

# HMH CARRIER CLINIC

Belle Mead, NJ 08502 (908) 281-1000

<b>Titre : Politique de facturation et de recouvrement</b>	<b>Chapitres : Fiscal</b>
<b>Auteur :</b> Directeur du service de facturation et Vice-président/Directeur financier	<b>Parties prenantes :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tout le personnel</li></ul>
<b>Date de création :</b> 11/19 <b>Date de révision :</b> <b>Date de révision (T) :</b>	<b>7 Pages</b>
<b>Références:</b> Lois, règlements, lignes directrices et politiques fédéraux et étatiques	<b>Signature de la direction :</b> Vice-Président, Directeur financier

## OBJECTIF

HMH Carrier Clinic (Carrier Clinic) veille à ce que des procédures de recouvrement précises, cohérentes et opportunes soient suivies et qu'elles soient conformes aux règlements fédéraux et étatiques, y compris, mais sans s'y limiter, l'Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA), le Debt Collection Practices Act, le Fair Credit Billing Act, les Centers for Medicare and Medicaid (CMS) Bad Debt Requirements et la Section 501(r) de l'Internal Revenue Service

La présente politique fournit des directives générales relatives à la collecte et à la vérification des renseignements fournis, la collecte des paiements auprès des compagnies d'assurance tierces, des patients, de leurs garants et d'autres parties financièrement responsables pour le paiement des services de soins de santé dispensés. La politique s'applique aux services fournis et facturés par la clinique, à l'exclusion des services fournis et facturés par les entités énumérées à l'annexe A, même dans le cas où ces services ont pu être fournis à la clinique.

Les principes directeurs, qui sous-tendent cette politique, consistent à traiter tous les patients avec dignité et respect afin de s'assurer que les procédures de facturation et de recouvrement appropriées sont suivies de manière uniforme et que des efforts raisonnables sont déployés pour déterminer si la personne responsable du paiement de la totalité ou d'une partie du compte du patient est admissible à une aide en vertu de la politique d'aide financière.

## Procédures

### COLLECTE ET VÉRIFICATION DE RENSEIGNEMENTS SUR LES PATIENTS

Il incombe au patient de fournir à la clinique des informations complètes et à jour sur son assurance et ses renseignements personnels. La pré-admission, l'admission ou l'inscription ont lieu à n'importe quel moment du cycle d'accès du patient. L'activation du compte du patient implique : l'examen des informations fournies : renseignements personnels et informations sur le garant et sur l'assurance ; la copie de cartes ; l'obtention des consentements et des signatures requis. La vérification du statut de l'assurance et des avantages sociaux est effectuée aussitôt que des informations complètes sur l'assurance sont rendues disponibles par le biais du système (assistant) Health Change. Une vérification plus approfondie est effectuée peu de temps après en accédant à l'assurance en ligne ou en faisant une demande de renseignements par téléphone.

L'exigence d'obtenir des informations complètes tiendra compte de l'état du patient et de ses besoins immédiats en matière de santé.

Au moment de l'admission, s'il y a lieu, le patient/la famille peut être dirigé(e) vers un représentant des services aux patients (RPSP) afin de lui expliquer la politique de paiement de la clinique et lui communiquer une estimation des frais remboursables, les options de paiement ainsi que la disponibilité de l'aide financière.

### **ADMISSIONS D'URGENCE**

Tous les services d'urgence seront fournis sans égard à la capacité du patient de les payer. En aucun cas, le personnel de la clinique ne tentera d'obtenir des renseignements sur l'assurance, de vérifier l'admissibilité ou de demander l'approbation préalable d'un tiers. Ce n'est qu'après confirmation que le patient a fait l'objet d'une vérification et que le prestataire de soins de santé a donné son approbation qu'il est permis de tenter de recueillir des renseignements sur l'assurance du patient, de discuter de sa responsabilité financière, des options de paiement et de la disponibilité de l'aide financière.

### **PATIENS « non urgents »**

L'enregistrement et l'admission des patients non urgents peuvent être effectués avant la prestation des services ou au moment de l'admission. Les renseignements personnels, les données financières et les informations d'assurance des patients déjà enregistrés seront examinés et mis à jour au besoin, y compris, s'il y a lieu, la vérification de leur admissibilité à l'assurance par voie électronique ou téléphonique. Les patients ont la responsabilité de mettre à jour leurs informations d'assurance et leurs renseignements personnels au moment de l'admission.

### **DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ À L'AIDE FINANCIÈRE**

Sous réserve des dispositions définies dans la politique d'aide financière de Carrier Clinic et dans le présent document, Carrier Clinic peut fournir une aide financière aux patients non assurés, sous-assurés, inadmissibles à tout programme gouvernemental de soins de santé ou incapables de payer leurs soins.

