



Holy Cross Health: Billing and Collection of Patient Payment Obligations

Propriétaire/Département : Cristina Rayford, Directrice régionale, Accès aux patients	Date d'approbation : 01/10/2025
Approuvé par : Anne Gillis (RHM Chief Financial Officer), Annice Cody (President Holy Cross Health Network), Doug Ryder (RHM President), Louis Damiano (RHM President) Andre Boyd, Président régional et PDG	Prochaine date de révision : 01/10/2027
Départements concernés : Collections, Emergency Registration, Financial Counseling, Insurance Billing, Legal Services, Patient Access Services, Patient Accounting, Patient Registration, Pre-Arrival Services, Gestion des revenus, Services financiers aux patients de Trinity Health Enterprise	

Objectif

Définir la politique de Holy Cross Health visant à garantir que les pratiques de facturation et de recouvrement des obligations de paiement des patients sont justes, cohérentes et conformes aux réglementations étatiques et fédérales. Veiller à ce que Holy Cross Health ne procède à aucune action de recouvrement exceptionnelle avant d'avoir fait tous les efforts raisonnables pour déterminer si la personne est éligible à une aide financière pour les soins reçus.

Cette politique a pour but de respecter l'engagement de Holy Cross Health à :

- Fournir un accès à des services de santé de qualité avec compassion, dignité et respect pour les personnes que nous servons, en particulier celles vivant dans la pauvreté et les populations mal desservies de nos communautés ;
- Prendre soin de toutes les personnes, quel que soit leur statut d'assurance ou leur capacité à payer les services ; et
- Aider les patients qui ne peuvent pas payer tout ou partie des soins qu'ils reçoivent.

S'applique à :

- Gestion des revenus
- Services financiers
- Services juridiques
- Partenaires commerciaux en facturation et recouvrement
- Collègues des Services financiers aux patients de Trinity Health Enterprise

**Politique
Aperçu**

Holy Cross Health s'efforcera de mettre en place un processus de facturation clair, concis, exact et convivial pour le patient, et de rendre disponibles des informations spécifiques dans un format compréhensible concernant les frais de Holy Cross Health pour les services fournis.

Dans la mesure du possible, Holy Cross Health tentera de collecter les obligations de paiement des patients avant ou au moment de la prestation des services hospitaliers. Les soldes des patients non collectés avant ou au moment de la sortie du patient seront facturés au patient comme indiqué dans cette politique. En général, les patients payant eux-mêmes recevront au moins trois relevés pour les soldes dus à partir de la date de sortie du patient ou, pour les patients assurés, à partir de la date à laquelle un tiers payeur identifie le solde dû par le patient, avant que le solde impayé du patient ne soit transmis à une agence de recouvrement. Ces relevés seront généralement envoyés sur une période de 90 à 120 jours et seront générés selon les directives de facturation établies par Trinity Health.

Avant d'être transmis à une agence de recouvrement, les soldes des patients payant eux-mêmes ne seront ni annulés ni ajustés par l'hôpital, sauf si le patient ou sa famille répond aux critères de la politique d'aide financière aux patients de Holy Cross Health ou à l'aide financière présumée, comme indiqué dans cette politique.

Holy Cross Health mettra à disposition un plan de paiement sans intérêt basé sur le revenu pour les patients dont la situation financière nécessite un délai supplémentaire pour régler leur solde. Holy Cross Health fera toujours tous les efforts raisonnables pour déterminer si une personne est éligible à une aide financière en vertu de cette politique avant d'entreprendre toute action de recouvrement exceptionnelle. Holy Cross Health prendra également toutes les mesures raisonnablement disponibles pour annuler les efforts de recouvrement concernant les montants dus par des patients jugés éligibles à une aide financière.

**Recouvrement
avant ou au
point de
service**

Les patients pré-enregistrés pour des services hospitaliers ou professionnels et payant eux-mêmes ou ayant une coassurance ou une franchise due devront soit prépayer le montant estimé dû, payer à l'arrivée pour les services ou au moment de la sortie. Cela n'inclut pas les personnes recherchant des soins médicaux d'urgence ou tout autre service couvert par les réglementations EMTALA. Les patients du centre d'urgence devront payer après la fin du dépistage médical ou au moment de la sortie. Dans tous les cas d'urgence, les services médicaux ne seront ni retardés ni refusés en fonction de la capacité de paiement.

