou de l'intégralité de sa facture. Le patient est par ailleurs tenu d'informer soit sa caisse maladie (s'il en possède une) soit l'agence étatique qui a déterminé le statut d'admissibilité du patient à un programme public de toute modification de son revenu familial ou de sa couverture d'assurance. L'hôpital peut également aider le patient à mettre à jour son admissibilité à un programme public en cas de modifications de son revenu

familial ou de sa couverture d'assurance, à condition que le patient informe l'hôpital de toute modification de ce type dans le statut d'admissibilité du patient.

L'hôpital collaborera avec le patient afin de veiller à ce qu'il soit au courant de son devoir d'avertir l'hôpital et le programme applicable dans le cadre duquel il reçoit une assistance (par ex. MassHealth, Connector, le Health Safety Net ou Medical Hardship) de toute information liée à une modification de son revenu familial, ou s'il a effectué une demande d'indemnité d'assurance pouvant couvrir le coût des services fournis par l'hôpital. Si un tiers (tel que, mais sans s'y limiter, une assurance auto ou habitation) est responsable de couvrir le coût des soins dus à un accident ou un autre incident, le patient collaborera avec l'hôpital ou le programme applicable (notamment, mais sans s'y limiter, MassHealth, Connector ou le Health Safety Net) afin de céder le droit de récupérer le montant payé ou impayé associé à de tels services.

b) Obligations de l'hôpital :

L'hôpital déploiera tous les efforts diligents et raisonnables pour collecter les données relatives à l'assurance du patient et d'autres informations visant à vérifier la couverture pour les services de soins de santé fournis par l'hôpital. Ces efforts peuvent être déployés lors de l'enregistrement en personne initial du patient sur le site d'un hôpital en vue de recevoir un service, ou à d'autres moments. En outre, l'hôpital avertira le patient de la disponibilité d'options de couverture par le biais d'un programme public d'aide ou d'assistance financière de l'hôpital disponible, notamment de couverture via MassHealth, le programme de paiement de primes administré par le Health Connector, le Children's Medical Security Program, le Health Safety Net ou Medical Hardship, lors de l'envoi de factures au patient ou au garant du patient à la suite de la fourniture de services. Par ailleurs, l'hôpital fera également preuve de diligence raisonnable afin de déterminer, par le biais de systèmes de vérification publics ou privés existants, s'il est en mesure d'identifier le statut d'admissibilité du patient à une couverture d'assurance publique ou privée. L'hôpital tentera de recueillir ce type d'informations avant la fourniture de tout service de soins de santé non émergent et non urgent. L'hôpital reportera toute tentative d'obtention de ces informations si le patient est traité pour un état d'urgence médicale ou a besoin de services de soins urgents.

Les efforts de diligence raisonnable de l'hôpital comprendront, mais sans s'y limiter, la demande d'informations sur la couverture d'assurance du patient, la vérification des bases de données d'assurances publiques ou privées éventuellement disponibles, le respect des règles de facturation et d'autorisation, ainsi que la formation d'un recours approprié pour toute demande refusée si le service doit être payé intégralement ou partiellement par une compagnie d'assurance tierce connue pouvant être responsable des coûts des services de soins de santé récents du patient. Si le personnel d'inscription ou d'admission hospitalières en est informé par le patient, il doit également collaborer avec ce dernier afin de veiller à ce que les informations pertinentes soient communiquées aux programmes publics appropriés, notamment toute modification de son revenu familial ou de sa couverture d'assurance, y compris tout procès ou toute demande d'indemnité d'assurance susceptibles de couvrir le coût des services fournis par l'hôpital.

Si le patient ou le garant/tuteur n'est pas en mesure de fournir les informations nécessaires et si le patient y consent, l'hôpital déploiera des efforts raisonnables pour contacter des parents, des amis, le garant/tuteur et/ou d'autres tiers appropriés afin d'obtenir des informations supplémentaires.

