



Politique : Gestion des comptes patients, facturation et recouvrement

Entrée en vigueur : 10/12/2024

Identifiant : S-FW-LD-5400

Soins de courte durée : ENC GR LJ MER Ambulatoire SHAS

OBJECTIF : fournir des informations sur la facturation et le recouvrement des dettes patient, conformément au California Health and Safety Code, au Federal Patient Protection and Affordable Care Act, et aux politiques des hôpitaux Scripps (Scripps Memorial Hospital La Jolla, Scripps Memorial Hospital Encinitas, Scripps Green Hospital, Scripps Mercy Hospital San Diego et Chula Vista), ainsi qu'à la Scripps Medical Foundation.

I. POLITIQUE

- A. Une fois les soins effectués, Scripps Health (Scripps) facture le garant et les payeurs concernés de manière précise et rapide. Tous les comptes en souffrance sont traités conformément à la règle finale 501r de l'IRS et du Trésor, en vertu de l'Affordable Care Act.
- B. Facturation de l'assurance du patient
 1. Responsabilité du patient avant les soins :
 - a. Fournir les informations et justificatifs d'assurance.
 - b. Obtenir tous les avis ou autorisations requis.
 - c. Contacter son assurance pour toute question relative à la responsabilité financière ou à la couverture des services.
 - d. Les patients sont informés qu'ils doivent reverser à l'hôpital tout montant qui leur serait versé directement par un tiers, y compris pour des accords ou jugements légaux.
 - e. Scripps respecte ses obligations contractuelles envers les payeurs. Les patients sont tenus d'examiner toutes les solutions de paiement offertes par les assurances publiques ou privées.
 2. Responsabilité de Scripps.
 - a. Scripps facturera en temps voulu les assureurs tiers concernés (sur la base des informations fournies ou vérifiées par le patient). Si la réclamation n'est pas traitée dans un délai de 6 mois à compter de la date de service, la responsabilité financière du patient ne sera pas recherchée.
 - b. Une fois les réclamations traitées par l'assurance, Scripps facturera en temps voulu aux patients les montants de leur responsabilité financière personnelle pour les services hospitaliers et professionnels, tels que déterminés par les prestations d'assurance non recouvrées avant ou lors de la prestation.
 - c. Si une réclamation est refusée (ou non traitée) par le payeur en raison d'une erreur de notre part, Scripps ne facturera pas le patient au-delà de ce qu'il aurait payé si la réclamation avait été acceptée.
 - d. Si une réclamation est refusée (ou non traitée) pour des raisons indépendantes de Scripps, le personnel suivra le dossier avec le payeur et le patient pour en faciliter la résolution. Sans résolution après des démarches de suivi raisonnables, Scripps peut facturer le patient ou recourir à d'autres actions conformément aux normes et règlements en vigueur, p. ex. Aide caritative/Assistance financière.

- e. Toutes les tentatives sont faites pour obtenir le remboursement par l'assurance avant de considérer la part patient.

C. Facturation au patient : Les patients sont informés de leurs obligations et des programmes disponibles par plusieurs biais, notamment :

1. Lorsque la réglementation le permet, les patients sont informés, si possible, de leurs frais prévisionnels avant la prestation.
2. Les patients reçoivent un Contrat de prestations décrivant leurs obligations financières et leur accord de collaborer avec Scripps en matière de recouvrement des dettes hospitalières et professionnelles.
3. Les informations relatives au programme d'assistance financière sont communiquées au moment du service et sur la facture.
4. Les relevés de facturation incluent :
 - a. Une indication claire de la disponibilité d'une assistance financière.
 - b. Les dates des prestations hospitalières et professionnelles.
 - c. La confirmation qu'un assureur a été facturé.
 - d. L'adresse du site Web où trouver la Politique d'assistance financière, le Résumé en langage clair et la demande.
 - e. Informations sur l'assistance financière. (Résumé en langage clair)
 - f. Notification du Programme de réclamation des factures hospitalières
 - g. Notification d'assistance linguistique
 - h. Coordonnées du Service client de Scripps (adresse et numéro de téléphone) pour les questions relatives à la facture ou l'assistance financière.
5. Les questions de facturation des patients reçoivent une réponse rapide par téléphone ou courrier.
6. Si un garant conteste le solde, il peut solliciter une vérification du compte avant son transfert à une agence de recouvrement.
7. Tous les patients peuvent demander un relevé détaillé de leur compte à tout moment.