**Informations
sur les frais**

Holy Cross Health soutient la transparence des prix et s'engage à fournir des informations aidant les patients et le public à comprendre et estimer leurs frais à leur charge pour les services hospitaliers. Nous rendons ces informations disponibles par :

- Affichage d'une liste représentative des services hospitaliers les plus couramment utilisés avec une fourchette de prix estimée pour chaque service listé. Cette liste est affichée de manière visible dans tous les espaces d'enregistrement et de caisse de l'hôpital, au centre d'urgence et sur le site web de l'hôpital. Cette liste est mise à jour trimestriellement et se base sur les frais moyens facturés aux patients pour chaque service au cours des six derniers mois.
- Publication de la liste maîtresse de description des frais (CDM) de chaque hôpital sur le site web de l'hôpital, reflétant les frais standard pour tous les articles et services fournis par chaque hôpital. Ces informations sont mises à jour semestriellement pour correspondre au calendrier de fixation des tarifs de la Health Services Cost Review Commission.
- Publication d'une liste conviviale pour les patients des services pouvant être planifiés à l'avance, reflétant les frais standards pour un ensemble limité de services dans chaque hôpital. Ces informations sont également mises à jour semestriellement.

Toutes les questions sur les frais ou les demandes d'estimation de frais pour les services hospitaliers sont transmises au département de conseil financier ou des services pré-arrivée et traitées rapidement et avec courtoisie. Des estimations écrites des services sont fournies au patient sur demande et dans les 2 jours ouvrables suivant la demande du patient. Tous les patients seront informés que les informations fournies concernant les frais hospitaliers sont des estimations et que leurs frais réels varieront en fonction de l'état du patient, du niveau de soins ou d'autres services requis et fournis.

Tous les collègues des services d'enregistrement, de conseil financier, du service client, de la caisse et des services financiers aux patients de l'entreprise sont formés sur la disponibilité des informations sur les frais et le processus de transmission des demandes d'estimation des patients au département de conseil financier ou des services pré-arrivée.

**Aide
financière**

Les informations concernant le programme d'aide financière de Holy Cross Health seront affichées de manière visible pour informer les patients de la disponibilité d'une aide financière pour régler leurs factures. Ces informations sont disponibles via des panneaux et des informations sur l'aide financière situés dans toutes les zones d'enregistrement et de caisse de l'hôpital, au centre d'urgence, sur tous les relevés de facturation, sur le site web de l'hôpital et en contactant le personnel de conseil financier et du service client. Lorsque Medicaid ou d'autres programmes de financement peuvent couvrir les frais médicaux du patient, cette information sera communiquée au patient. Le personnel de conseil financier sera disponible pour aider tous les patients demandant une aide financière.

**Processus de
facturation**

Les relevés de facturation des obligations de paiement des patients sont généralement envoyés après la codification finale du dossier médical et selon les

délais standard établis par la direction. Bien que cela soit généralement de un à cinq jours, ce processus peut prendre jusqu'à 30 jours après la sortie ou après l'adjudication par un tiers payeur. Les obligations de paiement des patients peuvent être confiées à un prestataire externe pour facturation.

- Les patients recevront un relevé initial de Holy Cross Health ou d'un prestataire externe détaillant l'assurance facturée, le cas échéant, un résumé des services reçus, y compris le prix, les informations sur d'autres factures que le patient pourrait recevoir de groupes de médecins de l'hôpital et les coordonnées de ces groupes. Inclus avec la facture hospitalière et dans chaque communication écrite au patient concernant le recouvrement de la facture hospitalière se trouvera la Fiche d'information pour le patient, qui fournit des informations sur le programme d'aide financière de Holy Cross Health, les droits et obligations du patient concernant sa facture et les informations pour contacter l'hôpital en cas de questions ou de réclamations.
 - Les patients recevront au minimum trois relevés de Holy Cross Health et/ou d'un prestataire externe, y compris des appels téléphoniques si nécessaire, pour les soldes dus sur une période de 90 à 120 jours à partir de la date de sortie si le patient paie lui-même ou à partir de la date à laquelle un tiers payeur identifie le solde dû avant que le solde impayé du patient ne soit transmis à une agence de recouvrement. Les plans de paiement et l'aide financière seront discutés avec le patient s'il indique qu'un aménagement est nécessaire. Le prestataire externe restituera le compte à Holy Cross Health au bout de 90 jours après sa réception, à condition qu'aucune demande d'aide financière ne soit en cours ou qu'aucun plan de paiement actif ne soit en place. Toute information sur l'assurance trouvée par le prestataire externe sera retournée à Holy Cross Health. Holy Cross Health est responsable de la soumission de la facture à l'assurance et du suivi direct avec l'assurance pour résoudre le solde restant sur le compte du patient.
 - Holy Cross Health utilisera des processus de facturation personnalisés pour les patients non assurés vus dans les centres de santé Holy Cross Health. Ces processus peuvent être conçus pour tenir compte des ressources attendues, des crédits d'aide financière et d'autres difficultés de communication et peuvent reposer principalement sur un contact personnel avec ces patients. Les autres services hospitaliers fournis aux patients des centres de santé et cliniques doivent être traités selon les mêmes procédures de facturation que les autres comptes de patients à l'hôpital.
 - Holy Cross Health répondra rapidement et avec courtoisie aux questions ou réclamations des patients concernant leurs factures et aux demandes d'aide financière.
-

