

Date de dernière approbation	Décembre 2022	Propriétaire	Layne Gambol : Directeur des comptes patients
Date d'entrée en vigueur	Janvier 2023	Domaine	Politiques de conformité d'entreprise
Dernière révision	Décembre 2022	N° de référence	CCP-FI-006
Prochaine révision	Décembre 2025		

Politique de recouvrement et d'aide financière de l'hôpital

I. OBJET

Établir des normes pour des pratiques de facturation, de recouvrement et d'aide financière justes et équitables qui reflètent le statut du Capital Health Medical Center – Hopewell et du Capital Health Regional Medical Center (collectivement « Capital Health ») en tant que prestataires de santé à but non lucratif, et qui promeuvent sa mission de permettre aux résidents de sa zone de service d'avoir accès à des services de santé de haute qualité indépendamment de leur capacité à payer.

II. FORMULAIRES/PIÈCE JOINTE

Fiche financière confidentielle de Capital Health

Liste des prestataires de Capital Health

III. ÉQUIPEMENT/FOURNITURES

Aucun

IV. POLITIQUE

Dans le cadre de son énoncé de mission, Capital Health et toute entité qui lui est substantiellement liée comme défini par l'Internal Revenue Service maintiennent des pratiques de facturation justes et équitables qui traitent tous les patients avec dignité, respect et compassion. Capital Health répond aux besoins d'urgence et autres besoins de santé médicalement nécessaires de chacun, indépendamment de leur capacité à payer, conformément à sa politique sur les soins d'urgence (Politique n° CCP-PC-002) et à la loi sur le traitement médical d'urgence et le travail (EMTALA). Capital Health facilite l'assistance aux patients qui ne sont pas en mesure de payer en totalité ou en partie les soins qu'ils

reçoivent, et ce d'une manière qui est cohérente avec la mission et les valeurs de Capital Health et qui tient compte de la capacité de chaque individu à contribuer au coût de ses soins.

Veillez vous référer à l'Annexe B pour obtenir une liste de tous les prestataires qui fournissent des soins d'urgence ou autres services de santé médicalement nécessaires dans le Capital Health Medical Center - Hopewell et dans le Capital Health Regional Medical Center, et pour savoir s'ils sont pris en charge par la Politique d'aide financière (« FAP »). Cette liste sera examinée trimestriellement et mise à jour si nécessaire.

V. LARGE DIFFUSION

La FAP, la Fiche financière confidentielle de Capital Health (« Formulaire de demande ») et le Résumé en langage clair (« PLS ») sont tous disponibles en anglais et dans la langue principale des populations ayant une maîtrise limitée de l'anglais et qui constituent le moindre de 1 000 personnes ou de 5 % de la communauté desservie par la zone de service primaire de chaque établissement hospitalier. Tous les efforts seront entrepris pour s'assurer que les documents relatifs à la FAP sont clairement communiqués aux patients dont la langue principale n'est pas incluse parmi les traductions disponibles. Le PLS est une déclaration écrite qui avise un individu que l'établissement hospitalier propose une aide financière et fournit des informations concernant cette FAP dans un langage clair, concis et facile à comprendre.

Capital Health fournit des efforts raisonnables pour informer les patients de la disponibilité potentielle d'une aide financière. Lorsqu'un patient demande des renseignements sur l'aide financière, le personnel avisera le patient qu'une aide financière peut lui être proposée, mais uniquement selon les critères définis dans la présente politique, et que pour obtenir de plus amples informations, le patient ou le médecin doit contacter le responsable Crédit et recouvrement dans le Service des comptes patients.

