

**capitalhealth**

Dernière approbation	S/O	Titulaire	Layne Gambol : Directrice des comptes patient
Date d'entrée en vigueur	Dès Approbation	Secteur	Politiques de conformité d'entreprise
Dernière révision	Déc 2025	Références	CCP-FI-006
Prochaine révision	3 ans après approbation		

Politique de recouvrement et d'aide financière des structures hospitalières

I. OBJECTIF

Établir des normes pour des pratiques de facturation, de recouvrement et d'aide financière justes et équitables, et qui reflètent la qualité de Capital Health Medical Center –Hopewell et de Capital Health Regional Medical Center (collectivement « Capital Health ») en tant que prestataire de soins de santé à but non lucratif, et qui promeuvent sa mission, à savoir d'offrir un accès à des services de santé de haute qualité aux résidents de son secteur, quelle que soit leur capacité de paiement.

II. FORMULAIRES/DOCUMENT JOINT

Fiche financière confidentielle de Capital Health

Liste des prestataires de Capital Health

III. ÉQUIPEMENTS/FOURNITURES

Aucun(e)

IV. POLITIQUE

En lien avec sa déclaration de mission, Capital Health et toute entité en lien substantiel avec elle, telle que définie par l'Internal Revenue Service, observent des pratiques de facturation justes et équitables qui traitent tous les patients avec dignité, respect et compassion. Capital Health répond aux besoins en matière de soins de santé d'urgence et médicalement nécessaires de tous, quelles que soit leur capacité de paiement conformément à sa politique sur les soins d'urgence (Politique n° CCP-PC-002) et la Loi américaine sur le traitement médical d'urgence et le travail (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA). Capital Health facilite l'assistance aux patients incapables de payer une partie ou la totalité des soins qu'ils reçoivent et ce, d'une manière conforme à la mission et aux valeurs de Capital Health en tenant compte de

la capacité de chacun à contribuer au coût des soins dont il/elle a bénéficié.

Pour obtenir la liste de tous les prestataires assurant des services de santé d'urgence ou médicalement nécessaires au sein du Capital Health Medical Center - Hopewell et du Capital Health Regional Medical Center, et pour savoir s'ils sont couverts par la Politique d'aide financière (« PAF »), consultez l'Annexe B. Cette inscription sera examinée tous les 3 mois et mise à jour, si nécessaire.

V. LARGE DIFFUSION

La PAF, la fiche financière confidentielle de Capital Health (la « Demande ») et le résumé simplifié (« RS ») sont tous disponibles en anglais et dans la langue principale des populations maîtrisant mal l'anglais, soit 1 000 individus ou 5% de la communauté qui se trouve dans le secteur de chaque établissement hospitalier (le moindre des deux nombres). Tous les efforts seront déployés afin de veiller à ce que les documents de la PAF soient clairement communiqués aux patients dont la langue principale ne figure pas parmi les traductions disponibles. Le RS est une déclaration écrite qui informe la personne que l'établissement hospitalier offre une aide financière et fournit des renseignements sur cette PAF dans un langage clair, concis et facile à comprendre.

Capital Health déploie des efforts raisonnables pour informer les patients de la disponibilité éventuelle d'une aide financière. Lorsqu'un patient s'enquiert de la possibilité d'une aide financière, le personnel l'informera qu'une telle aide pourrait être disponible, exclusivement selon les critères énoncés dans cette politique, et que, pour plus de renseignements, le patient ou le médecin devra contacter le Responsable du crédit et des recouvrements au sein du service des comptes patient.

