

Politique de crédit et de recouvrement

Objet

La présente Politique de crédit et de recouvrement décrit les pratiques en matière de facturation, de crédit et de recouvrement applicables aux patients de The Children's Hospital Corporation, s/n Boston Children's Hospital (« l'Hôpital »). Une liste des pratiques, emplacements et autres sites de l'Hôpital qui fournissent des Services d'urgence et des Services médicaux essentiels auxquels s'applique la présente Politique de crédit et de recouvrement est disponible, comme indiqué dans la présente Politique de crédit et de recouvrement. En outre, certaines dispositions de la Politique de crédit et de recouvrement, identifiées spécifiquement dans la présente, s'appliquent aux services fournis sur les sites de l'Hôpital ou de ses fondations de médecins connexes (les « Fondations »), où des systèmes et du personnel d'assistance administrative sont fournis par l'intermédiaire de l'Hôpital par des médecins des Fondations. Cette politique ne s'applique pas à Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children's Pharmacy ni à aucun des produits pharmaceutiques délivrés par Boston Children's Pharmacy.

Énoncés de la Politique

1. L'Hôpital et les Fondations ont à cœur de prodiguer les soins nécessaires aux enfants qui en ont besoin, sans égard à la capacité de payer.
2. La présente Politique de crédit et de recouvrement s'applique à tous les Services d'urgence et autres Services médicaux essentiels (définis ci-après) fournis par l'Hôpital. En outre, certaines dispositions de la présente Politique de crédit et de recouvrement s'appliquent aux Services médicaux essentiels fournis par les Fondations sur certains sites. Les Services d'urgence et autres Services médicaux essentiels ne comprennent pas les interventions de chirurgie esthétique non urgentes.
3. L'Hôpital fournira des Services d'urgence à tous les patients, sans discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, la citoyenneté, l'extranéité, la religion, la croyance, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'âge, le handicap ou le statut de Patient à faibles revenus (défini ci-après), et appliquera les politiques et procédures décrites dans la présente Politique de crédit et de recouvrement. L'Hôpital interdit toute action visant à décourager les personnes de bénéficier de Services d'urgence, notamment en demandant aux patients de régler les soins avant de recevoir tout traitement médical, ou en autorisant des activités de recouvrement de créances qui perturbent la fourniture, sans discrimination, de Services d'urgence.

4. L'Hôpital et les Fondations, conformément à leur Politique d'aide financière, aideront les patients et les Garants (définis ci-après) à remplir les demandes en faveur des Programmes de soins de santé publics (définis ci-après) disponibles, dans la mesure du possible.
5. L'Hôpital et les Fondations peuvent fournir une aide financière aux patients qui répondent aux critères d'admissibilité, définis dans leur Politique d'aide financière.
6. L'Hôpital et les Fondations (a) s'abstiendront de recouvrer les paiements des Services d'urgence et des Services médicaux essentiels (définis ci-après) auprès des patients qui sont exonérés de toute mesure de recouvrement en vertu de la présente Politique de crédit et de recouvrement, (b) rembourseront les recouvrements reçus de la part de tels patients pour des Services d'urgence et des Services médicaux essentiels et (c) communiqueront entre eux les informations relatives à l'assurance des patients et leur admissibilité aux programmes publics ou de l'Hôpital.
7. L'Hôpital et les Fondations peuvent, conformément à la présente Politique de crédit et de recouvrement et à leur Politique de réduction accordée aux patients non assurés, accorder des réductions supérieures à celles indiquées dans leur Politique d'aide financière, ou au cas par cas, afin de tenir compte de cas particuliers de difficultés financières.

Définitions

Montants généralement facturés (Amounts Generally Billed, AGB) :

montants généralement facturés pour des Services médicaux essentiels dispensés aux personnes qui disposent d'une assurance couvrant de tels soins. Les AGB seront calculés à l'aide de la méthode rétrospective et de la manière décrite plus en détail dans la Politique d'aide financière de l'Hôpital, dans la section intitulée « Restrictions liées aux frais ».

Revenus pris en compte : tels que définis dans les réglementations du programme Health Safety Net.

Services admissibles : frais de l'Hôpital ou de Centres de santé communautaires qui sont admissibles à un paiement par le biais du Health Safety Net, conformément aux réglementations de ce programme.

Problème de santé d'urgence : problème de santé, physique ou mentale, qui se manifeste par des symptômes de gravité suffisante, notamment des douleurs intenses, et pour lequel l'absence d'attention médicale rapide pourrait raisonnablement laisser penser à une personne non spécialiste (qui possède des connaissances moyennes en matière de santé et de médecine) que la santé de la personne ou d'une autre personne pourrait être mise en danger, pourrait provoquer une détérioration marquée des fonctions de l'organisme ou un dysfonctionnement grave d'un organe ou, en ce qui concerne une femme enceinte, tel que défini plus précisément à la section 42 USC, § 1395dd(e)(1)(B).

Services d'urgence : Services médicaux essentiels fournis à une personne présentant un Problème de santé d'urgence.

Niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, FPL) : seuils de revenu fixés chaque année par le ministère de la Santé et des Services aux personnes des États-Unis d'Amérique.

Garant : personne ou groupe de personnes, notamment les parents, tuteurs légaux et autres membres de la famille d'un patient, qui assument la responsabilité du paiement de la totalité ou d'une partie des frais pour les services fournis par l'Hôpital ou les Fondations.

Health Safety Net : programme de paiement établi et régi conformément à M.G.L. c.188E, section 65.

Réglementations du programme Health Safety Net : les réglementations énoncées dans l'article 101 CMR 613.00, et. Seq.

Résident du Massachusetts : résident du Commonwealth of Massachusetts qui répond aux critères établis dans l'article 130 CMR 503.002.

MAGI MassHealth : revenus bruts corrigés modifiés utilisés pour déterminer l'admissibilité au programme MassHealth, notamment les périodes de temps applicables pour mesurer les revenus MAGI afin de déterminer l'admissibilité au programme MassHealth.

Difficultés médicales : type d'admissibilité au programme Health Safety Net disponible pour les résidents du Massachusetts, quel que soit leur niveau de Revenu pris en compte, dont les dépenses médicales autorisées ont tellement grevé leur Revenu pris en compte ou celui d'un garant qu'ils se retrouvent dans l'incapacité de régler les Services admissibles, selon la définition donnée dans l'article 101 CMR 613.05.

