

			FIN 025
			MHS
Titre : Politique de facturation et de recouvrement			
Date de formulation : 15/01/13	Dernière révision Date : 21/03/2024	Date de la dernière révision : 24/01/2025	Date d'entrée en vigueur : 24/01/2025
Service produisant la politique : Finances			Page 1 sur 5

## POLITIQUE :

Le Methodist Health System (MHS) s'engage à aider tous les patients à respecter leurs obligations financières en appliquant des pratiques normalisées de facturation et de recouvrement. MHS facturera les patients et leurs payeurs applicables en temps opportun et avec précision et fournira un service à la clientèle de qualité et un suivi rapide d'une manière digne et professionnelle, conformément aux lois locales, étatiques et fédérales régissant ces activités sur tous les comptes en souffrance.

## PROCÉDURE :

1. Le MHS demandera le paiement des frais facturés aux patients non assurés ou sous-assurés, à moins que le patient ne soit admissible à l'assistance financière ou à d'autres programmes décrits ci-dessous.

La capacité de payer et l'admissibilité à d'autres sources de financement peuvent être prises en considération au moment de la prestation du service, sauf si le patient satisfait aux exigences de l'Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) telle que cela est défini à l'article 1867 de la Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd). Cette loi exige que tout hôpital qui accepte des paiements de l'assurance-maladie fournisse un examen de dépistage médical pour déterminer si un patient qui se présente au service des urgences souffre d'un problème de santé d'urgence et, le cas échéant, fournir un traitement dans les limites des capacités de l'hôpital pour stabiliser cet état. Le dépistage et le traitement requis en vertu de l'EMTALA doivent être fournis indépendamment de la citoyenneté du patient, de son statut légal aux États-Unis ou de sa capacité de payer pour les services. Une fois les conditions de l'EMTALA respectées, le MHS suivra les pratiques normales de facturation et de recouvrement (*voir la politique \_PC 033- Traitement médical et évaluation de travail d'urgence pour d'autres exigences particulières relatives à l'EMTALA*).

2. Le MHS ne s'engage pas dans les mesures de recouvrement extraordinaires (MRE). Le Bureau Central de Facturation a la responsabilité de déterminer si le MHS a fait des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à l'assistance financière et peut donc s'engager dans des processus de recouvrement courants, qui ne sont pas des MRE, pour recouvrer les montants dus à tout patient si l'assistance financière ou d'autres sources de financement ne sont pas identifiées.
3. Le MHS offre un dépistage gratuit à tous les patients non assurés pour rechercher d'autres sources de financement (à savoir assurance, responsabilité de tierce partie, programmes gouvernementaux actuels); l'admissibilité éventuelle du patient est déterminée pour d'autres sources de financement telles que : Medicaid, les victimes d'actes criminels, les indigents du comté, l'invalidité, la politique d'assistance financière du MHS et la capacité de payer.
4. Les patients qui n'ont pas d'autre source de financement et qui ne sont pas admissibles à l'assistance financière seront admissibles à une remise de non assuré appliquée au total des frais (*voir la politique du MHS Fin008 - Remise pour les non assurés, pour connaître les remises spécifiques appliquées*). La remise de non assuré est appliquée au moment où le compte est facturé au patient. De plus, le patient

peut prendre des dispositions pour un plan de paiement sur le solde après l'application de la remise de non assuré. Les services à tarif forfaitaire définis dans la Politique d'Assistance Financière du MHS sont exclus de la remise de non assuré.

5. Les patients sous-assurés peuvent être admissibles à la remise de non assuré ou à un plan de paiement sur une partie de leurs frais, s'ils ont épuisé les prestations d'un régime à leur disposition ou si les services ne sont pas couverts par leur régime d'assurance.
6. Une fois qu'un patient est admissible à l'assistance financière, aucune autre mesure de facturation et de recouvrement ne doit être prise pour les montants admissibles au titre de la Politique d'Assistance Financière du MHS. En revanche, la partie des frais de patients qui ne sont pas admissibles à l'assistance financière est assujettie aux mesures de facturation et de recouvrement décrites ci-dessous.

### **ARBITRAGE**

1. Si un patient ou une partie responsable conteste le solde d'un compte et demande des documents concernant la facture, le BCF prendra des mesures raisonnables pour fournir les documents demandés par écrit dans les 10 jours (si possible) et mettra le compte en attente pendant au moins 30 jours avant de renvoyer le compte pour des mesures de recouvrement supplémentaires.
2. Pour certains comptes où le patient doit 1 000 \$ ou plus, le MHS peut donner au patient une offre de participation à un arbitrage exécutoire. Ces comptes seront mis en attente pendant au moins 30 jours pour donner au patient le temps de répondre avant d'être dirigé vers d'autres activités de recouvrement. Le MHS n'engagera pas de MRE dans le cadre de l'activité de recouvrement. Si le patient accepte l'arbitrage, le compte sera mis en attente jusqu'à ce que l'arbitrage soit résolu.