La PAF, la demande et le RS seront présentés de façon visible de la manière suivante :

- A. La PAF, la demande et le RS sont largement disponibles sur le site web de Capital Health : www.capitalhealth.org;
- B. Des copies papier de la PAF, de la demande et du RS peuvent être obtenues gratuitement par courrier postal et dans les lieux publics de chaque structure hospitalière (au moins aux services des urgences et dans le hall des admissions) 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. Information et notification des membres de la communauté desservie par chaque structure hospitalière en ce qui concerne la PAF, de manière à atteindre les membres de la communauté les plus susceptibles d'avoir besoin d'aide financière;
- D. Notification et information des membres qui reçoivent des soins au sein des structures hospitalières concernant la PAF par différents moyens :
 1. En remettant une copie papier du RS aux patients hospitalisés dans le cadre du processus d'admission;
 2. En joignant un avis écrit clairement visible, qui informe les patients de la disponibilité de

- l'aide financière sur tous les relevés de facturation;
3. En affichant des affiches visibles qui informent et notifient les patients de la disponibilité d'une aide financière au sein des espaces publics de chaque structure hospitalière.

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

A. Patients non assuré :

Un patient non assuré est défini comme un patient qui ne dispose pas d'une assurance pour les services médicalement nécessaires dont il fait état et qui n'est admissible à aucun programme d'état, fédéral ou local. Si le patient répond à cette définition et aux critères énoncés aux points « a » et « b » ci-dessous, il sera admissible à une Remise de l'État pour les non assurés, qui ajustera son dû à un maximum de 115% du remboursement Medicare (*NJ Public Law 2008, c.60*). Aucune demande n'est requise pour cette remise.

Cette remise est calculée comme suit :

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

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

B. Programme d'aide au paiement des soins hospitaliers du New Jersey (« Charity Care ») :

L'aide Charity Care permet une prise en charge gratuite ou à un tarif préférentiel des soins médicaux pour les hospitalisations et les consultations externes dans les hôpitaux assurant des soins aigus sur tout le territoire de l'État du New Jersey.

Charity Care est un programme d'État accessible aux résidents du New Jersey qui :

1. Ne disposent pas d'une assurance maladie ou dont la police d'assurance qui ne couvre qu'une partie des frais de santé ;
2. Ne sont admissibles à aucune couverture privée ou subventionnée par le gouvernement; et
3. Répondent aux critères d'admissibilité en matière de revenus et d'actifs établis par l'État.

Critères d'admissibilité financiers – Patients dont le revenu familial brut est inférieur ou égal à 200% des Directives fédérales en matière de pauvreté (Federal Poverty Guidelines, « FPG ») sont admissibles à une couverture Charity Care à 100%. Les patients dont le revenu familial brut est supérieur à 200% mais inférieur ou égal à 300% du seuil établi par les directives FPG sont admissibles à des soins à tarif réduit dans le cadre du programme Charity Care. Les critères d'admissibilité au revenu sont basés sur le revenu juste avant la date des soins.

Critères d'admissibilité aux actifs – Pour pouvoir être admissible, les biens individuels d'un patient ne peuvent pas dépasser 7 500 \$ et ses biens familiaux ne peuvent pas dépasser 15 000 \$ à la date des soins.

Aux fins de cette section, les membres de la famille du patient dont les biens doivent être pris en compte sont tous des personnes légalement responsables telles que définies dans le N.J.A.C. 10:52-11.8(a).

Le gratuité partielle ou totale des soins sera déterminée par le Services des soins de santé du New Jersey, le New Jersey Department of Health Care, pour les critères de revenu des non-assurés.

C. Remises pour les Sous-assurés :

Capital Health offre une remise sur les soins à tous les patients admissibles sous-assurés qui ne peuvent pas payer l'ensemble ou une partie de leur frais médicaux. Cette remise est proposée aux patients sous-assurés qui répondent aux critères d'admissibilité de revenu suivants.

Critères d'admissibilité au revenu – Les patients dont le revenu familial brut est inférieur ou égal à 400% du seuil établi par les directives FPG sont admissibles à une couverture à 100%. Les patients dont le revenu familial brut est supérieur à 400% mais inférieur ou égal à 600% du seuil établi par les FPG sont admissibles à des soins à prix réduit.