Services médicaux essentiels : services qui sont raisonnablement susceptibles de prévenir, diagnostiquer, empêcher l'aggravation, soulager, traiter ou guérir un problème médical qui met la vie en danger, provoque des douleurs ou des souffrances, entraîne une malformation ou un dysfonctionnement physique, qui est susceptible de provoquer ou d'aggraver un handicap ou qui se traduit par une maladie ou une déficience.

Services non couverts : les Services non couverts incluent les services (a) qui ne font pas partie des services de prestations/admissibles inclus dans le cadre de l'assurance maladie privée du patient ou d'un programme d'aide publique pour les soins de santé, et dont le patient est financièrement responsable du paiement au ou aux prestataires de ces services, (b) qui font partie des services de prestations/admissibles couverts, mais qui sont fournis après que le patient a épuisé toutes les prestations dans le cadre de son assurance maladie privée ou d'un programme d'aide publique pour les soins de santé ou (c) qui sont dispensés par un prestataire qui ne fait pas partie du réseau de l'assurance maladie privée du patient ou d'un programme d'aide publique pour les soins de santé. Les Services non couverts ne comprennent pas les Services d'urgence.

Responsabilité financière du patient : les frais de coassurance, participations aux frais et franchises qui doivent être réglés par le patient ou le Garant selon les modalités de l'assurance maladie privée du patient ou d'un programme d'aide publique pour les soins de santé dont le patient bénéficie ou peut bénéficier.

Assurance maladie privée : couverture pour les services de soins de santé fournis en vertu d'une assurance santé, d'un régime de soins de santé ou d'une autre couverture ou d'un autre régime de soins de santé, d'assistance publique ou autre, d'un fonds ou d'une fiducie créé(e) pour payer, ou faire face autrement au paiement, de services de soins de santé administrés aux personnes ayant souscrit, couvertes par ou admissibles à cette assurance, ce régime ou ce programme.

Entités affiliées aux prestataires : professionnels de santé individuels, exerçant en groupe et autres personnes et entités qui fournissent des Services d'urgence et d'autres Services médicaux essentiels dans l'Hôpital, y compris dans les établissements de l'Hôpital et les centres de soins affiliés de l'Hôpital. Une liste des entités affiliées aux prestataires est disponible comme indiqué dans la présente Politique de crédit et de recouvrement.

Programmes d'aide publique pour les soins de santé : programmes créés par un gouvernement étatique ou fédéral destinés à régler ou à faire face d'une autre manière au coût des services de soins de santé couverts/admissibles administrés aux personnes qui répondent aux critères d'admissibilité des programmes. Les programmes d'aide publique pour les soins de santé incluent, sans s'y limiter, les suivants : MassHealth, Health Safety Net, les régimes subventionnés proposés dans le cadre du Affordable Care Act, comme les régimes ConnectorCare, le programme d'assurance maladie pour les enfants (Children's Health Insurance Program, CHIP), les autres programmes Medicaid et Medicare.

Autre financement : inclut les autres ressources et sources de financement détenues par le patient ou le Garant, ou à son profit, qui peuvent être utilisées pour payer les soins dispensés au patient y compris, sans s'y limiter, par le biais d'organismes de bienfaisance, de proches, d'amis et d'autres parties tierces et de fonds fiduciaires (fonds disponibles dans le cadre d'un financement participatif et autres méthodes similaires de collecte de fonds inclus).

Soins urgents : Services médicaux essentiels fournis par l'Hôpital après l'apparition soudaine d'un problème de santé, physique ou mentale, qui se manifeste par des symptômes aigus de gravité suffisante (notamment des douleurs intenses), et pour lesquels une personne non spécialiste pourrait penser que l'absence d'attention médicale sous 24 heures pourrait raisonnablement provoquer la mise en danger de la santé du patient, une détérioration des fonctions de l'organisme ou un dysfonctionnement de tout organe. Les services de Soins urgents sont fournis pour les problèmes qui ne sont pas mortels et qui ne présentent pas de risque élevé de détérioration de la santé d'une personne. Les services de Soins urgents ne comprennent pas les soins facultatifs.

Classification des services / Report ou refus des services

Les personnes peuvent se présenter elles-mêmes, ou être présentées, pour un traitement non programmé au Service des urgences de l'Hôpital ou sur le campus principal de l'Hôpital, et demander à être examinées ou un traitement pour ce qui peut être un Problème de santé d'urgence, ou une demande de ce type peut avoir été déposée pour leur compte. Tout patient se présentant pour des Services d'urgence sera évalué indépendamment de sa couverture d'assurance ou de sa

capacité de payer, conformément à la loi fédérale américaine Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA). Après avoir évalué un patient dans le Service des urgences, le médecin traitant du Service des urgences classe les services en tant que Services d'urgence ou Soins urgents (selon les définitions énoncées cidessus), ou comme Non urgents.

Les services facultatifs et les services programmés sont considérés comme Non urgents, et ne relèvent donc pas de la catégorie Services d'urgence ou Soins urgents, quel que soit le contexte dans lequel ils sont fournis. Ces classifications sont utilisées par l'Hôpital dans le but de déterminer la couverture de créances irrécouvrables de soins urgents et d'urgence au titre du Health Safety Net.

L'Hôpital interdit toute action visant à décourager les personnes de bénéficier de Services d'urgence, notamment en demandant aux patients de régler les soins avant de recevoir tout traitement médical, ou en autorisant des activités de recouvrement de créances qui perturbent la fourniture, sans discrimination, de Services d'urgence.

En outre, l'Hôpital ne retardera et ne refusera aucun traitement chez les patients qui se présentent afin de recevoir des Services d'urgence ou des Soins d'urgence, ou qui bénéficient d'un programme d'aide publique pour les soins de santé, uniquement pour des questions financières. L'Hôpital se réserve le droit de retarder ou de refuser la prestation de services ou de soins non urgents à un patient, notamment lorsque le patient ou son Garant refuse de se conformer aux exigences de dépôt ou ne dispose pas de ressources suffisantes pour régler les services, que ce soit à titre personnel ou par le biais d'un autre financement, et refuse de demander à obtenir ou d'avoir recours à la couverture d'assurance maladie privée ou aux programmes d'aide publique pour les soins de santé disponibles pour le patient ou auxquels celui-ci est admissible, ou refuse de transmettre les documents demandés pour de telles demandes.