Une personne peut solliciter une aide financière en remplissant une copie papier de la demande. Il est possible d'obtenir gratuitement une copie papier de la demande par l'un des moyens suivants :

- **Par courrier** : En écrivant à l'adresse suivante et en demandant une copie du formulaire de demande d'aide financière : HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 Attn : Patient Financial Services
- **En personne** : En se rendant au Département des services financiers aux patients. (du lundi au vendredi, de 8 h à 18 h) à l'adresse : HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502
- **Par téléphone** : Le Département des services financiers aux patients peut être joint au 908-281-1522 de 8 h à 16 h 30.
- **Site internet** : <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

La demande dûment remplie doit être retournée au Département des services financiers aux patients, situé au 252, County Road, 601 Belle Mead, NJ 08502, avec les documents annexes, incluant, sans s'y limiter :

- Les dernières déclarations de revenus fédérales pour tous les membres du ménage
- Trois mois de relevés bancaires : compte d'épargne, compte chèque et tout autre placement
- Les sources de revenus (deux derniers talons de paye, lettre d'attestation de revenu de la sécurité sociale ou preuve de dépôt bancaire, indemnités de chômage)

Les demandes incomplètes ne seront pas prises en considération, mais les candidats en seront informés et auront la possibilité de soumettre les documents manquants.

Une personne a 240 jours à compter de la date du premier relevé de facturation postérieur à la sortie du patient pour présenter une demande d'aide financière.

Toutes les demandes sont sujettes à examen et à l'approbation du directeur financier. En général, les patients sont admissibles à une aide financière, selon un barème progressif, lorsque le revenu du ménage est égal ou inférieur à 100 % des directives sur la pauvreté du gouvernement fédéral.

Si le patient ne fournit pas suffisamment d'informations à l'appui de ses difficultés financières, Carrier Clinic peut se fier à des sources externes ou à d'autres ressources d'inscription au programme visant à déterminer l'admissibilité que le patient doit fournir lorsque :

- le patient est sans abri
- le patient est admissible à d'autres programmes d'aide étatiques ou locaux
- le patient est admissible à la distribution de coupons alimentaires ou à un programme de repas subventionnés
- le patient est admissible au programme de médicaments sur ordonnance financé par l'État
- l'adresse valide du patient est considérée comme une habitation à loyer modique ou subventionné
- Le patient reçoit des soins gratuits d'une clinique communautaire et est référé à Carrier Clinic pour d'autres traitements
- Le patient vit dans un foyer d'accueil

### **ACOMPTES**

Des franchises d'assurance, des co-paiements, et des montants de coassurance peuvent être demandés au moment de la prestation des services. Dans le cas où le statut d'assuré actif ne peut être confirmé ou que l'autorisation ne peut être obtenue, , le patient peut être invité à verser des acomptes.

Des dispositions peuvent être prises pour déroger à cette exigence lorsque d'autres modalités de paiement acceptables sont prises et qu'il n'y a pas d'antécédents de créances irrécouvrables.

### **COLLECTE INTERNE**

Si, au cours du séjour du patient, le montant total dû par le patient n'a pas été établi au moment de l'admission, le patient ou le garant peut être contacté et prié d'effectuer des paiements provisoires et/ou de prendre des dispositions de paiement.

Les représentants des services aux patients sont disponibles pour fournir des renseignements ou répondre à des questions concernant l'admissibilité à l'assurance et les prestations de ces dernières. Les coordonnées des personnes-ressources sont fournies dans le Guide du patient et dans les différents services de la clinique.

### **VÉRIFICATION DE L'ASSURANCE**

Le personnel de la clinique vérifiera l'admissibilité et les prestations avant l'admission ou peu de temps après l'admission du patient, mais ne peut garantir l'exactitude des renseignements fournis relatifs à son admissibilité à l'assurance et aux prestations qu'il reçoit de l'assureur.

### **AUTORISATION**

Le personnel de la clinique sollicitera l'approbation des tiers payeurs pour la fourniture de soins spécifiques par des moyens écrits ou verbaux stipulant que les services fournis sont autorisés en vertu de l'assurance maladie du patient. L'autorisation ne valide pas l'admissibilité ou les prestations et ne garantit pas le paiement.

## **REFUS D'AUTORISATION**

Le patient et/ou le garant seront informés dès que l'assureur n'approuvera plus le maintien du séjour. Le patient/garant recevra des explications sur les possibilités de recours, y compris les possibilités de recours externe proposées aux patients. Le patient/garant devra alors assumer l'intégralité des frais associés aux jours non autorisés et il pourra lui être demandé de verser des acomptes.