### **PROCESSUS D'ADMISSIBILITÉ PRÉSUMÉE ET ANTÉRIEURE**

1. Le MHS doit faire des efforts raisonnables pour déterminer l'assistance financière disponible si le patient a été déterminé comme étant admissible à l'assistance financière en vertu du processus d'admissibilité présumée décrit dans la Politique d'Assistance Financière du MHS ou s'il est admissible au titre des déterminations d'admissibilité. Dans le cas contraire, le processus de notification ci-dessous doit être suivi pour établir des efforts raisonnables.
2. Pour toute détermination de l'admissibilité faite au titre de la présente politique, si le patient n'était pas admissible à l'aide la plus généreuse disponible (financièrement indigent), le patient doit être informé des façons de se qualifier comme financièrement indigent et disposer d'un délai raisonnable pour présenter une demande avant d'être envoyé à une agence de recouvrement.

### **PROCESSUS DE NOTIFICATION AUX PATIENTS**

1. Au moment où un patient se présente pour des services, l'équipe d'inscription lui offrira la délivrance électronique du relevé détaillé. Si le patient choisit de ne pas recevoir la délivrance électronique, le relevé détaillé sera envoyé par la poste. Une fois le solde du compte du patient établi, le MHS enverra le relevé détaillé par voie électronique ou par la poste au patient. Pour les patients non assurés, le relevé détaillé est remis le 4e jour suivant le congé et pour les patients assurés, le relevé détaillé est livré au plus tard le 30e jour suivant la réception du paiement par l'assurance. Après avoir envoyé le relevé détaillé, le MHS enverra un relevé initial après congé et au moins un relevé supplémentaire sur une

période de 120 jours. Chaque relevé de facturation après congé informera le patient qu'une assistance financière est disponible pour les personnes admissibles.

2. Le récapitulatif en langage clair informant le patient de la politique d'assistance financière du MHS est fourni dans le relevé de facturation final après congé. Ce relevé informera également le patient que le compte sera confié à une agence de recouvrement. Le MHS n'engagera pas de MRE dans le cadre de l'activité de recouvrement. Le relevé final après congé sera fourni au patient au moins 30 jours avant le début des activités de recouvrement des créances irrécouvrables.
3. Dans l'éventualité où le MHS fusionnerait plusieurs factures impayées pour des soins, le premier relevé de facturation après congé sera défini par l'épisode de soins le plus récent.
4. Le MHS peut passer des appels téléphoniques aux patients pour leur demander le paiement intégral. Chaque fois que le patient est appelé, il peut être informé de la Politique d'Assistance Financière du MHS et de la façon de présenter une demande. Si le paiement intégral n'est pas possible et que le patient n'est pas admissible à l'assistance financière, un plan de paiement peut être offert. Au moins 30 jours avant le début du recouvrement des créances irrécouvrables, le MHS fera un effort raisonnable pour informer oralement la personne de la Politique d'Assistance Financière du MHS et de la façon d'obtenir de l'aide pour le processus de demande.
5. Le MHS peut conclure une vente de dettes s'il existe un accord écrit juridiquement contraignant avec l'acheteur de la dette et que les trois éléments 501(r) suivants sont respectés :
  - a. L'acheteur doit accepter de ne pas s'engager dans une MRE pour obtenir le paiement de la dette.
  - b. L'acheteur doit accepter de ne pas facturer d'intérêts sur la dette.
  - c. La dette doit pouvoir être renvoyée ou rappelée par le MHS dès que le MHS ou l'acheteur détermine que la personne est admissible à l'assistance financière.
  - d. Si la personne est jugée admissible à la PAF et que la dette n'est pas renvoyée ou rappelée par l'établissement hospitalier, l'acheteur doit respecter les procédures précisées dans l'accord. L'accorde doit faire en sorte que le particulier ne paie pas et n'a aucune obligation de payer l'acheteur de la dette et l'établissement hospitalier ensemble plus qu'il n'est personnellement responsable de payer en tant que particulier admissible à la PAF.
6. Le MHS peut déposer un « privilège » sur tout produit potentiel d'un tiers ou toute couverture payée par un tiers dans les cas où des services ont été fournis à la suite d'un accident dans lequel un tiers peut être responsable. Le MHS ne déposera aucun privilège directement contre un patient ou ses biens.
7. Dans les cas où un patient soumet une demande d'assistance financière incomplète, le MHS l'informerait de la façon de remplir la demande d'assistance financière. Si une personne soumet une demande d'assistance financière incomplète au cours des 240 premiers jours suivant le premier relevé de facturation après congé, le MHS suspendra les activités de recouvrement en place et fournira au patient

un avis écrit décrivant les renseignements supplémentaires et/ou les documents nécessaires pour finaliser la demande d'assistance financière, y compris les coordonnées appropriées du MHS.