D. Recouvrement des sommes dues par le patient

1. Tous les patients reçoivent 4 relevés sur une période allant jusqu'à 135 jours à compter de la date où l'obligation financière a été établie.
2. Tous les comptes sont conservés au moins 180 jours avant d'être confiés à une agence de recouvrement. Exceptions :
 - a. Patients refusant expressément de payer ou étant introuvables.
 - b. Comptes en cours d'évaluation pour l'assistance financière.
 - c. Comptes en attente de la résolution d'une plainte déposée.
3. Les patients sont informés que, si leur compte est confié à une agence de recouvrement, tous frais connexes (dont les intérêts) seront ajoutés.
4. Toute procédure de recouvrement est suspendue si le patient entreprend une démarche de bonne foi pour bénéficier d'un programme fédéral ou étatique ou du programme d'assistance financière de l'hôpital. La reprise du

recouvrement intervient si le patient ne satisfait pas aux demandes formulées dans le cadre de ces programmes.

5. Ni Scripps ni l'agence de recouvrement ne recourront à des Mesures de Recouvrement Extraordinaires.
6. Toute démarche de recouvrement s'appuie sur des procédures écrites, pour Scripps et les agences tierces. Le recouvrement s'effectue de façon cohérente, selon ces procédures et en respect des lois applicables : Loi fédérale sur le recouvrement équitable des créances, législation Rosenthal de l'État, et lois relatives à l'assistance financière.
7. Des plans de paiement échelonnés sans intérêt sont proposés pour les patients éligibles à une assistance financière partielle. Les modalités de paiement sont négociées entre Scripps et le patient afin de permettre un règlement échelonné du montant réduit. En cas de désaccord, Scripps appliquera un plan de paiement raisonnable conforme à la législation californienne.
8. Les comptes confiés à une agence de recouvrement peuvent être retirés et renvoyés à Scripps à sa discrétion ou selon les lois étatiques ou fédérales. Scripps peut décider de gérer directement les comptes en lien avec le garant ou un tiers, selon les besoins.
9. Les comptes marqués « Courrier retourné » sont admissibles au recouvrement après consignation et épuisement des efforts raisonnables pour localiser le garant. Si le patient est indiqué sans-abri après des démarches raisonnables pour localiser le garant, le compte est radié en Aide caritative.
 - a. Les démarches pour obtenir les coordonnées du patient peuvent inclure :
 - i. Recherche d'adresse (skip tracing) pour trouver la nouvelle adresse du garant.
 - ii. Contacter le garant par voie sécurisée.

II. PIÈCE JOINTE

Glossaire des Termes des Services Financiers aux Patients

PIÈCE JOINTE : Glossaire des Termes des Services Financiers aux Patients

Identifiant : S-FW-LD-5400

Date : 11/24

Page 1 sur 2

Aide caritative	Considérés comme des soins gratuits, il s'agit de la partie des soins fournis par l'hôpital pour laquelle aucun tiers payeur n'est responsable et que le patient est incapable de payer.
Montant d'assistance financière à tarif réduit	Ce montant réduit correspond au montant généralement facturé (AGB, selon l'acronyme anglais) tel que défini par l'IRS. Scripps utilise la méthode prospective pour déterminer l'AGB et estime les montants qui seraient payés par Medicare, y compris les sommes à la charge du bénéficiaire de Medicare. Ce montant représente la somme maximale qu'un patient éligible pourrait payer.
Prix comptant établi	Le prix comptant établi est le montant prévu après application d'une réduction sur le tarif intégral. Cette offre s'adresse aux patients non assurés qui remplissent les critères du programme de paiement à tarif réduit de l'hôpital mais qui n'ont pas été reconnus éligibles à l'assistance financière. Les patients reconnus éligibles à l'assistance financière ne paieront pas plus que le Montant d'assistance financière à tarif réduit.
Mesures de Recouvrement Extraordinaires	Les activités de recouvrement extraordinaires sont celles nécessitant une procédure légale ou judiciaire, ou impliquant la vente de la dette d'un individu à une autre partie ou la communication d'informations défavorables sur l'individu aux agences de rapport de crédit.
Revenu familial	Établi à partir des derniers bulletins de salaire et déclarations de revenus.
Federal Poverty Level (FPL, selon l'acronyme anglais)	Les directives les plus récentes, adoptées périodiquement par le Department of Health and Human Services fédéral pour déterminer l'éligibilité financière à divers programmes, selon la taille du foyer, applicables en Californie.
Patient financièrement éligible	« Patient financièrement éligible » s'entend d'un patient qui remplit les conditions suivantes : (1) Un patient auto-payeur (self-pay patient) tel que défini au point (f), ou un patient aux frais médicaux élevés tel que défini au point (g). (2) Un patient dont le revenu familial ne dépasse pas 400 % du Federal Poverty Level
Garant	Personne ayant la responsabilité financière des soins de santé du patient, généralement le parent ou tuteur légal.
Situation de sans-abri	On considère qu'une personne est sans-abri si elle vit : (Source : HUD gov offices) 1. Dans un lieu non conçu pour l'habitation (rue, voiture, bâtiment abandonné, parc) 2. Dans un refuge d'urgence 3. Dans un logement transitoire ou de soutien (pour personnes venant de la rue ou d'un refuge) et ; 4. Dans l'un de ces lieux, mais actuellement hospitalisée ou institutionnalisée à court terme (≤ 30 jours) Ou si elle : 5. Est expulsée d'un logement privé dans la semaine. 6. Sort d'un établissement qui ne lui prévoit pas de logement post-hospitalisation dans la semaine. 7. Est victime de violences familiales et ne dispose pas d'un environnement de vie sécurisé.