L'accès à la gratuité totale ou partielle des soins de santé sera déterminé en multipliant par 2 (2x) les montants prévus par les Services des soins de santé du New Jersey, le New Jersey Department of Health Care, pour les critères de revenu des Sous-assurés.

VII. MONTANTS GÉNÉRALEMENT FACTURÉS (« MGF »)

Conformément à l'article 501(r)(5) du Code des impôts des États-Unis, dans le cas de soins d'urgence ou médicaux nécessaires, les patients admissibles à une aide financière en vertu de cette PAF ne seront pas facturés plus qu'une personne disposant d'une assurance couvrant ces soins.

Capital Health s'est basée sur la méthode rétrospective (« Look-Back »), les barèmes Medicare ainsi que les mutuelles santé privées pour calculer un pourcentage des MGF pour chacune de ses structures hospitalières. Le pourcentage des MGF est calculé annuellement en fonction de toutes les réclamations autorisées par les frais de service de Medicare plus les assureurs santé privés sur une période antérieure de 12 mois, le tout divisé par la somme des frais bruts associés à ces réclamations. Le pourcentage applicable aux MGF sera appliqué aux charges brutes pour déterminer les MGF.

Les pourcentages des MGF obtenus sont les suivants :

Capital Health Regional Medical Center

- Hospitalisation – **6,25 %**
- Soins ambulatoires – **9,72%**

Capital Health Medical Center – Hopewell

- Hospitalisation – **5,95%**
- Soins ambulatoires – **7,91%**

Tout patient admissible à une aide financière sera toujours facturé au tarif des MGF ou à un tarif réduit offert dans le cadre de cette PAF (le moins cher des deux).

VIII. COMMENT EFFECTUER UNE DEMANDE D'AIDE

FINANCIÈRE – CHARITY CARE ET SOUS-ASSURÉS

- A. Les patients qui répondent aux critères d'admissibilité au programme Charity Care doivent soumettre une Demande de participation au Programme d'assistance hospitalière du New Jersey (New Jersey Hospital Assistance Program) dûment complétée.

Cette demande exige certains documents selon la section Charity Care du Hospital Services Manual N.J.A.C. 10:52. Le document suivant est nécessaire pour déterminer l'admissibilité au programme :

1. Documents d'identification du patient et de sa famille :

Parmi les documents recevables figurent : permis de conduire, carte de sécurité sociale, carte d'enregistrement des étrangers, certificat de naissance, passeport, visa, pièce d'identité délivrée par les pouvoirs publics, etc.

2. Preuve de résidence au New Jersey à la date des soins : Cela peut inclure entre autres : permis de conduire, carte de bénéficiaire du régime d'aide sociale, facture de services publics, déclaration de revenus fédérale, déclaration de revenus d'État ou déclaration de prestations de chômage (Remarque : Le critère d'exigence de résidence ne s'applique pas aux soins d'urgence).

3. Preuve de revenus bruts :

Cela peut inclure des talons de paie, des formulaires W-2, des relevés de prestations de chômage, etc.

4. Preuve de possession d'actifs/biens à la date des soins :

Il s'agit d'articles pouvant être facilement convertis en argent. Il peut s'agir de relevés bancaires, de relevés d'investissement, etc.

Parfois, des documents supplémentaires peuvent être demandés selon la situation personnelle du demandeur. Une personne peut faire la demande de prise en charge financière de soins dans le cadre du programme Charity Care jusqu'à deux ans (730 jours) à compter de la date des soins.

- B. Les patients qui remplissent les critères d'admissibilité à la remise offerte aux Sous-assurés doivent soumettre une Fiche financière confidentielle de Capital Health dûment complétée pour pouvoir être considérés comme admissibles. Aucun document supplémentaire n'est requis pour cette soumission.

Habituellement, les patients ayant besoin d'aide financière soumettent dans un premier temps une fiche financière confidentielle. Sur la base des informations fournies, le service chargé du crédit et des recouvrements de Capital Health informera le patient s'il peut bénéficier d'une aide financière.