Plans de paiement

Holy Cross Health mettra à disposition de tous les patients éligibles un plan de paiement sans intérêt basé sur le revenu avec des délais de paiement définis en fonction du solde du compte, conformément aux directives du HSCRC. Ces plans de paiement peuvent être administrés avec l'aide d'une agence externe.

Réductions

Aucune « courtoisie professionnelle » ou réduction pour employés n'est autorisée sur les soldes non couverts par l'assurance. Les réductions accordées aux payeurs ou aux patients payant eux-mêmes pour les services hospitaliers seront autorisées conformément aux réglementations de la Health Services Cost Review Commission.

Une réduction pour paiement personnel est disponible sur les soldes dus pour les services professionnels et est calculée en fonction du tarif commercial le plus élevé payé pour le service à ce moment-là. Des réductions sur les services professionnels dépassant la réduction pour paiement personnel mentionnée ci-dessus peuvent être accordées au cas par cas après évaluation de la recouvrabilité du compte.

Remboursements

Des remboursements seront effectués pour des montants supérieurs à 5 \$ perçus auprès d'un patient ou d'un garant qui, dans un délai de 2 ans après la date du service, fournit à l'hôpital des documents démontrant que le patient était éligible à des soins gratuits au moment du service. Si le patient ou le garant ne coopère pas avec l'hôpital en fournissant les documents requis pour déterminer l'éligibilité aux soins gratuits, l'hôpital documentera le manque de coopération et pourra réduire la période de 2 ans à au moins 30 jours après la date de la demande des documents requis par l'hôpital.

Si un patient reçoit des services dans un centre Holy Cross Health ou est inscrit à un régime de soins de santé gouvernemental soumis à conditions de ressources qui exige un copaiement minimum, l'hôpital respectera les conditions du plan du patient concernant les paiements qui peuvent ou non être remboursables.

Assistance présumée Financière Assistance

Holy Cross Health reconnaît que tous les patients ne sont pas en mesure de remplir la demande d'aide financière ou de fournir les documents financiers justificatifs. Holy Cross Health peut accorder une aide financière aux patients incapables de fournir les documents requis, tels que les patients décédés sans succession connue, les patients sans-abri ou au chômage, les patients éligibles à des programmes d'aide publique qui reçoivent des services médicalement nécessaires non couverts, les patients en faillite et les membres d'organisations religieuses ayant pris un vœu de pauvreté sans ressources individuelles ou au sein de l'organisation religieuse.

Pour les patients qui ne répondent pas au processus de demande, d'autres sources d'informations, si disponibles, peuvent être utilisées pour évaluer individuellement les besoins financiers avant de les adresser à une agence de recouvrement externe.

Ces informations permettront à Holy Cross Health de prendre une décision éclairée sur les besoins financiers des patients non-répondants.

Dans le but d'aider les patients financièrement défavorisés, un tiers peut être utilisé pour examiner les informations des patients afin d'évaluer leurs besoins financiers. Cet examen utilise un modèle prédictif reconnu dans le secteur de la santé, basé sur des bases de données publiques. Ces archives publiques permettent à Holy Cross Health d'évaluer si le patient présente les caractéristiques d'autres patients ayant historiquement été éligibles à l'aide financière via le processus de demande traditionnel. En l'absence d'informations fournies directement par le patient, et après avoir épuisé les efforts pour confirmer la couverture disponible, le modèle prédictif fournit une méthode systématique pour accorder une éligibilité présumée aux patients financièrement défavorisés.