La FAP, le Formulaire de demande et le PLS seront affichés en évidence de la manière suivante :

- A. La FAP, le Formulaire de demande et le PLS sont disponibles sur le site web de Capital Health : www.capitalhealth.org ;
- B. Des copies papier de la FAP, du Formulaire de demande et du PLS sont disponibles gratuitement sur demande par courrier et dans les lieux publics de chaque établissement hospitalier (ceux-ci incluent au minimum le service des urgences et les zones d'admission) situés aux adresses suivantes :

Capital Health Medical Center – Hopewell
One Capital Way
Pennington, NJ 08534

Capital Health Regional Medical Center
750 Brunswick Avenue
Trenton, NJ 08638

- C. Informer et aviser les membres de la communauté desservie par chaque établissement hospitalier à propos de la FAP d'une manière qui parviendra aux membres de la communauté les plus susceptibles d'avoir besoin d'une aide financière ;
- D. Aviser et informer les membres qui reçoivent des soins auprès des établissements hospitaliers à propos de la FAP :
 - 1. En proposant une copie papier du PLS aux patients hospitalisés dans le cadre du processus d'admission.
 - 2. En incluant une notification écrite placée en évidence sur tous les relevés de facturation pour informer les patients de la disponibilité d'une aide financière ;
 - 3. En affichant des panneaux en évidence dans les lieux publics de chaque établissement hospitalier pour aviser et informer les patients de la disponibilité d'une aide financière.

VI. PROGRAMMES D'AIDE FINANCIÈRE ET CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

A. Patients sans assurance :

Un patient sans assurance est défini comme un patient qui n'est pas couvert par une assurance pour les services nécessaires sur le plan médical et qui n'est pas admissible à l'un des programmes étatiques, fédéraux et locaux. Si le patient correspond à cette définition et aux critères définis aux points « a » et « b » ci-dessous ; le patient sera admissible à une remise pour absence d'assurance prescrite par l'État qui ajustera le passif du patient à un montant inférieur à 115 % du remboursement Medicare (*NJ Public Law 2008, c.60*). Aucune demande n'est requise pour bénéficier de cette remise.

Cette remise est calculée comme suit :

- 1. Pour tous les services d'hospitalisation, utiliser les 115 % du montant DRG de Medicare ; et
- 2. Pour tous les services ambulatoires, utiliser les 115 % du montant Medicare.

Capital Health se réserve le droit d'appliquer équitablement des remises en fonction de la situation financière de chaque patient.

B. Programme d'aide au paiement de soins dans les hôpitaux du New Jersey (« Prise en charge caritative ») :

La Prise en charge caritative désigne une prise en charge gratuite ou à prix réduit pour les patients qui reçoivent des services d'hospitalisation ou ambulatoires auprès d'hôpitaux de soins actifs dans tout l'État du New Jersey.

La Prise en charge caritative est un programme d'État accessible aux résidents du New Jersey qui :

1. Ne disposent pas d'une assurance-santé ou dont la couverture ne prend en charge qu'une partie de la facture ;
2. Sont inadmissibles à toute autre couverture privée ou sponsorisée par le gouvernement ; et
3. Satisfont aux critères d'admissibilité en termes de revenus et d'actifs, tels qu'établis par l'État.

Critères d'admissibilité relatifs aux revenus - Les patients ayant un revenu familial brut inférieur ou égal à 200 % des directives fédérales de pauvreté (« FPG ») sont admissibles à une Prise en charge caritative de 100 %. Les patients ayant un revenu familial brut supérieur à 200 % mais inférieur ou égal à 300 % des FPG sont admissibles à une remise sur leurs soins en vertu du programme de Prise en charge caritative. Les critères d'admissibilité en termes de revenus sont basés sur les revenus qui précèdent immédiatement la date du service.

Critères d'admissibilité relatifs aux actifs - Les actifs individuels d'un patient ne doivent pas dépasser 7,500 \$ et les actifs de la famille ne doivent pas dépasser 15,000 \$ à la date du service pour que le patient soit admissible. Aux fins de cette section, les membres de la famille dont il faut prendre en compte les actifs sont tous des individus légalement responsables tel que défini dans le N.J.A.C. 10:52-11.8(a).

L'octroi de soins gratuits ou de la prise en charge partielle des frais sera déterminé selon le critère de revenus pour les personnes non-assurées du Département de la santé du New Jersey.

C. Remise pour assurance insuffisante :

Capital Health fournit une remise à tous les patients admissibles sous-assurés qui ne peuvent pas payer la totalité ou une partie de leur facture d'hôpital. Cette remise est disponible pour les patients sous-assurés qui répondent aux critères d'admissibilité suivants en termes de revenus.