Une fois la demande complétée soumise, un membre du personnel du service du crédit et des recouvrements examinera la demande afin de déterminer son admissibilité financière. Les patients, ou la personne financièrement responsable, seront informés par écrit de toutes les décisions. Capital Health se réserve le droit d'appliquer équitablement des remises en fonction de la situation financière d'un patient.

Si Capital Health reçoit une demande incomplète, un avis écrit sera remis au patient ou à la personne financièrement responsable, avec le détail des renseignements et/ou des documents nécessaires afin de déterminer l'admissibilité à la PAF. Les patients, ou la personne responsable financièrement, disposeront de 30 jours ou du nombre de jours restants dans la période de demande (deux ans ou 730 jours à compter de la date de service) (délai le plus long des deux) pour soumettre une demande dûment complétée, avec notamment tout renseignement supplémentaire demandé par Capital Health. De plus,

les patients recevront un RS.

Veuillez consulter la Partie V pour savoir où accéder gratuitement et sur demande à la demande.

IX. PRATIQUES DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT

- A. Tous les patients à qui il reste contractuellement une part de responsabilité financière (prise en charge partielle par l'assurance) ou qui ne bénéficient pas d'une assurance responsabilité civile envers un tiers sont considérés comme des réglant eux-mêmes les soins. Ces patients recevront des renseignements sur l'aide financière au moment de l'inscription.
- B. Les patients qui règlent eux-mêmes les frais médicaux reçoivent quatre messages d'information génériques et un avis urgent au cours d'une période de 135 jours à compter de la date du premier relevé de facturation pour les soins. Cet avis urgent doit être envoyé aux patients, en leur accordant un minimum de 30 jours pour régler le solde impayé avant que la dette ne soit transmise à une agence de recouvrement. Cet avis :
- indiquera qu'une aide financière est disponible pour les patients admissibles;
 - comportera un numéro de téléphone que les personnes pourront composer pour obtenir des renseignements sur la PAF et de l'aide pour le processus de demande;
 - comportera l'adresse du site web de l'organisation où se procurer des copies de la PAF, de la demande et du RS;
 - identifiera les actions de recouvrement extraordinaires (« ARE ») que le tiers compte engager pour obtenir le paiement des soins;
 - indiquera une date limite après laquelle ces ARE pourraient être initiées (ce délai ne sera pas antérieur à 30 jours suivant la date de la remise de l'avis); et
 - inclura une copie du RS.

Capital Health déploiera des efforts raisonnables pour informer oralement les personnes de l'existence de la PAF et de la manière dont elles pourraient obtenir de l'aide pour le processus de demande.

- C. En plus des mails génériques et d'un avis urgent, le service des comptes patients communique par téléphone avec personnes dont le solde dépasse 750,00 \$ afin de tenter de solder les montants impayés. En cas de circonstances imprévues, des efforts raisonnables seront faits pour assurer les appels téléphoniques, mais cela ne peut être garanti. Exemples : coupures de courant, pandémie nationale.
- D. Si une obligation de paiement direct n'est pas réglée dans les 135 jours, le compte est alors radié et considéré comme une créance irrécouvrable. Il sera alors transféré à l'une des deux principales agences de recouvrement externes en fonction du nom de famille du patient (répartition alphabétique).
- E. L'agence de recouvrement principale dispose de 270 jours pour solder le compte. À la fin de cette période de 270 jours, s'il reste un solde en cours, le compte est automatiquement récupéré et réattribué à une agence de recouvrement secondaire. Une seule agence de recouvrement secondaire est utilisée.
- F. Une personne dispose de deux ans (730 jours) à compter de la date des soins pour demander une aide financière.
- G. Si une demande complète est reçue, Capital Health veillera à ce que :
- les ACE le patient soient suspendues;