Les efforts de diligence raisonnable de l'hôpital visant à examiner si une assurance tierce ou une autre ressource pourrait être responsable du coût des services fournis par l'hôpital doivent

comprendre, mais sans s'y limiter, la détermination par le patient de l'existence ou non d'une police applicable couvrant le coût des réclamations, notamment : (1) police de responsabilité automobile ou de propriété immobilière, (2) police de protection générale en cas d'accident ou de dommages corporels, (3) programmes d'indemnisation des travailleurs et (4) polices d'assurance pour étudiants, entre autres. Si l'hôpital est en mesure d'identifier un tiers responsable ou a reçu un paiement d'un tiers ou d'une autre ressource (notamment d'un assureur privé ou d'un autre programme public), l'hôpital signalera le paiement au programme applicable et le compensera, si cela s'applique en vertu des exigences de traitement des demandes du programme, avec toute demande ayant été payée par le tiers ou l'autre ressource. Pour les programmes d'aide publique étatiques ayant effectivement payé le coût des services, l'hôpital n'est pas tenu de garantir la cession du droit d'un patient à la couverture des services par un tiers. Dans ces cas, le patient doit être au courant du fait que le programme étatique applicable peut tenter de chercher à obtenir la cession des coûts des services fournis au patient.

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

L'hôpital dispose d'un processus uniforme et cohérent de soumission et de recouvrement des réclamations envoyées aux patients, quelle que soit leur couverture d'assurance. En particulier, si le patient possède actuellement un solde impayé lié à des services qui lui ont été fournis et non couverts par une option de couverture publique ou privée, l'hôpital se conformera aux procédures de recouvrement/facturation raisonnables suivantes. Notamment :

- a) Une facture initiale envoyée au patient ou à la partie responsable des obligations financières personnelles du patient ; la facture initiale comprendra des informations relatives à la disponibilité d'une aide financière (y compris, mais sans s'y limiter, MassHealth, le programme de paiement de primes administré par le Health Connector, le Children's Medical Security Program, le Health Safety Net et Medical Hardship) pour couvrir le coût de la facture de l'hôpital ;
- b) Factures ultérieures, appels téléphoniques, lettres de recouvrement, avis de contact personnels, notifications par ordinateur ou toute autre méthode de notification constituant un véritable effort de contacter la partie responsable de la facture impayée, qui comprendront également des informations sur la manière dont le patient peut contacter l'hôpital s'il a besoin d'une aide financière ;
- c) Dans la mesure du possible, documentation des autres efforts visant à déterminer la partie responsable de l'obligation ou l'adresse correcte sur les factures retournées par le service postal avec la mention « adresse incorrecte » ou « non distribuable » ;
- d) Envoi d'un avis final par courrier certifié pour les patients non assurés (ceux qui ne sont pas inscrits à un programme tel que le Health Safety Net ou MassHealth) qui possèdent un solde de créance irrécouvrable d'urgence supérieur à 1 000 \$ pour des services d'urgence uniquement, dont les avis n'ont pas été retournés avec la mention « adresse incorrecte » ou « non distribuable », et notification des patients de la disponibilité d'une aide financière dans la communication ;
- e) Documentation du maintien de l'action continue de facturation ou de recouvrement mise en œuvre pendant 120 jours à partir de la date du service et de son accessibilité pour le programme fédéral et/ou étatique applicable en vue de vérifier ces efforts ;
- f) Vérification du Massachusetts Eligibility Verification System (système de vérification de l'admissibilité du Massachusetts) afin de s'assurer que le patient n'est pas un patient à faibles revenus et n'a pas fait de demande de couverture auprès de MassHealth, du programme de paiement de primes administré par le Health Connector, du Children's Medical Security

Program, du Health Safety Net ou de Medical Hardship, avant d'envoyer les demandes au bureau du Health Safety Net pour la couverture des créances irrécouvrables.

- g) Pour tous les patients inscrits à un programme d'aide publique, l'hôpital ne peut les facturer que pour la quote-part, la coassurance ou la franchise spécifiques décrites dans les réglementations étatiques applicables et pouvant être également indiquées dans le système intégré de gestion national de Medicaid.

L'hôpital réclamera un paiement spécifié aux patients non admissibles à l'inscription à un programme d'aide publique étatique du Massachusetts, tels que ceux qui résident en dehors de l'État, mais qui pourraient répondre à des catégories d'admissibilité financières générales d'un programme d'aide publique étatique. Pour ces patients, l'hôpital avertira le patient si de telles ressources supplémentaires sont disponibles sur la base des revenus du patient et d'autres critères, comme décrit dans la politique d'aide financière de l'hôpital.

L'hôpital, s'il y est invité par le patient et sur la base d'un examen interne de la situation financière de chaque patient, peut également offrir au patient une remise supplémentaire ou une autre assistance en vertu de son propre programme d'aide financière interne qui s'applique de façon uniforme aux patients, et prenant en considération la situation financière documentée du patient ainsi que son incapacité à effectuer le paiement après des mesures de recouvrement raisonnables. Toute remise accordée par l'hôpital s'effectue dans le respect des exigences fédérales et étatiques, et n'influence aucunement le patient à recevoir des services de l'hôpital.