Procédures de collecte des informations financières liées au patient et au garant

A. Acquisition des informations : avant la prestation de tout service de soins de santé (en dehors des Services d'urgence et des Soins d'urgence), le patient ou le Garant est tenu de fournir des informations opportunes et précises sur la situation du patient en matière de couverture ou d'admissibilité à une couverture par une assurance maladie privée ou un programme d'aide publique pour les soins de santé, ses informations démographiques, les changements liés à son statut au titre d'une assurance maladie privée ou d'un programme d'aide publique pour les soins de santé, et toute information sur les frais de coassurance, participations aux frais et franchises qui sont dus en fonction de la couverture actuelle du patient ou d'autres obligations de paiement. Les informations détaillées peuvent inclure :

1. nom complet, adresse, numéro de téléphone, adresse électronique, date de naissance, numéro de Sécurité sociale (le cas échéant), assurance maladie privée actuelle ou couverture par le biais d'un programme d'aide publique pour les soins de santé, informations sur la citoyenneté et la résidence du

- patient, ainsi que les ressources financières du patient ou du Garant pouvant être mobilisées pour régler les soins dispensés au patient ;
2. nom complet, adresse, numéro de téléphone, adresse électronique, date de naissance, numéro de Sécurité sociale (le cas échéant), assurance maladie privée actuelle ou couverture par le biais d'un programme d'aide publique pour les soins de santé du Garant du patient, ainsi que les ressources financières pouvant être mobilisées pour régler les soins dispensés au patient ; et
 3. autres ressources susceptibles d'être utilisées pour régler les soins dispensés au patient, notamment les autres programmes d'assurance, polices d'assurance automobile ou habitation si le traitement est dû à un accident, programmes d'indemnisation pour accident du travail et polices d'assurance pour étudiants ;
 4. les documents qui attestent des informations indiquées ci-dessus.

Lorsque les informations demandées ou la vérification acceptable de ces informations ne sont pas fournies au moment d'une admission ou de la programmation d'une consultation externe, nous essaierons à plusieurs reprises de recueillir les informations demandées après la sortie de l'hôpital ou après l'intervention.

B. Points de collecte de données : ci-dessous figure la liste des moments auxquels une tentative de collecte de ces informations peut être réalisée et la personne responsable.

1. **Lors de la planification d'une admission ou d'une consultation externe :** le membre du personnel du bureau du médecin ou de l'Hôpital qui programme l'intervention demandera les informations financières.
2. **Au cours de la vérification des informations sur le patient :** le personnel des Services financiers aux patients, du bureau du médecin ou de l'Hôpital qui vérifie les informations sur le patient avant l'intervention peut demander les informations financières au besoin.
3. **Le jour de l'admission ou au moment de l'intervention ; pendant le séjour à l'Hôpital ; au moment de la sortie de l'hôpital ; et après la sortie de l'Hôpital ou l'intervention :** le personnel des Services financiers aux patients, les Coordonnateurs de soins aux patients ou les Gestionnaires de soins, selon le cas. En cas de doute sur les informations financières du patient ou du Garant, le patient ou le Garant peut être orienté vers les Services financiers aux patients pour apporter des clarifications. Ce processus s'applique aux services programmés et d'urgence (dès que cela est raisonnablement réalisable après l'intervention ou l'admission, conformément à l'exigence de la loi EMTALA).
4. **Services d'urgence :** dès lors qu'il sera autorisé à le faire selon les dispositions de la loi EMTALA, le personnel chargé de l'enregistrement s'entretiendra avec le patient, obtiendra auprès de celui-ci et vérifiera toutes les informations personnelles et financières nécessaires. Les informations non obtenues au moment du service ou de l'admission seront demandées par le biais des contacts et entretiens avec le patient ou le Garant tout au long du séjour du patient, ou au moment de la sortie de l'hôpital si toutes les autres tentatives ont été infructueuses. En cas d'autorisation du patient ou du Garant, d'autres personnes seront contactées pour obtenir des informations afin d'évaluer la capacité du patient ou du Garant à régler les services fournis.

En outre, les patients ou les Garants peuvent fournir les informations par le biais du portail des patients de l'Hôpital ou de l'un des kiosques d'inscription de l'Hôpital, qui sont situés dans les différents secteurs de l'Hôpital.

C. Vérification par l'Hôpital des informations financières du patient : le personnel des Services financiers aux patients, le personnel administratif du service clinique ou les Coordonnateurs des soins aux patients accompliront des efforts raisonnables et diligents pour vérifier les informations financières communiquées par le patient dès que possible, et jusqu'au moment où le patient quitte l'hôpital ou bénéficie d'une consultation externe. Pour les services administrés à un patient non assuré, le personnel des Services financiers aux patients vérifiera par le biais du programme MassHealth ou des systèmes de vérification du Bureau exécutif du Massachusetts des Services sanitaires et humains (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) si le patient est admissible ou a déposé une demande pour bénéficier du programme MassHealth, ConnectorCare ou d'autres programmes. Si les informations ne peuvent pas être vérifiées avant que le patient quitte l'Hôpital ou bénéficie d'une consultation externe, le Département des Services financiers aux patients ou ses agents pourront tenter de vérifier les informations lors du processus de facturation et de recouvrement.

Les efforts raisonnables et diligents de l'Hôpital pour vérifier les informations sur le patient comprendront, sans toutefois s'y limiter, la demande d'informations concernant la couverture et l'admissibilité à une couverture du patient, la vérification de toute base de données d'assurance maladie publique ou privée, la vérification de la responsabilité d'un tiers payant connu, les demandes d'indemnisation à tous les régimes de soins de santé responsables identifiés et le respect des exigences en matière de facturation et d'autorisation de ces régimes, ainsi que l'exercice d'un recours pour demande d'indemnisation refusée lorsque le service est payable en tout ou partie par un assureur.