Critères d'admissibilité relatifs aux revenus - Les patients ayant un revenu familial brut inférieur ou égal à 400 % des directives fédérales de pauvreté (« FPG ») sont admissibles à une prise en charge de 100 %. Les patients ayant un revenu familial brut supérieur à 400 % mais inférieur ou égal à 600 % des FPG sont admissibles à une remise sur leurs soins.

L'octroi de soins gratuits ou de la prise en charge partielle sera déterminé en doublant (2x) les montants inclus dans le critère de revenus des personnes non-assurées du Département de la santé du New Jersey.

VII. MONTANTS GÉNÉRALEMENT FACTURÉS (« AGB »)

Conformément à l'Internal Revenue Code §501(r)(5), en cas d'urgence ou pour les soins médicalement nécessaires, les patients admissibles à l'aide financière en vertu de cette FAP ne seront pas facturés davantage qu'une personne disposant d'une assurance couvrant de tels soins.

Capital Health a utilisé la méthode rétrospective, la rémunération à l'acte Medicare plus les assureurs de santé privés afin de calculer un pourcentage AGB pour chacun de ses établissements hospitaliers. Le pourcentage AGB est calculé chaque année sur la base de toutes les demandes autorisées par la rémunération à l'acte Medicare, plus les assureurs de santé privés sur une période antérieure de 12 mois, divisé par la somme des frais bruts associés à ces demandes. Le pourcentage AGB applicable sera appliqué aux frais bruts pour déterminer l'AGB.

Les pourcentages AGB qui en résultent sont les suivants :

Capital Health Regional Medical Center

- Services d'hospitalisation – 8,02 %
- Services ambulatoires – 11,11 %

Capital Health Medical Center – Hopewell

- Services d'hospitalisation – 7,00 %
- Services ambulatoires – 9,73 %

Tout patient admissible à l'aide financière se verra toujours facturer le montant moindre entre l'AGB ou tout tarif réduit disponible en vertu de cette FAP.

VIII.MÉTHODE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE – PRISE EN CHARGE CARITATIVE ET PATIENTS SOUS-ASSURÉS

- A. Les patients qui satisfont aux critères d'admissibilité pour la Prise en charge caritative doivent soumettre un Formulaire de demande dûment rempli auprès du programme d'assistance des hôpitaux du New Jersey pour participer.

Ce Formulaire de demande inclut certains justificatifs requis conformément à la section Prise en charge caritative du Manuel des services hospitaliers N.J.A.C. 10:52. Les documents suivants sont requis pour étudier l'admissibilité de la demande :

1. Documents d'identification acceptés pour le patient et sa famille :
Ceux-ci peuvent inclure l'un des documents suivants : permis de conduire, carte de sécurité sociale, carte d'inscription au registre des étrangers, certificat de naissance, passeport, visa, pièce d'identité délivrée par l'état, etc.
2. Justificatif de résidence dans le New Jersey à la date du service : Celui-ci peut inclure l'un des documents suivants : permis de conduire, carte d'identification d'un programme social, facture de services publics, déclaration de revenus fédérale, déclaration de revenus de l'état, ou relevé de prestations chômage (remarque : les soins d'urgence constituent une exception à l'exigence concernant la résidence).

3. Justificatif des revenus bruts :
Celui-ci peut inclure des fiches de paie, formulaires W-2, relevés de prestations chômage, etc.
4. Justificatif d'actifs à la date du service :
Il s'agit des éléments facilement convertibles en liquidités. Ceux-ci incluent les relevés bancaires, relevés d'investissements, etc.

Occasionnellement, des justificatifs supplémentaires peuvent être demandés en fonction des circonstances particulières du demandeur. Une personne peut déposer une demande de Prise en charge caritative jusqu'à deux ans (730 jours) à compter de la date de service.

- B. Les patients qui satisfont aux critères d'admissibilité à la Remise pour assurance insuffisante doivent soumettre une Fiche financière confidentielle de Capital Health dûment remplie pour que leur admissibilité soit étudiée. Aucun document supplémentaire n'est requis avec cette demande.

