

L'Hôpital Stamford

Objet : **Politiques et procédures de facturation et de perception**

Politique no 0004 **Mise en œuvre :**
Référence(s) : **Politique des lits sans frais ; Révisions :** les 25/10/12,
08/1/13, 12/11/13, 06/10/14,05/10/15,
Politique et programme d'assistance financière 11/10/16
Approbation : EM **Révision le** 25/10/19
Service : Services d'affaires des usagers **Page :** 1 de 2

Révisées conformément à la règle finale de l'IRS et du Trésor 501 r) en vertu de la loi intitulée Affordable Care Act et de la loi intitulée Fair Debt Collection Practices Act.

Objet

L'objet de cette politique est d'établir des procédures raisonnables concernant la perception des comptes clients, y compris les recours extraordinaires en perception (« **REP** ») qui peuvent être institués par l'Hôpital Stamford (« **l'Hôpital** »), par des agences externes de perception ou par des bureaux d'avocats.

Politique

Selon la politique de l'Hôpital, l'établissement doit percevoir les soldes impayés des usagers qui ont les moyens financiers d'acquitter le coût des services. Les recours en perception seront institués d'une manière cohérente et équitable à l'égard de tous les usagers, peu importe leur couverture d'assurance. Cette Politique sera émise dans toutes les langues dans lesquelles la Politique d'assistance financière de l'Hôpital est traduite (la « **PAF** »). Les procédures de perception seront conformes aux lois applicables. La PAF, le Sommaire de l'assistance financière en langage simple (le « **Sommaire** ») et le formulaire de la Demande d'assistance financière (la « **Demande** ») sont disponibles sur le site internet de Stamford Health à l'adresse suivante : <http://www.stamfordhealth.org/fap>. La PAF est également annexé à cette Politique.

Identification et notification des usagers qui peuvent être admissibles à une assistance financière

L'Hôpital fera des efforts raisonnables afin d'identifier les usagers qui peuvent être admissibles à une assistance financière. Le Service d'affaires des usagers de l'Hôpital notifie tous les usagers payants de la possibilité de faire une demande pour une réduction partielle ou totale de leur facture d'hôpital et/ou pour les

services d'urgence ou médicaux requis (désignés comme les « **Services admissibles** » aux présentes et à la PAF). Cette notification est effectuée par des encarts joints à tous les relevés de compte transmis aux usagers payants et également imprimés sur les relevés de compte. La notification indique aux usagers de se brancher sur le site internet de l'Hôpital, où ils peuvent accéder à la Politique, au Sommaire et au formulaire de la demande.

Détermination de l'admissibilité à l'assistance financière

La décision quant à l'admissibilité à l'assistance financière est prise selon la PAF.

Processus de facturation et de perception

- L'Hôpital transmet le premier relevé de compte suivant la prestation des services. Quant aux soldes restants après paiement par l'assureur, l'Hôpital transmet un deuxième relevé de compte 30 jours suivant le premier relevé de compte.
- Tous les relevés de compte contiennent des renseignements concernant l'offre de la PAF, y compris les coordonnées, tel que décrit ci-dessus.
- Lors de la phase finale du cycle de facturation, l'Hôpital fera des efforts raisonnables afin d'aviser les usagers oralement au sujet de la PAF et de l'offre de l'assistance et de la demande, et les usagers seront avisés par écrit des éléments suivants :
 - L'existence des recours extraordinaires de perception ("**REP**") que l'Hôpital ou son mandataire pourra instituer pour percevoir les frais pour les soins.
 - La date à laquelle des REP pourront être institués, qui doit être postérieure de 30 jours de la date de l'avis écrit et du Sommaire.
- Si un usager a effectué des paiements à l'Hôpital et si ce dernier détermine subséquemment que l'usager en question est admissible en vertu de la PAF, l'Hôpital l'avisera en conséquence et remboursera le montant qui est supérieur au montant dû par l'usager, à moins que ledit montant soit inférieur à 5 \$.
- Le Directeur et/ou le Gérant des services d'affaires des patients examine et approuve les comptes avant de les référer directement aux avocats pour

perception. En ce qui concerne les comptes en perception, les suivants seront rayés à titre de mauvaise créance après 1 an en perception :

- Les comptes que l'agence aurait indiqués comme étant irrécouvrables ;
 - Les comptes lorsque l'agence est dans l'impossibilité de communiquer avec le patient ; et
 - Lorsque selon l'agence, il est impossible d'exécuter un jugement contre le débiteur.
- Si c'est approprié, l'Hôpital instituera les REP suivants :
 - Les comptes seront directement transmis aux avocats lorsqu'une décision est prise à l'effet que des procédures judiciaires seront instituées incessamment et que les délais et les procédures des agences de perception ne seraient pas efficaces. Dans ces cas, l'Hôpital pourra instituer des recours judiciaires afin de percevoir la dette d'un usager (ce qui ne comprend pas la production d'une réclamation dans une procédure de faillite, car ce n'est pas considérée comme un REP) ;
 - Un signalement à une agence de crédit ou à un bureau de crédit ;
 - L'enregistrement d'une hypothèque mobilière ou immobilière sur les biens du débiteur (à l'exception des hypothèques permises par la loi de l'État à la suite de jugements ou de règlements en raison des blessures physiques reliées aux soins fournis) ;
 - La saisie d'un compte de banque individuel ou autre propriété personnelle ; et/ou
 - La saisie de salaires.