L'Hôpital entreprendra également des efforts raisonnables et diligents pour déterminer si une ressource tierce peut être responsable des services fournis par l'Hôpital, en ce compris notamment : (1) une police d'assurance automobile ou habitation, (2) une police générale de protection contre les accidents ou les blessures personnelles, (3) un programme d'indemnisation pour accident du travail et (4) une police d'assurance pour étudiants, entre autres. Lorsqu'une ressource tierce responsable aura été identifiée concernant des services pour lesquels l'Hôpital a reçu un paiement de la part du programme Health Safety Net, l'Hôpital remboursera ce paiement au programme. L'Hôpital avisera les patients de leur responsabilité d'informer le programme d'aide publique pour les soins de santé approprié de tout changement en matière de revenus ou d'assurance.

D. Communication d'informations / Transfert des prestations : il peut être demandé au patient ou au Garant de signer un transfert des prestations ou d'autres sources tierces de paiement (par exemple des paiements découlant d'actions en responsabilité délictuelle) directement à l'Hôpital pour les services fournis, et une autorisation de communication des informations nécessaires en vue de réaliser le transfert desdites prestations. L'autorisation indiquera également que le patient ou le garant est financièrement responsable des frais qui n'ont pas été recouverts grâce au transfert.

E. Confirmation de responsabilité financière pour les services non couverts : lorsqu'une autorisation requise par l'assurance maladie privée du patient, un programme d'aide publique pour les soins de santé ou un autre payeur responsable n'a pas été obtenue avant la prestation des services, ou lorsqu'un service n'est pas couvert par l'assurance maladie privée du patient ou un programme d'aide publique pour les soins de santé, y compris, sans toutefois s'y limiter, lorsque l'Hôpital ou le médecin ne fait pas partie du réseau d'un prestataire dans le cadre de la couverture de l'assurance maladie privée du patient ou d'un programme d'aide publique pour les soins de santé, il sera demandé au patient ou au Garant de signer une déclaration au titre de laquelle il reconnaît avoir été informé de l'absence d'autorisation requise ou du fait que ces services ne sont pas couverts et lui indiquant sa responsabilité financière envers les services, qui sont en définitive des services non couverts.

S'il est établi à n'importe quel moment pendant le traitement du patient que celui-ci ou son Garant est dans l'incapacité de payer les services fournis, le patient ou le Garant sera orienté vers les conseillers financiers de l'Hôpital, afin d'obtenir une aide pour identifier les régimes de soins de santé privés, les programmes d'aide publique pour les soins de santé et les programmes d'aide financière ou de réductions dont il pourrait bénéficier.

Paiement

En règle générale, le paiement intégral est attendu lors de la réception d'une facture de l'Hôpital. Il incombe en définitive au patient ou au garant d'effectuer le suivi et de régler en temps opportun toute facture impayée des soins administrés chez le patient par l'Hôpital, notamment les éventuels frais de coassurance, participations aux frais et franchises.

A. Dépôts / Responsabilité financière du patient

1. **Services d'urgence :** l'Hôpital ne demandera pas de dépôt de prétraitement ni de paiement de la Responsabilité financière du patient de la part d'un patient ou d'un Garant comme condition pour recevoir des Services d'urgence, et ce quelle que soit la capacité de payer du patient ou du Garant.
2. **Services non urgents :** l'Hôpital peut exiger un dépôt de préadmission ou un paiement de la Responsabilité financière du patient pour des consultations en hospitalisation ou externes non urgentes de la part d'un patient (ou du Garant de ce dernier), si le patient ne dispose pas d'une couverture suffisante pour les services devant être fournis, n'est pas exonéré de mesures de recouvrement et n'a pas conclu d'Échéancier de paiement avec l'Hôpital.
3. **Dispositions spéciales pour les patients qui peuvent bénéficier d'une couverture dans le cadre du programme Health Safety Net :** aucun patient identifié comme étant un Patient à faibles revenus ne sera tenu de verser un dépôt, excepté : (a) si un patient est identifié comme étant un Patient à faibles revenus et est soumis à une exigence de franchise de verser un dépôt maximal de 20 % du montant de sa franchise, à concurrence de 500 USD ; et (b) si un patient admissible au programme de Difficultés médicales peut être tenu de verser un dépôt maximal de 20 % de sa contribution à ce programme, à concurrence de 1 000 USD. Tous les soldes

restants seront soumis aux conditions des échéanciers de paiement visées à l'article 101 CMR 613.08.

- B. Réductions :** les réductions appliquées aux comptes des patients ne sont pas admissibles au programme Health Safety Net et ne seront pas soumises à celui-ci. L'Hôpital propose des réductions pouvant aller jusqu'à 40 % des frais facturés aux patients non assurés, en fonction de la rapidité du paiement, conformément à la Politique de réduction accordée aux patients non assurés de l'Hôpital. Les critères d'admissibilité et les autres conditions concernant les réductions appliquées aux patients non assurés sont définies dans la Politique de réduction accordée aux patients non assurés de l'Hôpital, qui sont à la disposition des patients par l'intermédiaire des conseillers financiers de l'Hôpital et sur la page www.childrenshospital.org/financialassistance.
- C. Échéanciers de paiement :** dans l'éventualité où un patient ou un Garant ne peut pas régler la facture de l'Hôpital à réception des soins dispensés au patient, et si le patient est identifié comme n'étant pas admissible au programme Health Safety Net, à une couverture par une assurance maladie privée ou à un autre programme d'aide publique pour les soins de santé applicable, et qu'il n'est pas en droit de bénéficier d'une aide financière dans le cadre de la Politique d'aide financière de l'Hôpital, l'Hôpital peut proposer au patient ou au Garant un arrangement de paiements à long terme.
1. L'Hôpital proposera aux Patients à faibles revenus et aux patients admissibles au programme de Difficultés médicales ayant un solde inférieur ou égal à 1.000 USD, après le dépôt initial, un échéancier de paiement sans intérêts d'au moins un an, avec un paiement mensuel minimal de 25 USD au maximum. Il sera proposé aux Patients à faibles revenus et aux patients admissibles au programme de Difficultés médicales ayant un solde supérieur à 1.000 USD, après le dépôt initial, un échéancier de paiement sans intérêts sur deux ans. En cas de circonstances extraordinaires, les demandes d'échéanciers de paiement sur plus de deux ans seront examinées au cas par cas.
 2. Pour tous les autres patients ou Garants, en cas de circonstances extraordinaires, l'Hôpital peut proposer des échéanciers de paiement de ces montants et durées appropriés aux circonstances, ou au cas par cas.
 3. L'Hôpital ne propose généralement pas d'échéancier de paiement sur les franchises pour les consultations externes.