PIÈCE JOINTE : Glossaire des Termes des Services Financiers aux Patients

Identifiant : S-FW-LD-5400

Date : 11/24

Page 2 sur 2

	8. Ou n'a aucun logement identifié ni ressources ou réseau pour trouver un hébergement.
Famille du patient	(1) Pour une personne de 18 ans ou plus : conjoint, partenaire domestique, enfants à charge de moins de 21 ans (qu'ils vivent au foyer ou non), et enfants handicapés de tout âge. (2) Pour une personne de moins de 18 ans : parent, proches responsables, et autres enfants de moins de 21 ans dépendant de ce parent ou proche responsable. (3) Pour les patients (1) de moins de 18 ans ou (2) âgés de 18 à 20 ans et étant des enfants à charge, la famille du patient inclut également les autres enfants à charge des parents du patient ou des proches responsables, à condition que ces autres enfants soient handicapés.
Frais médicaux élevés du patient	Un patient ayant des frais médicaux élevés désigne une personne dont le revenu familial ne dépasse pas 400 % du Federal Poverty Level tel que défini au point (b). Aux fins de cette définition, « frais médicaux élevés » correspond à l'une des situations suivantes : (1) Des dépenses personnelles annuelles à l'hôpital dépassant le moindre de 10 % du revenu familial actuel ou du revenu familial des 12 mois antérieurs. (2) Des dépenses personnelles annuelles dépassant 10 % du revenu familial, si le patient apporte la preuve des frais médicaux réglés par lui ou sa famille dans les 12 mois précédents. (3) Un seuil plus bas déterminé par l'hôpital conformément à sa politique d'aide caritative.
Efforts raisonnables	Ensemble d'actions qu'un organisme de soins doit entreprendre pour déterminer l'éligibilité d'une personne selon la Politique d'assistance financière (FAP, selon l'acronyme anglais) de Scripps. En général, ces efforts raisonnables peuvent inclure la remise d'informations écrites et orales sur la FAP, la procédure de demande ou les politiques de Scripps.
Plan de paiement raisonnable	Correspond à des versements mensuels n'excédant pas 10 % du revenu familial mensuel, après déduction des dépenses de subsistance essentielles. Les « dépenses de subsistance essentielles » comprennent notamment le loyer ou frais d'habitation, l'alimentation, les fournitures ménagères, les services publics et le téléphone, l'habillement, les dépenses médicales et dentaires, les assurances, les frais de scolarité ou de garde d'enfants, les soutiens familiaux ou conjugaux, le transport et les dépenses automobiles (assurance, carburant, réparations), les paiements échelonnés, l'entretien du linge et d'autres dépenses exceptionnelles.
Patient auto-payeur	Un patient qui remplit les critères suivants : <ul style="list-style-type: none">• Pas d'assurance tierce• Pas de Medi-Cal• Aucune blessure indemnisable aux fins de l'indemnisation des travailleurs, de l'assurance automobile ou d'autres assurances telles que déterminées et documentées par l'hôpital.
Montant total facturé	Correspond au tarif hospitalier intégral pour les services prodigués