Nonobstant toute disposition contraire aux présentes :

- L'Hôpital n'instituera aucun REP pendant au moins 120 jours suivant la réception de la première facture par l'usager pour des services hospitaliers ;

- L'Hôpital n'instituera aucun REP avant que le Service d'affaires des usagers de l'Hôpital ait déterminé que l'Hôpital a fait des efforts adéquats afin de décider si l'utilisateur est admissible à l'assistance financière ; et
- L'Hôpital doit suspendre tout REP contre un usager s'il formule une demande d'assistance financière ; et
- L'Hôpital n'instituera aucun REP parmi les suivants :
 - La saisie des biens immobiliers ;
 - L'arrestation et l'emprisonnement de l'utilisateur ;
 - Le fait de vendre la dette de l'utilisateur à une tierce partie, à moins que certaines conditions soient respectées ; ou
 - Le fait de reporter ou de refuser des soins médicaux ou d'exiger le paiement avant de prodiguer les soins en raison d'une facture antérieure impayée.

The Stamford Hospital

Subject: **Billing and Collections Policy and Procedures**

Policy # 0004 **Implemented:**
Reference(s): Free Bed Funds Policy; **Revisions:** 10/25/12, 11/08/13,
11/12/13, 10/06/14,10/05/15,
Financial Assistance Program Policy 10/11/16
Approval: EM **Reviewed** 10/25/19
Department: Patient Business Services **Page:** 1 of 2

Revised in accordance with the IRS and Treasury 501(r) final rule under the authority of the Affordable Care Act and the Fair Debt Collection Practices Act.

Purpose

This policy establishes reasonable procedures regarding collection of patient accounts, including Extraordinary Collection Actions (“ECAs”), that may be taken by The Stamford Hospital (“Hospital”) or contracted external collection agencies and law firms.

Policy

It is the policy of the Hospital to pursue collection of outstanding balances from patients who have the ability to pay for services. Collection procedures will be applied consistently and fairly for all patients regardless of insurance status. This Policy will be issued in all languages into which the Hospital’s Financial Assistance Policy (“FAP”) is translated. All collection procedures will comply with applicable laws. The FAP, the Financial Assistance Plain Language Summary (the “**Summary**”) and the Financial Assistance Application (“**Application**”) are available on the Stamford Health website here: <http://www.stamfordhealth.org/fap>. The FAP is also attached to this Policy.

Identification and Notification of Patients Who May be Eligible for Financial Assistance

The Hospital will make reasonable efforts to identify patients who may be eligible for financial assistance. The Hospital’s Patient Business Services Department notifies all self-pay patients of their opportunity to submit an Application, so that they may seek a partial or complete reduction of their Hospital bill for emergency and/or medically necessary services (referred to as “**Eligible Services**” herein and under the FAP). This notification is made through inserts included with all statements sent to self-pay patients, and on the statements themselves; the

notification also directs the patient to the Hospital website, which leads him/her to the policy, Summary, and Application.

Determination of Eligibility for Financial Assistance

The determination as to whether a patient is eligible for financial assistance shall be made pursuant to the FAP.

Billing and Collection Process

- The Hospital provides the first billing statement following services. For balances after insurance, the Hospital provides a second statement 30 days after the initial statement.
- All statements contain information regarding the availability of the FAP including contact information, as described above.
- During the final phase of the statement cycle, the Hospital will make reasonable efforts to orally notify patients about the FAP and the availability of assistance with the Application and will notify patients in writing of the following:
 - The Extraordinary Collection Actions (“ECAs”) the Hospital or its authorized designee may take to obtain payment for care.
 - A date after which such ECA(s) may be initiated that is no earlier than 30 days after the date of the written notice: and The Summary.
- If a patient has made payment(s) to the Hospital, and the Hospital subsequently determines that the patient is FAP-eligible, Hospital will notify the patient of such determination and provide a refund of the amount paid in excess of the patient’s responsibility under the FAP, unless such excess amount is less than \$5.00.
- Patient accounts are reviewed and approved by the Director and or Manager of Patient Business Services for direct referral to collection attorneys. For accounts in collection, the following will be written off as bad debt after 1 year of collection:
 - Accounts that the agency has identified as uncollectible;
 - Accounts where the agency has been unable to contact the patient; and

- Accounts where the agency deems the patient to be judgment proof.
- The Hospital will, when appropriate, engage in the following ECAs:
 - Accounts are directly referred to attorneys in cases where we have identified circumstances where legal proceedings will be eminent and the routine collection agency time frames or procedures would not be effective; in such cases, the Hospital may commence legal action to collect a bill from a patient (but this does not include filing of a claim in a pending bankruptcy proceeding, which is not considered an ECA);
 - Reporting to a credit reporting agency or credit bureau;
 - Placing a lien on the individual's property (except liens permitted under state law upon judgments or settlements for personal injury related to the care provided);
 - Attaching or seizing any individual bank account or other personal property; and/or
 - Garnishing wages.

Notwithstanding anything herein to the contrary:

- The Hospital will not engage in any ECAs for at least 120 days after a patient receives the initial bill for Hospital services;
- The Hospital shall not engage in any ECAs until the Hospital's Patient Business Services Department has determined that the Hospital has made adequate efforts to determine whether the patient is eligible for financial assistance; and
- The Hospital shall suspend any ECA against an individual if he/she submits an application for financial assistance; and
- The Hospital will not engage in the following ECAs:

- Foreclosing on real property;
- Causing and individual to be subject to a writ of body attachment or otherwise causing an individual's arrest;
- Selling an individual's debt to another party unless certain conditions are met; or
- Deferring or denying medically necessary care or requiring payment before providing care because of non-payment of a prior bill.