## **MODALITÉS DE PAIEMENT**

Si le patient n'est pas en mesure d'effectuer le paiement complet des frais à l'échéance, des paiements partiels peuvent être approuvés. Une preuve financière des difficultés financières rencontrées par le patient peut être exigée pour déterminer les modalités de paiement acceptables à la fois pour le patient et pour la clinique. Les critères d'admissibilité financière sont discutés avec chaque patient et/ou garant lorsque des difficultés financières sont invoquées et lorsque cela est approprié.

## **MOYENS DE PAIEMENT**

Les moyens de paiement suivants sont acceptés : espèces, chèque et mandat-poste, Visa, MasterCard, American Express et Discover Card.

## **FONDS INSUFFISANTS (FI)**

Des frais de traitement de 25 \$ seront imputés au compte du patient pour tous les chèques sans provision retournés.

## **REMBOURSEMENTS**

Tous les remboursements aux patients sont examinés chaque semaine et envoyés au directeur des Services financiers aux patients et/ou au directeur administratif et au directeur financier pour approbation. Tout paiement en trop du solde du compte sera appliqué au solde impayé pour le même patient et le même garant. S'il n'y a pas de dettes impayées, le paiement sera remboursé en coordination avec toutes les parties ayant effectué les paiements à l'origine du solde créditeur. Tous les remboursements aux patients seront effectués en utilisant le moyen de paiement original.

## **RELEVÉS DE FACTURATION ET DÉLAIS DE RECOUVREMENT**

Carrier Clinic fait appel aux services d'Arcadia Recovery Services (ARS), Inc. pour le recouvrement de tous les soldes des patients après les paiements d'assurance et en cas de personnes non-assurées. Le cycle de facturation total est de 120 jours avant l'envoi du solde pour recouvrement.

Le protocole de recouvrement d'ARS est le suivant :

- Cinq appels téléphoniques (au 15ème, 40ème, 50ème, 75ème et 110ème jour) lorsque le numéro de téléphone est valide.
- En outre, quatre relevés sont produits et envoyés par la poste à l'adresse indiquée dans le dossier du patient
  - Pour les soldes des patients après le paiement de l'assurance, les relevés émis au 1er, 30ème, 60ème et 90ème jour (relevé final) après la date de paiement de l'assurance.

Les relevés de facturation comprennent les éléments suivants :

- Nom du patient, renseignements personnels, adresse, date(s) de service, numéro de compte, montants facturés et montants payés, ajustements et montant dû
- Coordonnées d'ARS
- Résumé en langage clair de la politique d'aide financière de Carrier Clinic

Les patients ayant des questions concernant leur solde peuvent appeler le Service à la clientèle au 800-888-1301 (du lundi au mercredi de 8 h à 19 h ; du jeudi au vendredi de 8 h à 18 h) ou les services financiers aux patients au 908-281-1554

Adresse pour les paiements :  
HMH Carrier Clinic, Inc.  
ATT : Finance/AP  
PO Box 147  
Belle Mead, NJ 08502-0147

### **ACTIONS EN CAS DE NON-PAIEMENT**

La clinique fera des efforts raisonnables pour donner aux patients la possibilité de s'acquitter de leurs obligations financières, comme il est indiqué ci-dessus dans la section intitulée « Relevés de facturation et délais de recouvrement » avant de transmettre un compte à une agence de recouvrement externe.

Arcadia fournira des informations sur l'aide financière et les options de paiement disponibles. Les patients peuvent également accéder à politique d'aide financière (PAF) de HMH Carrier Clinic sur le site internet <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/> ou contacter un représentant du service de facturation par l'un des moyens suivants :

- **Par courrier :** En écrivant à l'adresse ci-après pour solliciter une copie papier de la demande d'aide financière :  
HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502  
Attn : Patient Financial Services
- **En personne :** Bâtiment administratif (Département des services financiers aux patients) 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 (du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h 30)

- **Par téléphone :** Le Département des services financiers aux patients peut être joint au 908-281-1522 de 8 h à 16 h 30

Tout solde encore dû au terme du délai de présentation du relevé de facturation et/ou à la finalisation de toute aide financière entraînera le renvoi du compte du patient à l'agence de recouvrement externe.

### **RENOI À UNE AGENCE DE RECOUVREMENT EXTERNE**

Le cycle de facturation total est de 120 jours avant l'envoi du solde pour recouvrement, tel que défini dans la section : RELEVÉS DE FACTURATION ET DÉLAIS DE RECOUVREMENT.

En cas de non-réception du paiement, le dossier sera transmis à une agence de recouvrement.

Les efforts de HMH Carrier Clinic, d'Arcadia Recovery Services et de l'Agence de recouvrement n'incluent pas des mesures de recouvrement extraordinaires.