Aide pour demander une aide financière

L'Hôpital fournira aux patients et aux Garants des informations et une aide concernant la possibilité de demander ou d'être admissible à des programmes d'aide publique pour les soins de santé et d'autres programmes d'aide financière, notamment MassHealth, ConnectorCare, le statut de Patient à faibles revenus conformément aux réglementations du programme Health Safety Net, et d'autres programmes Medicaid, ainsi que les programmes de l'Hôpital d'Aide financière et de Réduction accordée aux patients non assurés. L'Hôpital fera tout son possible pour fournir des services de traduction aux patients et aux Garants ayant une maîtrise limitée de la langue anglaise.

Les patients ou les Garants sont tenus de fournir tous les documents demandés de telles demandes. L'Hôpital n'intervient aucunement dans la détermination de l'admissibilité aux programmes d'aide publique pour les soins de santé ; seuls les organismes chargés de l'administration de ces programmes décident de l'admissibilité ou non d'une personne. Il incombe au patient ou au Garant d'informer l'Hôpital de toutes les décisions de couverture prises par ces organismes et de toute modification liée à l'admissibilité du patient à de tels programmes.

A. Avis public de disponibilité de l'aide financière. L'Hôpital affichera des panneaux informant les patients de la disponibilité d'une aide financière et de l'aide proposée par l'Hôpital pour faciliter la demande des patients à bénéficier d'autres programmes d'aide pour les soins de santé publique, et des lieux à l'Hôpital où les patients et leur famille pourront effectuer une demande pour obtenir cette aide. Ces panneaux seront affichés dans les zones d'admission et d'enregistrement des services d'hospitalisation, de consultation externe et des urgences, ainsi que dans les bureaux habituellement utilisés par les patients.

B. Avis individuel de disponibilité de l'aide financière. L'Hôpital fournira (i) lors de l'enregistrement initial du patient auprès de l'Hôpital, (ii) sur toutes les factures et dans les autres mesures de recouvrement par écrit et (iii) lorsque l'Hôpital sera informé d'un changement lié à l'admissibilité du patient ou à sa couverture de soins de santé, un avis individuel de la disponibilité d'une aide financière et des Services admissibles (selon la définition donnée dans les réglementations du programme Health Safety Net) et des autres programmes d'aide financière pour les soins de santé publics, et peut fournir une aide pour demander à bénéficier de ces programmes aux patients qui demandent ce type d'aide.

C. Accès par voie électronique à la Politique de crédit et de recouvrement et aux autres politiques. Les patients ou Garants peuvent accéder à des exemplaires de la présente Politique de crédit et de recouvrement, de la Politique d'aide financière et de la Politique de réduction accordée aux patients non assurés de l'Hôpital et des Fondations, ainsi qu'au calcul des AGB et à des exemplaires des autres documents utilisés pour informer les patients de la disponibilité d'une aide à l'adresse www.childrenshospital.org/financialassistance.

Pratiques de facturation et de recouvrement ; détermination des créances irrécouvrables

L'Hôpital applique les mêmes efforts continus de facturation et de recouvrement à tous les comptes de patients non assurés comme il le fait pour les comptes des autres patients. Des exemplaires des factures normalisées de l'Hôpital et des courriers d'approbation/refus d'aide financière sont disponibles comme indiqué dans la présente Politique de crédit et de recouvrement.

A. Détermination des Services admissibles. L'Hôpital respecte les réglementations et les directives émises par le Commonwealth du Massachusetts dans la gestion de l'admissibilité des demandes d'indemnisation du programme

Health Safety Net et des demandes déposées dans le cadre d'autres programmes d'aide publique pour les soins de santé.

L'Hôpital respecte les exigences de facturation applicables, notamment les réglementations du Département de santé publique (Department of Public Health) (105 CMR 130.332) en cas de non-paiement de services spécifiques ou les réadmissions que l'Hôpital juge comme étant le résultat d'un Événement grave à signaler (Serious Reportable Event, SRE). Les SRE qui ne surviennent pas à l'Hôpital sont exclus de cette détermination de non-paiement. En outre, l'Hôpital ne cherche pas à obtenir de paiement des Services admissibles fournis à un Patient à faibles revenus ou pour des Services couverts fournis à des personnes inscrites au programme MassHealth, concernant des demandes d'indemnisation dont le paiement a initialement été refusé par l'assureur du Patient à faibles revenus en raison d'une erreur de facturation administrative de l'Hôpital.

B. Patients et Garants exonérés de mesures de recouvrement : L'hôpital et les Fondations ne facturent pas ou ne prennent pas de mesure de recouvrement concernant des Services médicaux essentiels fournis à tout patient qui, après vérification :

1. est inscrit au programme MassHealth, reçoit des prestations en vertu du Programme d'aide d'urgence aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux enfants (en dehors du fait que l'Hôpital peut facturer à ces patients une Responsabilité financière du patient en vertu de ces programmes d'aide). L'Hôpital peut lancer le processus de facturation pour un patient qui prétend participer à l'un de ces programmes mais omet de justifier de sa participation ; lors de la réception des justificatifs appropriés de la participation à un ou plusieurs de ces programmes et de la réception d'une demande signée, l'Hôpital mettra un terme aux activités de recouvrement ;
2. est un participant au Plan de sécurité médicale pour les enfants (Children's Medical Security Plan, CMSP) dont les revenus MAGI MassHealth sont inférieurs ou égaux à 400 % du Niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, FPL). L'Hôpital peut lancer le processus de facturation pour un patient qui prétend participer au plan CMSP mais omet de justifier de sa participation ; lors de la réception des justificatifs appropriés de la participation d'un patient à ce programme, l'Hôpital mettra un terme aux activités de recouvrement ;
3. est un Patient à faibles revenus (autre qu'un Patient à faibles revenus pour les soins dentaires uniquement) exonéré de mesures de recouvrement pour des Services admissibles reçus uniquement au cours de la période pour laquelle il a été considéré comme un Patient à faibles revenus (en dehors des participations aux frais et des franchises en lien avec lesdits Services admissibles). L'Hôpital peut continuer à facturer les Patients à faibles revenus pour des Services admissibles rendus avant qu'ils ne soient considérés comme des Patients à faibles revenus, uniquement après que le statut de Patient à faibles revenus a expiré ou a autrement cessé de produire ses effets ;
4. est un Patient à faibles revenus (autre qu'un Patient à faibles revenus pour les soins dentaires uniquement) dont les revenus MAGI MassHealth ou familiaux pris en compte pour des Difficultés médicales (selon la définition donnée dans l'article 101 CMR 613.04(2)) sont de 400 % du FPL qui est exonéré des mesures de recouvrement pour la partie de la facture qui dépasse sa franchise, et peut être facturé pour les participations aux frais et