### **C. Populations exemptes d'activités de recouvrement**

Les populations de patients suivantes sont exemptes de toute procédure de recouvrement ou de facturation conformément aux réglementations et politiques étatiques : Patients inscrits à un programme d'assurance-maladie public, notamment mais sans s'y limiter à MassHealth, Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children , Children's Medical Security Plan, si le revenu brut ajusté modifié est inférieur ou égal à 300 % du niveau fédéral de pauvreté ; patients à faibles revenus tels que déterminés par MassHealth et le Health Safety Net, y compris ceux possédant un revenu brut ajusté modifié, un revenu du ménage ou un revenu familial imputable Medical Hardship compris entre 150,1 et 300 % du niveau fédéral de pauvreté ; et Medical Hardship, sous réserve des exceptions suivantes :

- a) L'hôpital peut prendre une mesure de recouvrement à l'encontre de tout patient inscrit aux programmes susmentionnés pour ses quotes-parts et franchises requises définies par chaque programme spécifique ;
- b) L'hôpital peut également lancer une procédure de facturation ou de recouvrement pour un patient prétendant participer à un programme d'aide financière qui couvre les coûts des services hospitaliers, mais n'est pas en mesure de fournir une preuve de cette participation. Dès réception d'une preuve satisfaisante attestant qu'un patient participe à un programme d'aide financière (y compris la réception ou la vérification de la demande signée), l'hôpital cessera ses activités de facturation ou de recouvrement ;
- c) L'hôpital peut poursuivre une mesure de recouvrement auprès d'un patient à faibles revenus pour les services fournis avant la détermination de son statut de patient à faibles revenus, à condition que le statut de patient à faibles revenus ait pris fin, expiré ou été identifié d'une autre manière dans le système national de vérification de l'admissibilité ou dans le système intégré de gestion de Medicaid. Cependant, une fois le patient déterminé comme admissible et inscrit à MassHealth, au programme de paiement de primes administré par le Health Connector, au Children's Medical Security Plan ou à Medical Hardship, l'hôpital cessera toute activité de recouvrement pour les services (à l'exception de toute quote-part ou toute franchise) fournis avant le début de son admissibilité.
- d) L'hôpital peut prendre une mesure de recouvrement à l'encontre de tout patient participant aux programmes répertoriés ci-dessus pour des services non couverts pour lesquels le patient a accepté

d'être responsable, à condition que l'hôpital ait obtenu le consentement écrit préalable du patient permettant de lui facturer ce(s) service(s). Cependant, même dans ces circonstances, l'hôpital n'est pas autorisé à facturer au patient des réclamations liées à des erreurs médicales ou des réclamations refusées par l'assureur principal du patient en raison d'une erreur administrative ou de facturation.

#### **D. Mesures de recouvrement extraordinaires**

- a) L'hôpital ne prendra aucune « mesure de recouvrement extraordinaire ».
- b) Les mesures de recouvrement extraordinaires comprennent :
  - i) La vente de la dette du patient à un tiers (sauf si les exigences spéciales énoncées ci-dessous sont satisfaites) ;
  - ii) Le signalement à des agences d'évaluation du crédit ou à des bureaux de crédit ;
  - iii) Le report, le refus ou l'exigence d'un paiement avant d'avoir fourni les soins médicaux nécessaires en raison du non-paiement d'une ou plusieurs factures liées à des soins précédemment couverts au titre de la politique d'aide financière de l'hôpital (qui est considéré comme une mesure de recouvrement extraordinaire pour les soins fournis précédemment)
  - iv) Mesures exigeant un processus légal ou judiciaire, notamment :
    - (1) Mise en gage d'un bien du patient ;
    - (2) Saisie d'un bien immobilier ;
    - (3) Saisie d'un compte bancaire ou de tout autre bien personnel ;
    - (4) Intenter une action civile à l'encontre d'un patient ;
    - (5) Demander l'arrestation d'un patient ;
    - (6) Demander qu'un patient fasse l'objet d'un acte de saisie corporelle ;
    - (7) Saisie du salaire d'un patient.
  - v) L'hôpital considérera la vente de la dette d'un patient à un tiers 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) il est interdit à l'acheteur de prendre toute mesure de recouvrement extraordinaire en vue d'obtenir le paiement de soins ; (ii) il est interdit à l'acheteur d'appliquer des intérêts à la dette à un taux supérieur à celui applicable aux swaps de taux d'intérêt (IRS) en cas de paiement insuffisant ; (iii) la dette est remboursable à ou rappelable par l'hôpital en cas de détermination de l'admissibilité du patient à une aide financière ; et (iv) si le patient est déterminé admissible à une assistance financière et si la dette n'est pas remboursée ou rappelée par l'hôpital, l'acheteur est tenu de respecter les procédures garantissant que le patient ne payera pas l'acheteur davantage que le montant que le patient est personnellement responsable de payer en vertu de la politique d'aide financière.
  - vi) Les mesures de recouvrement extraordinaires comprennent les mesures prises en vue d'obtenir le paiement de soins auprès de tout autre patient ayant accepté ou étant tenu d'accepter la responsabilité de la facture des soins hospitaliers du patient.