En règle générale, les patients nécessitant une aide financière envoient dans un premier temps une Fiche financière confidentielle. Selon les informations fournies, le service Crédit et recouvrement de Capital Health avisera le patient s'il est ou non susceptible d'être admissible à l'aide financière.

Une fois qu'un Formulaire de demande dûment rempli a été envoyé, un membre du service Crédit et recouvrement étudiera le Formulaire de demande afin de déterminer l'admissibilité financière. Le patient, ou l'individu financièrement responsable, sera avisé par écrit de toutes les déterminations. Capital Health se réserve le droit d'appliquer équitablement des remises en fonction de la situation financière de chaque patient.

Si Capital Health reçoit un Formulaire de demande incomplet, le patient ou l'individu financièrement responsable en sera avisé par écrit, et la notification soulignera les informations et/ou justificatifs supplémentaires nécessaires pour permettre de déterminer l'admissibilité au titre de la FAP. Le patient, ou l'individu financièrement responsable, bénéficiera du délai supérieur entre 30 jours ou le nombre de jours restant dans la période du Formulaire de demande (deux ans ou 730 jours à compter de la date de service) pour soumettre un Formulaire de demande dûment rempli comprenant toutes les informations supplémentaires demandées par Capital Health. En outre, les patients recevront un PLS.

Veuillez vous référer à la Partie V pour savoir où vous pouvez vous procurer un Formulaire de demande gratuitement et sur demande.

IX. PRATIQUES DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT

- A. Tous les comptes qui sont contractuellement laissés avec un passif financier par leur assureur ou qui ne disposent pas d'une assurance responsabilité civile sont considérés comme des patients supportant eux-mêmes le coût de leurs soins. Ces patients se verront proposer des informations sur l'aide financière au moment de leur enregistrement.
- B. Les patients supportant eux-mêmes le coût de leurs soins reçoivent une série de quatre bulletins d'informations ainsi qu'une notification urgente sur une période de 135 jours à compter de la date du premier relevé de facturation concernant les soins. Cette notification urgente doit être envoyée aux patients en leur fournissant un délai minimum de 30 jours pour régler le solde impayé avant que la créance ne soit transmise à une agence de recouvrement. Cette notification devra :
- indiquer qu'une aide financière est disponible pour les patients admissibles ;
 - inclure un numéro de téléphone où les individus peuvent obtenir des informations sur la FAP et de l'aide avec le processus de demande ;
 - inclure l'adresse du site Web de l'organisation où des copies de la FAP, du Formulaire de demande et du PLS peuvent être obtenues ;
 - identifier les mesures de recouvrement extraordinaires (« ECA ») que la partie tierce a l'intention de lancer pour obtenir le paiement des soins ;
 - indiquer une échéance après laquelle de telles ECA pourront être entreprises (laquelle échéance ne sera pas antérieure à 30 jours après la date de la notification) ; et
 - inclure une copie du PLS.

Capital Health fournira des efforts raisonnables pour notifier oralement les individus concernant la Politique FAP et la façon dont ils peuvent obtenir de l'aide avec le processus de demande.

- C. En plus des bulletins d'informations et de la notification urgente, le service des comptes patients contacte par téléphone les comptes présentant un solde supérieur à 750,00 \$ pour tenter de résoudre le solde impayé. En cas de circonstances imprévues, des efforts raisonnables seront faits pour contacter les patients par téléphone, mais cela ne peut être garanti. Exemples : coupure de courant, pandémie au niveau national.
- D. Si une dette à la charge du patient n'est pas résolue sous 135 jours, le compte est alors radié en créance irrécupérable et transféré à l'une de deux agences extérieures de recouvrement primaire selon le nom du patient (répartition alphabétique).