- les franchises conformément aux réglementations d'État. L'Hôpital peut continuer à facturer les Patients à faibles revenus pour des services rendus avant qu'ils ne soient considérés comme des Patients à faibles revenus, mais uniquement après que le statut de Patient à faibles revenus a expiré ou a autrement cessé de produire ses effets ;
5. est un patient pouvant bénéficier du programme de Difficultés médicales, par rapport au montant de la facture qui dépasse la contribution dudit programme (telle qu'elle est calculée conformément aux réglementations du programme Health Safety Net applicables). Si une demande d'indemnisation déjà soumise en tant que Créance irrécouvrable d'urgence devient admissible à un paiement pour Difficultés médicales de la part du programme Health Safety Net, l'Hôpital cessera les activités de recouvrement pour ces services ;
 6. Est un patient que l'Hôpital ou une Fondation a aidé à déposer une demande pour Difficultés médicales, si l'Hôpital ou la Fondation, selon le cas, n'a pas soumis la demande du patient sous cinq (5) jours ouvrables après que la demande ait été remplie et que tous les documents demandés aient été fournis à l'Hôpital ou la Fondation par le patient ou le Garant, par rapport à toute facture qui aurait été admissible au paiement pour Difficultés médicales si la demande avait été soumise et approuvée.

Les Patients à faibles revenus ne sont pas exonérés des mesures de recouvrement des services autres que les Services admissibles fournis à la demande du patient ou du Garant et pour lesquels le patient ou le garant a accepté d'endosser la responsabilité, étant entendu que les Patients à faibles revenus ne soient pas facturés pour des demandes d'indemnisation relatives à des erreurs médicales ou pour des demandes d'indemnisation refusées par leur assureur principal en raison d'une erreur administrative ou de facturation. L'Hôpital obtiendra l'accord écrit du patient ou du Garant d'être facturé pour de tels services.

À la demande du patient, l'Hôpital ou la Fondation, selon le cas, peut facturer un Patient à faibles revenus afin de lui permettre d'acquitter la franchise ponctuelle du Commonwealth obligatoire.

C. Facturation initiale : en dehors des patients exonérés des mesures de recouvrement, selon la définition ci-dessus, l'Hôpital fournira une facture initiale au patient, au Garant ou à un tiers spécifié.

D. Suivi des recouvrements : l'Hôpital fait appel à des organismes externes pour réaliser les activités de recouvrement sur les comptes à la charge des patients, et impose à ces organismes les normes spécifiées dans les politiques des Services financiers aux patients de l'Hôpital sur les pratiques de recouvrement en vigueur, conformes à la présente Politique de crédit et de recouvrement. Tous les comptes de patients non exonérés de mesures de recouvrement seront soumis à des activités continues de recouvrement et recevront au minimum trois mesures de recouvrement. Les mesures de recouvrement menées par l'Hôpital ou son mandataire désigné peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter, les éléments suivants :

1. facture initiale, envoyée au patient ou au garant et à toute autre partie responsable des obligations financières du patient ;
2. relevés de facturation supplémentaires (transmis tous les 30 jours à la suite de la détermination d'une responsabilité de frais à la charge du patient) ;

3. courrier de suivi (envoyé par courrier prioritaire ou recommandé) ;
4. appels téléphoniques, notifications par voie électronique (adresses électroniques par exemple), avis à des contacts personnels ;
5. dernier avis de soldes supérieurs à 1 000 USD (envoyé par courrier recommandé) ; et
6. réunions avec le garant ou toute autre personne responsable.

L'Hôpital établira un dossier de chaque patient incluant tous les documents des efforts de recouvrement de l'Hôpital, notamment des exemplaires des factures, des lettres de suivi, des rapports sur les contacts téléphoniques et en personne et des autres efforts entrepris.

E. Correspondances retournées : les comptes pour lesquels les correspondances sont retournées feront l'objet d'une enquête en vue de localiser le patient ou le Garant. Les efforts entrepris pour obtenir une adresse valide incluront, au minimum :

1. l'examen de tous les dossiers internes et des rendez-vous pris pour déterminer s'il existe une adresse plus récente ;
2. la prise de contact avec les proches ou amis connus ; et
3. la consultation de l'annuaire actuel.

L'Hôpital peut faire appel à des organismes, des fournisseurs et d'autres prestataires de services externes pour réaliser d'autres activités de recherches. Une documentation sur les efforts entrepris pour localiser la partie responsable de l'obligation ou l'adresse correcte sur les factures retournées comme « adresse erronée » ou « courrier non distribuable » sera conservée.

F. Faillites : à compter de la réception d'une notification juridique de faillite du patient ou du Garant, toutes les activités de recouvrement cesseront et le compte sera corrigé. Les cas de faillite ne seront pas admissibles au programme Health Safety Net et ne seront pas soumis à celui-ci.

G. Détermination des créances irrécouvrables : si des efforts raisonnables de recouvrement n'ont pas permis d'obtenir le paiement des frais d'un compte, le solde sur le compte peut être classé comme créance irrécouvrable conformément à la présente Politique de crédit et de recouvrement et toute autre politique en vigueur du service financier (qui sera compatible avec la présente Politique de crédit et de recouvrement) ; étant entendu que les Responsabilités financières du patient ne sont pas incluses dans les créances recouvrables aux fins de demandes d'indemnisation dans le cadre du programme Health Safety Net.