#### **E. Agences de recouvrement externe**

L'hôpital peut passer contrat avec une agence de recouvrement externe qui l'aidera à recouvrer certains comptes, notamment les montants dont le patient est responsable, non payés au-delà de 120 jours de mesures de recouvrement continues. L'hôpital peut également conclure des contrats ayant force obligatoire avec des agences de recouvrement externes. Tout contrat de ce type permettant la vente de la dette et n'étant pas considéré 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 un tiers, l'accord conclu avec ce dernier sera raisonnablement destiné à garantir qu'aucune mesure de recouvrement extraordinaire ne sera prise. Toutes les agences de recouvrement externes engagées par l'hôpital donneront au patient la possibilité de formuler un grief et transmettront à l'hôpital les résultats

de celui-ci. L'hôpital exige que toute agence de recouvrement externe à laquelle il fait appel agisse dans le respect des exigences fédérales et étatiques en matière de recouvrement équitable des dettes.

## **F. Acomptes et plans de versements**

Conformément aux réglementations du Massachusetts Health Safety Net concernant les patients qui : (1) sont déterminés comme ayant le statut de « Low Income Patient » (patient à faible revenu) ou (2) sont admissibles à Medical Hardship, l'hôpital fournira au patient des informations sur les acomptes et plans de versement sur la base de la situation financière documentée du patient. Tout autre plan sera basé sur le programme d'aide financière interne propre à l'hôpital et ne s'appliquera pas aux patients ayant la possibilité de payer.

### a) Services d'urgence

Un hôpital ne peut pas exiger d'acomptes antérieurs à l'admission et/ou au traitement de patients ayant besoin de soins d'urgence ou étant déterminés comme patients à faibles revenus.

### b) Acomptes de patients à faibles revenus

Un hôpital peut demander un acompte aux patients déterminés comme patients à faibles revenus. Ces acomptes doivent être limités à 20 % du montant déductible, et à 500 \$ maximum. Tous les soldes restants sont soumis aux conditions du plan de paiement établies dans 101 CMR 613.08(1)(g).

### c) Acomptes de patients Medical Hardship

Un hôpital peut demander un acompte à des patients admissibles à Medical Hardship. Les acomptes seront limités à 20 % de la contribution de Medical Hardship, et à 1 000 \$ maximum. Tous les soldes restants seront soumis aux conditions du plan de paiement établies dans 101 CMR 613.08(1)(g).

### d) Plans de paiement pour les patients à faibles revenus conformément au programme du Massachusetts Health Safety Net

Un patient possédant un solde de 1 000 \$ ou inférieur après l'acompte initial doit se voir proposer au moins un plan de paiement d'un an sans intérêts avec un paiement mensuel minimum ne pouvant pas dépasser 25 \$. Un patient possédant un solde de plus de 1 000 \$ après l'acompte initial doit se voir proposer au moins un plan de paiement de deux ans sans intérêts.

### e) Plans de paiement de patients à faibles revenus partiels du Health Safety Net, conformément au programme du Massachusetts Health Safety Net, pour les services fournis dans un centre de santé agréé comme hôpital.

### f) CommonHealth One-Time Deductible (franchise unique CommonHealth)

À la demande du patient, l'hôpital peut envoyer une facture à un patient à faibles revenus afin de lui permettre de satisfaire à la CommonHealth One-time Deductible (franchise unique CommonHealth) requise.

### g) L'hôpital propose également à tout patient à faibles revenus partiels du Health Safety Net un plan de coassurance autorisant le patient à verser 20 % du paiement du Health Safety Net pour chaque visite jusqu'à ce que le patient atteigne sa franchise annuelle. Le solde restant sera pris en charge par le Health Safety Net.