- E. L'agence de recouvrement primaire dispose d'un délai de 270 jours pour s'occuper du compte. À l'issue des 270 jours, s'il existe toujours un solde impayé, le compte est repris automatiquement, puis réaffecté à une agence de recouvrement secondaire. Une seule agence de recouvrement secondaire est utilisée.
- F. Un individu dispose d'un délai de deux ans (730 jours) à compter de la date de service pour déposer une demande d'aide financière.
- G. Si un Formulaire de demande dûment rempli est reçu, Capital Health s'assurera que :
- Les ECA à l'encontre du patient seront suspendues ;
 - Une détermination d'admissibilité sera faite et documentée en temps opportun ;
 - Capital Health avisera le patient par écrit de la détermination et de la base pour la détermination, comment ce montant a été déterminé et le pourcentage AGB applicable;
 - Un relevé de facturation mis à jour sera fourni, indiquant le montant payable par le patient admissible à la FAP (le cas échéant) ; et
 - Tout montant versé au-delà du montant dû par le patient admissible à la FAP sera remboursé (le cas échéant et s'il est supérieur à 5 \$).
- H. Si un Formulaire de demande incomplet est reçu, Capital Health fournira au patient une notification écrite stipulant les informations ou justificatifs supplémentaires requis pour faire une détermination d'admissibilité à la FAP. Les parties tierces suspendront toutes les ECA visant à obtenir le paiement des soins jusqu'à ce que Capital Health communique une détermination d'admissibilité à la FAP.
- I. L'agence de recouvrement secondaire est le seul organisme autorisé à poursuivre un recours local sur un compte placé en créance irrécupérable. À part les comptes poursuivis légalement par l'agence de recouvrement secondaire, l'agence de recouvrement secondaire dispose également d'un délai de 270 jours pour s'occuper du compte.
- J. À l'issue de la période de 270 jours dans l'agence de recouvrement secondaire, le compte sera automatiquement repris par le système de comptabilité patients et le code d'agence « TB » (reprise) lui sera affecté.
- K. Un compte présentant le code d'agence TB est certifié avoir suivi le cycle de recouvrement pour paiement à la charge du patient pendant 135 jours, dans une agence de recouvrement primaire pendant 270 jours et dans une agence de recouvrement secondaire pendant une nouvelle période de 270 jours.
- L. Tous les comptes sont traités de la même façon, indépendamment du payeur.

Lorsqu'un patient exprime son incapacité ou sa difficulté à remplir son obligation financière envers Capital Health pour ses soins, Capital Health travaille avec le patient pour déterminer si une aide financière est disponible afin de satisfaire à l'obligation du patient. L'aide financière peut inclure :

- A. Établissement d'un plan de paiement raisonnable, ne devant pas excéder le nombre de jours restant dans le cycle de facturation préalablement au renvoi vers une agence de recouvrement primaire ;
- B. Identification de l'aide financière disponible grâce aux programmes tels que Medicaid, Prise en charge caritative ou d'autres organisations caritatives tierces ;
- C. Une remise partielle sur, ou une renonciation complète aux frais associés aux soins du patient conformément aux conditions générales de cette politique.

Capital Health exige de ses agences de recouvrement qu'elles adhèrent à la présente politique. Pour faciliter le respect de cette politique, Capital Health inclut dans tous ses accords avec des organismes de recouvrement :

- A. L'exigence que l'agence de recouvrement s'abstienne de toute activité qui enfreigne le Fair Debt Collections Practices Act (15 U.S.C. Section 1692 et. seq.).
- B. Une confirmation de l'agence de recouvrement concernant le statut et la mission à but non lucratif de Capital Health et un accord de l'agence de s'abstenir des pratiques de recouvrement qui sont contraires à ce statut ou enfreignent cette politique.

Capital Health engage des poursuites juridiques uniquement en vue d'obtenir la satisfaction de l'obligation financière d'un patient lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire que le patient ou la partie responsable dispose de revenus et/ou d'actifs suffisants pour remplir l'obligation sans difficulté excessive. Capital Health ne recherche pas la vente ou la saisie de la résidence principale d'un patient en vue de remplir l'obligation financière d'un patient.

X. RÉFÉRENCES

United States Department of Health and Human Service, Office of Inspector General's Compliance Guidance to Hospital, March 1998
American Hospital Association and New Jersey Hospital Association Statement of Principles and Guidelines for Hospital Billing and Collection Practices
New Jersey Assembly Bill, A 2609