Conditions à respecter pour une détermination immédiate de créance irrécouvrable : lorsque des informations sont obtenues pour désigner un compte comme créance irrécouvrable à tout moment au cours du processus de suivi des recouvrements, le compte peut être immédiatement considéré comme créance irrécouvrable sans autre mesure de recouvrement. Sont compris dans cette catégorie les éléments suivants :

1. Tentative infructueuse visant à identifier la cause d'échec de livraison du courrier qui est renvoyé à l'expéditeur faute d'avoir pu être délivré à son destinataire. Les comptes de courrier non distribuable ou d'adresse erronée font l'objet d'un suivi par le personnel des Services financiers aux patients,

qui effectue une recherche de l'adresse ou du contact correct(e) avant de placer le compte sous le statut de créance irrécouvrable.

2. Tentative infructueuse visant à identifier un numéro de téléphone valide après que la ligne téléphonique du patient ou du garant a été désactivée.
3. Notification écrite ou orale de la réticence ou du refus de payer par le patient ou garant.
4. Réception d'une notification officielle d'un assureur ou d'un autre payeur responsable, indiquant que les prestations ont été versées au souscripteur, et au moins une tentative infructueuse a été réalisée pour contacter le patient ou le Garant après ladite notification de l'assureur ou de l'autre payeur responsable.

H. Facturation des créances irrécouvrables pour des Services d'urgence au programme Health Safety Net : en plus des pratiques de recouvrement décrites ci-dessus, l'Hôpital enverra un courrier recommandé à tout patient (sauf s'il s'agit d'un patient pour lequel les avis ont été renvoyés pour cause de courrier non distribuable ou d'adresse erronée) ayant un solde en souffrance supérieur à 1 000 USD pour des Services d'urgence et connexes avant de facturer le solde au programme Health Safety Net. Le solde du compte sera facturé au programme Health Safety Net uniquement après être resté impayé pendant plus de 120 jours à compter de la date de la facture initiale. Les efforts raisonnables de recouvrement entrepris au cours de cette période seront consignés dans le dossier financier du patient. Pour les services fournis à un patient non assuré, le personnel des Services financiers aux patients vérifiera, par le biais du système de vérification de l'admissibilité du programme MassHealth, que le patient n'est pas admissible au programme MassHealth ou n'a pas transmis de demande pour en bénéficier, et qu'il ne s'agit pas d'un Patient à faibles revenus.

I. Mesures de recouvrement extraordinaires et exécution judiciaire : en règle générale, l'Hôpital ne prend pas de « mesures de recouvrement extraordinaires ». Les mesures de recouvrement extraordinaires comprennent : vendre la créance à un autre prestataire ou une autre entité, communiquer des renseignements défavorables concernant une personne à une agence d'évaluation du crédit ou une agence de renseignements commerciaux, reporter ou refuser, ou exiger un paiement avant la fourniture de Services médicaux essentiels en raison du non-paiement par une personne d'une ou plusieurs factures de soins précédemment fournis, en vertu de la Politique d'aide financière de l'Hôpital, exercer un droit de gage ou demander la saisie de la résidence personnelle ou du véhicule d'une personne, procéder à une saisie-arrêt sur salaire ou tenter une action civile. Toute décision visant à faire appliquer des mesures de recouvrement extraordinaires nécessitera un vote du Conseil d'administration. L'Hôpital et ses mandataires sont tenus de démontrer au Conseil d'administration que des efforts raisonnables ont été entrepris pour déterminer l'admissibilité d'un patient à obtenir de l'aide en vertu de sa Politique d'aide financière avant de recommander des mesures de recouvrement extraordinaires. Les mesures de recouvrement extraordinaires ne seront pas appliquées avant au moins 120 jours à compter de la date à laquelle l'Hôpital fournit le premier relevé de facturation des soins après la sortie de l'hôpital, et nécessiteront la démonstration d'une notification écrite au patient de la disponibilité d'une aide financière au moins 30 jours avant toute exécution des mesures. La notification écrite devra également préciser les activités de recouvrement extraordinaires que l'Hôpital a l'intention de mettre en œuvre, ainsi que la date de début desdites activités. En cas de mesures de recouvrement extraordinaires exécutées, l'Hôpital suspendra toutes les mesures en question si

une Demande d'aide financière est reçue. Ladite demande doit permettre une période d'examen qui ne saurait dépasser 30 jours.

J. Accidents de la route : l'Hôpital transmettra une demande d'indemnisation pour les Services admissibles fournis à un Patient à faibles revenus blessé lors d'un accident de la route uniquement si l'Hôpital (1) a procédé à une enquête pour déterminer si le patient, le conducteur ou le propriétaire du véhicule était titulaire d'une police d'assurance automobile ; (2) a entrepris tous les efforts possibles pour obtenir les informations sur le tiers payant du patient ; (3) a conservé des preuves de ces efforts, notamment une documentation des appels téléphoniques et des courriers envoyés au patient ; et (4) le cas échéant, a transmis en bonne et due forme une demande d'indemnisation pour le paiement à l'assureur automobile. Pour les accidents de la route et tous les autres recouvrements liés à des demandes d'indemnisation préalablement facturées au programme Health Safety Net, l'Hôpital déclarera tout recouvrement au Bureau du programme Health Safety Net. Le recouvrement sera déduit de la demande d'indemnisation pour les Services admissibles.

L'Hôpital documentera les activités liées à la classification et à la déclaration du compte comme créance irrécouvrable. Dans la mesure où l'Hôpital dispose d'un système « sans papier » pour la gestion des comptes d'hospitalisation et de consultation externe, la documentation des activités liées à ces services peut être tenue à jour sur le système informatique de l'Hôpital dans des notes complètes par opposition à des documents imprimés.