8. Le MHS acceptera les demandes d'assistance financière complètes, traitera et qualifiera les personnes au besoin pour une assistance financière tout au long des efforts de facturation et de recouvrement, jusqu'à 240 jours à compter du premier relevé de facturation après congé.
9. Les demandes d'assistance financière complètes reçues au cours des 240 premiers jours à compter du premier relevé de facturation après congé entraîneront la suspension de toutes les activités de recouvrement en place pendant que le MHS détermine si le patient est admissible à l'assistance financière. Une fois que la détermination de l'admissibilité est effectuée, le MHS informera le patient par écrit de la décision et de la raison de la décision. Tous les paiements effectués avant l'approbation de la demande ne seront pas remboursés.
10. Si le patient est jugé admissible à moins de 100 % du montant dû, le MHS lui fournira un relevé de facturation indiquant le montant qu'il doit après l'application du réajustement partiel de l'assistance financière. Ce relevé indiquera comment le patient peut recevoir des renseignements sur le processus d'assistance financière ou le réajustement appliqué.
11. Une fois l'admissibilité à l'assistance financière déterminée, le MHS prendra les mesures raisonnablement disponibles pour mettre fin aux activités de recouvrement contre la personne afin d'obtenir le paiement des soins.
12. Une classification de l'assistance financière peut être recommandée par le directeur des comptes patients ou le directeur de l'accès des patients du MHS et sera approuvée par le vice-président du Bureau Central de Facturation ou le vice-président principal du cycle de revenus.
13. Une copie écrite de la présente Politique de Facturation et de Recouvrement ainsi que de la Politique d'Assistance Financière du MHS, du récapitulatif de la PAF et de la demande de PAF peut être obtenue en la téléchargeant sur le site Web du MHS à l'adresse suivante : <https://www.methodisthealthsystem.org/patients-visitors/financial-assistance/> ou en personne au 4040 North Central Expressway, Dallas, TX 75204 ou en composant le 214-947-6300 ou le 866-364-9344 (numéro sans frais).
14. Les hôpitaux méthodistes de Dallas exerçant leurs activités en tant que Methodist Health System (MHS) adoptent la politique et la procédure de facturation et de recouvrement pour, en tant que Methodist Celina Medical Center (MCEL), en tant que Methodist Charlton Medical Center (MCMC), en tant que Methodist Dallas Medical Center (MDMC), en tant que Methodist Mansfield Medical Center (MMMC), en tant que Methodist Midlothian Medical Center (MLMC), en tant que Methodist Richardson Medical

Center (MRMC) et en tant que Methodist Southlake Medical Center (MSMC).

**DÉFINITIONS :**

Les mesures de recouvrement extraordinaires (MRE) comprennent les suivantes :

1. Vente d'une dette d'un particulier lorsque les lignes directrices 501(r) ne sont pas respectées pour la vente d'une dette (voir l'article n°. 5 ci-dessus pour plus de détails sur les cas où une vente de dette ne serait pas considérée comme une vente de dette).
2. Déclaration de renseignements concernant une personne à des agences d'évaluation du crédit à la consommation ou à des bureaux d'évaluation du crédit
3. Report ou refus de soins médicaux urgents en raison du non-paiement de factures actuelles ou antérieures
4. Actions qui nécessitent un processus juridique ou judiciaire, telles que les privilèges sur une propriété individuelle, la saisie d'un bien immobilier, la saisie d'un compte bancaire ou de biens personnels, les actions civiles, l'arrestation ou la saisie-arrêt.

Cela n'inclut pas les privilèges placés sur le produit d'un jugement, d'un règlement ou d'une transaction dus à une personne recevant des services de soins de santé en raison d'un préjudice corporel.

**DOCUMENTS CONNEXES**

Remise de non-assuré - Politique du MHS Fin008

Politique d'Assistance Financière - Politique du MHS Fin006

Traitement médical et évaluation du travail d'urgence - Politique du MHS PC033

<p>Le bureau responsable de la présente politique est le Bureau des Finances d'Entreprise. Les questions au sujet de la présente note de service ou les suggestions d'amélioration doivent être adressées au vice-président exécutif / directeur financier du MHS.</p>
--