- l'admissibilité soit déterminée et documentée en temps opportun;
 - Capital Health informera le patient par écrit de la décision avec justification, de la manière dont ce montant a été déterminé et du pourcentage applicable des MGF;
 - Un relevé de facturation à jour indiquant le montant dû par le patient admissible à la PAF (le cas échéant) sera transmis au patient; et
 - Tout montant payé dépassant le montant dû par le patient admissible au PAF sera remboursé en conséquence (le cas échéant et pour une valeur supérieure à 5 \$).
- H. Si une demande incomplète est reçue, Capital Health fournira au patient un avis écrit décrivant les informations ou documents supplémentaires nécessaires pour déterminer l'admissibilité à la PAF. Les tiers suspendront toute ACE en vue d'obtenir un paiement pour les soins jusqu'à ce que Capital Health prenne une décision concernant l'admissibilité à la PAF.
- I. L'agence de recouvrement secondaire est la seule agence autorisée à engager des recours juridiques sur un compte placé en créance irrécouvrable. Outre les poursuites légales engagées par l'agence de recouvrement secondaire, cette dernière dispose d'un délai de 270 jours pour solder le compte.
- J. À la fin de la période de 270 jours durant lesquels le compte est géré par l'agence de recouvrement secondaire, le système comptable patient récupère automatiquement le compte et ce dernier reçoit le code d'agence « TB » (Récupération).
- K. Un compte associé au code TB a suivi un cycle de recouvrement de paiement direct de 135 jours, auprès d'une agence de recouvrement principale pendant 270 jours et d'une agence secondaire pendant poursuites supplémentaires.
- L. Tous les comptes sont traités de la même façon, peu importe le payeur.

Lorsqu'un patient exprime une incapacité ou une difficulté à respecter l'obligation financière envers Capital Health en lien avec les soins reçus, Capital Health cherche à établir avec le patient s'il peut bénéficier d'une aide financière pour honorer son obligation. L'aide financière peut inclure :

- A. L'établissement d'un plan de paiement raisonnable, ne devant pas dépasser le nombre de jours restants du cycle de facturation avant le renvoi à l'agence de recouvrement principale;
- B. L'identification de l'aide financière disponible par l'entremise de programmes tels que Medicaid, Charity Care ou d'autres organismes de bienfaisance tiers;
- C. Une remise partielle ou une renonciation complète aux frais associés aux soins du patient conformément aux modalités et conditions de cette politique.

Capital Health exige que ses agences de recouvrement respectent cette politique. Pour faciliter le respect de cette politique, Capital Health inclut dans tous ses accords et toutes ses dispositions avec les agences de recouvrement :

- A. Des exigences pour que l'agence de recouvrement s'abstienne de toute activité enfreignant la Fair Debt Collections Practices Act (15 U.S.C. Section 1692 et suivantes).
- B. Une reconnaissance de la part de l'agence de recouvrement du statut d'organisme sans but lucratif de Capital Health et de sa mission, ainsi qu'un accord de la part de l'agence de s'abstenir de recourir à pratiques de recouvrement contraires à ce statut ou contraires à cette politique.

Capital Health n'engage des actions juridiques que dans le but d'obtenir le paiement de l'obligation financière d'un patient que lorsqu'il existe des motifs raisonnables de croire que le patient ou la partie responsable possède un revenu et/ou des actifs suffisants pour satisfaire l'obligation sans contrainte excessive. Capital Health n'ira pas chercher la vente ou la saisie de la résidence principale d'un patient afin de satisfaire une obligation financière de ce dernier.

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

Signatures d'approbation

Description de l'étape	Approbateur	Date
Approbation du Directeur financier	Shane Fleming : Directeur financier	En attente
Approbation du Responsable de la conformité	Laura McGuire : Responsable de la conformité	Déc 2025
Titulaire de la politique	Layne Gambol : Directrice des comptes patient	Déc 2025

Normes

Aucune norme n'est associée à ce document