Droits et responsabilités des patients

- A.** L'Hôpital informera les patients de leur droit de :
1. demander à bénéficier du programme MassHealth, du Programme de paiement d'aide Premium géré par The Gealth Connector, d'un régime de soins de santé admissible, du statut de Patient à faibles revenus et du programme de Difficultés médicales ; et
 2. bénéficier d'un échéancier de paiement en vertu de la présente Politique de crédit et de recouvrement et des réglementations du programme Health Safety Net, si le patient est considéré comme un Patient à faibles revenus ou est admissible au programme de Difficultés médicales.
- B.** Un patient qui bénéficie de Services admissibles doit :
1. fournir tous les documents demandés ;
 2. informer le programme MassHealth de tout changement lié aux revenus MAGI MassHealth ou familiaux pris en compte pour des Difficultés médicales (selon la définition donnée dans les réglementations) ou de la situation en matière d'assurance, en ce compris notamment les revenus, les héritages, les cadeaux et les distributions versées par les fiducies, la disponibilité d'une assurance maladie et d'une responsabilité civile ;
 3. effectuer le suivi de sa franchise et fournir la documentation à l'Hôpital indiquant que la franchise a été atteinte lorsque plusieurs membres de la famille sont considérés comme Patients à faibles revenus ou si le patient ou les membres de la famille bénéficient de Services admissibles de la part de plusieurs prestataires ; et

4. informer le Bureau du programme Health Safety Net ou l'organisme MassHealth lorsque le patient est impliqué dans un accident, ou souffre d'une maladie ou de blessures, ou toute autre perte ayant abouti ou pouvant aboutir à un procès ou une demande d'indemnisation d'assurance. Le patient doit :
 - a. déposer une demande d'indemnisation, le cas échéant; et
 - b. accepter de se conformer à l'ensemble des exigences du M.G.L. c. 118E, en ce compris notamment :
 - (1) octroyer au Bureau du programme Health Safety Net le droit de recouvrer un montant égal au paiement du programme Health Safety Net fourni par le biais du produit de toute demande d'indemnisation ou d'une autre procédure à l'encontre d'un tiers,
 - (2) communiquer des informations concernant la demande d'indemnisation ou toute autre procédure, et coopérer pleinement avec le Bureau du programme Health Safety Net ou son suppléant, à moins que le Bureau du programme Health Safety Net n'établisse qu'une telle coopération ne servirait pas le meilleur intérêt du patient ou aboutirait à un préjudice physique ou affectif grave pour le patient,
 - (3) informer le Bureau du programme Health Safety Net ou l'organisme MassHealth par écrit sous 10 jours à compter de l'envoi d'une demande d'indemnisation, la mise en place d'une action civile ou d'une autre procédure, et
 - (4) rembourser le programme Health Safety Net en restituant l'argent perçu auprès d'un tiers pour tous les Services admissibles fournis à la date de l'accident (ou après) ou de tout autre incident, après être devenu un Patient à faibles revenus aux fins du paiement au programme Health Safety Net, étant entendu que seul le paiement au programme Health Safety Net fourni suite à l'accident ou tout autre incident sera remboursé.

Publication / Disponibilité de la Politique de crédit et de recouvrement, de la Liste des entités affiliées aux prestataires, des Factures et courriers d'approbation/refus d'aide financière, de la Politique d'aide financière et du Résumé en langage clair et simple, de la Politique de réduction accordée aux patients non assurés et du Calcul des montants généralement facturés

A. Les patients, les garants et les autres membres du public peuvent obtenir gratuitement un exemplaire de la présente Politique de crédit et de recouvrement, de la Liste des entités affiliées aux prestataires, des factures et des courriers d'approbation/refus d'aide financière, de la Politique d'aide financière et du Résumé en langage clair et simple, de la Politique de réduction accordée aux patients non

assurés et du Calcul des montants généralement facturés de l'une des méthodes suivantes :

1. Publication sur internet : la présente Politique de crédit et de recouvrement et d'autres documents sont disponibles en ligne sur le site : www.childrenshospital.org/financialassistance.
 2. En personne : des exemplaires imprimés de (i) la Politique de crédit et de recouvrement, (ii) de la Liste des entités affiliées aux prestataires, (iii) des factures et des courriers d'approbation/refus d'aide financière, (iv) de la Politique d'aide financière et du Résumé en langage clair et simple, (v) de la Politique de réduction accordée aux patients non assurés et (vi) du Calcul des montants généralement facturés sont disponibles directement à l'Hôpital, situé au 300 Longwood Avenue, Boston, MA, salle 160 du bâtiment Farley Building.
 3. Par courrier postal : le public peut également demander à recevoir des exemplaires de ces documents par courrier en appelant le Service client des Services financiers aux patients au (617) 355 3397 ou le Département des conseils financiers aux patients au 617 355 7201.
- B. Des traductions de la présente Politique de crédit et de recouvrement, de la Politique d'aide financière, du Résumé en langage clair de la Politique d'aide financière, du formulaire de Demande d'aide financière, de la Politique de réduction accordée aux patients non assurés et du Calcul des montants généralement facturés sont disponibles dans plusieurs langues pour aider les personnes ayant une maîtrise limitée de la langue anglaise.
- C. Communication sur site : l'Hôpital fera tout son possible pour communiquer ses politiques en matière de crédit et de recouvrement de plusieurs méthodes.
1. Des affiches informant de la possibilité d'obtenir une aide financière et de ses politiques en matière de crédit et de recouvrement seront disposées dans les zones d'enregistrement et d'admission des services d'hospitalisation et de l'établissement.
 2. Des affichages publics ou d'autres éléments pouvant raisonnablement capter l'attention des visiteurs seront placés bien en évidence à divers endroits de l'hôpital, notamment dans les zones d'enregistrement et d'admission des services d'hospitalisation et de l'établissement.
 3. Des exemplaires de la présente Politique de crédit et de recouvrement seront proposés à tous les patients, soit à leur arrivée, soit à leur départ.

Documents, politiques et programmes supplémentaires ou connexes

1. Liste des entités affiliées aux prestataires
2. Modèles de factures et courriers d'approbation/refus d'aide financière
3. Politique d'aide financière
4. Résumé en langage clair et simple de la Politique d'aide financière
5. Demande d'aide financière
6. Politique de réduction accordée aux patients non assurés
7. Programmes d'aide financière pour les patients internationaux

Caractéristiques du document

Intitulé	Politique de crédit et de recouvrement		
Auteurs	Directeur de la Conformité réglementaire fiscale et financière	Date d'entrée en vigueur	9/30/2016
Examiné / Révisé par	Vice-président des Services financiers aux patients, Boston Children's Hospital Directeur financier, Boston Children's Hospital Directeur général adjoint et Directeur des affaires juridiques, Boston Children's Hospital	Dates d'examen / de révision :	12/7/2021 12/10/2021
Approbation	12/20/2021	Effective Date	1/1/2022
Conseil d'administration du Boston Children's Hospital			