Dans le cas où un patient ne serait pas éligible selon le modèle prédictif, il peut néanmoins fournir des informations justificatives dans les délais établis et être pris en compte dans le cadre du processus de demande d'aide financière traditionnelle.

**Identification
et
recouvrement
des créances
irrécouvrables**

Les obligations de paiement des patients qui ne sont pas collectées par le prestataire externe dans les 90 jours suivant la réception d'un compte seront retournées à Holy Cross Health pour évaluation et éventuelle transmission à une agence de recouvrement externe. Après le dépistage d'un compte pour une aide financière présumée éventuelle, tous les comptes restants et éligibles seront radiés des comptes clients de Holy Cross Health et transférés en statut de créance irrécouvrable dans le système comptable des patients du système de santé.

Les comptes seront transmis à une agence de recouvrement selon les lignes directrices et normes suivantes :

- Aucun solde de compte inférieur à 10 \$ n'est transmis à une agence de recouvrement, car il est radié comme ajustement administratif de petit solde.
 - Le placement en créance irrécouvrable sera reprogrammé pour les cas nécessitant plus de temps ou une action de recouvrement supplémentaire.
 - Toutes les factures envoyées aux patients par l'agence de recouvrement contiendront des informations sur la manière de déposer une plainte contre l'hôpital ou l'agence externe concernant la gestion de la facture du patient. L'agence de recouvrement informera Holy Cross Health de toutes les plaintes reçues.
 - L'agence de recouvrement communiquera avec les patients (appel, correspondance écrite, fax, SMS, e-mail, etc.) et leurs représentants conformément à la loi sur les recouvrements équitables et aux réglementations de confidentialité HIPAA.
 - Holy Cross Health ne vendra aucune dette médicale de patient à un tiers.
-

Action juridique

Les agences de recouvrement peuvent engager des actions judiciaires contre des personnes disposant des moyens mais qui ne paient pas ou refusent de payer. L'approbation du CFO de Holy Cross Health, de son subordonné direct ou du responsable fonctionnel du Trinity Health Enterprise Patient Financial Services Center doit être obtenue avant d'engager une action judiciaire pour recouvrer un jugement (p. ex. saisie sur salaire). Holy Cross Health cherchera à annuler tout jugement rendu contre un patient qui est ultérieurement reconnu éligible aux soins gratuits à la date du service pour lequel le jugement a été rendu. Des intérêts ne seront pas appliqués sur les comptes, sauf si un jugement a été rendu contre le débiteur.

Les agences de recouvrement ne doivent pas engager d'action contre la personne du débiteur, comme des mandats d'arrêt ou des « saisies corporelles ». Holy Cross Health reconnaît qu'un tribunal peut imposer un mandat d'arrêt ou toute autre action similaire contre un défendeur pour non-respect d'une décision judiciaire ou pour d'autres violations de la loi liées à un effort de recouvrement. Dans les cas extrêmes d'évitement volontaire et de non-paiement d'un montant dû alors que des ressources adéquates sont disponibles, l'hôpital s'efforcera d'abord de convaincre les autorités publiques de ne pas entreprendre une telle action et, si cela échoue, envisagera d'arrêter le recouvrement afin d'éviter une action contre la personne du débiteur.

Documents connexes

Se référer aux politiques connexes suivantes :

- Holy Cross Health : Aide financière aux patients

Références

- Trinity Health. Politique financière n° 1 de Trinity Health « Aide financière aux patients », 20 février 2024
- Trinity Health. Procédure financière RE.PFS.3 de Trinity Health « Aide financière aux patients », 19 mars 2024
- Trinity Health. Procédure financière RE.PFS.13 de Trinity Health « Facturation et recouvrement », 6 septembre 2023
- Code des règlements du Maryland (COMAR) 10.37.10.26A et 10.24.10.04
- CMS-1694-F et CMS-1717-F2
- Code annoté du Maryland, Article Général de la Santé § 19-214.1

Questions et informations supplémentaires

Contactez le Directeur régional de l'accès aux patients au poste 301-754-7651 ou le Service financier des patients de l'Enterprise au 301-754-7680 pour toute question ou information supplémentaire.

Modifications de la politique Le conseil d'administration de Trinity Health Mid-Atlantic doit approuver toute modification de cette politique. De plus, cette politique sera présentée au conseil d'administration pour révision et approbation tous les deux ans.

Approbation Cette politique a été examinée et approuvée par le conseil d'administration de Trinity Health Mid-Atlantic le 16 juillet 2025.
