



Date d'entrée en vigueur : 01/01/2016

POLITIQUE : Iowa Health System, sous l'appellation UnityPoint Health (« UPH »), facturera les patients de façon équitable et uniforme pour les soins de santé fournis. Tous les patients qui en ont la capacité financière devraient participer à une partie de leurs coûts de soins de santé. Les hôpitaux UPH prendront les mesures qui s'imposent pour recouvrer les montants dus auprès des patients pour les services de soins de santé fournis.

CHAMP D'APPLICATION : tous les établissements hospitaliers et toutes les organisations hospitalières d'UPH (collectivement désignés comme « hôpitaux UPH ») bénéficient de l'exonération fiscale 501(c) (3). L'annexe A présente une liste des établissements hospitaliers pris en charge dans le cadre de la présente politique.

PRINCIPES : les patients qui sont en mesure de payer une partie de leurs coûts de soins de santé sont tenus de rechercher une police d'assurance accessible et de prendre en charge une partie de leurs services de soins de santé, et les hôpitaux UPH ont le devoir de demander un paiement à ces patients.

La présente politique a pour objectif de présenter les méthodes employées par les hôpitaux UPH pour facturer les patients pour les services de soins de santé qui leur sont fournis et pour recouvrer les montants dus quand les patients n'ont pas convenablement participé aux coûts des soins de santé.

1. Définitions.

- 1.1 Patient(s). Désigne le patient ou la personne prenant en charge le patient (parent, tuteur, garant).
- 1.2 Soins médicaux d'urgence. Selon la définition fournie par la loi sur l'accouchement et le traitement médical d'urgence (Emergency Medical Treatment and Labor Act, « EMTALA »), il s'agit d'une situation lors de laquelle une pathologie se manifeste par des symptômes aigus dont la gravité est telle que, en l'absence de l'administration immédiate de soins médicaux, il est raisonnablement possible d'affirmer que la santé du patient court un risque substantiel, que ses fonctions corporelles peuvent être gravement endommagées ou que tout autre organe peut subir un préjudice grave. Cette définition comprend les femmes enceintes ayant des contractions.
- 1.3 Hôpital. Désigne l'hôpital où les soins de santé ont été fournis et toutes les entités agissant au nom de cet hôpital pour recouvrer les montants dus auprès des patients dans le cadre de la présente politique.
- 1.4 Assistance financière. En vertu de la politique de conformité UPH 1.BR.34 intitulée « Assistance financière et établissements hospitaliers », la ou les méthodes d'assistance proposées aux patients jugés comme nécessaires sur le plan financier.
- 1.5

Patients admissibles FINA. Patients qui suivent les procédures définies dans la présente politique et qui sont jugés admissibles pour recevoir une assistance financière en vertu de la politique 1.BR.34 intitulée « Assistance financière et établissements hospitaliers ».

1.6 Soins nécessaires sur le plan médical. Services qui (1) correspondent au diagnostic et au traitement de la pathologie du patient ; (2) sont conformes aux normes de bonnes pratiques médicales ; (3) sont nécessaires pour répondre aux besoins médicaux du patient pour des raisons autres que la commodité du patient, du professionnel ou du soignant ; et (4) sont le type de services le moins coûteux pour répondre raisonnablement aux besoins médicaux du patient.

1.7 Intérêt excessif. Taux d'intérêt supérieur au taux d'intérêt fédéral à court terme en vigueur plus trois points de pourcentage.

1.8 Actions extraordinaires de recouvrement (Extraordinary Collection Actions, « ECA »). Actions mises en œuvre par ou pour le compte d'un hôpital à l'encontre d'un patient afin d'obtenir le paiement d'une facture de soins de santé si ces actions font appel à l'une des mesures suivantes :

1.8.1 Vente de la dette du patient.

1.8.1.1 La vente d'une dette n'est toutefois pas considérée comme une ECA si elle a lieu dans le cadre d'un contrat écrit légalement exécutoire en vigueur avant la vente de la dette qui interdit à l'acheteur de la dette de mettre en œuvre une ECA ou d'exiger un intérêt excessif, qui impose l'obligation que la dette soit restituée à l'hôpital si le patient est ou devient un patient admissible FINA. En outre, si le patient est jugé comme un patient admissible FINA et que la dette n'est pas restituée ou récupérée par l'hôpital, l'acheteur doit veiller à ce que le patient n'effectue pas de paiement et ne soit pas dans l'obligation de payer à l'acheteur et l'hôpital un montant supérieur au montant dont le patient est personnellement responsable comme patient admissible FINA.

1.8.2 Signaler des informations défavorables concernant le patient à une agence de crédit des consommateurs ou à un bureau de crédit.

1.8.3 Différer ou refuser, ou exiger le paiement d'une facture antérieure non payée, avant de fournir des soins nécessaires sur le plan médical.

1.8.3.1 Un hôpital ne mettra en aucun cas en œuvre des activités de recouvrement de dette nuisant à l'administration de soins médicaux d'urgence.

1.8.4 Entamer une procédure juridique ou judiciaire (telle que l'ouverture d'une action civile, imposer un nantissement, saisir un bien immobilier ou saisir un salaire).

1.8.4.1 La présente politique ne s'applique toutefois pas à la partie des services du patient qui ont été ou peuvent être payés par un payeur de première ou troisième partie, tel qu'une compagnie d'assurance auto ou un régime d'indemnités pour accident de travail. Dans le cadre des dispositions des États d'Iowa, d'Illinois et de Wisconsin, quand un patient est mis en recouvrement pour des services suivant un accident ou une blessure, l'hôpital peut imposer un nantissement sur un règlement tiers, ce nantissement ne constituant pas une ECA.

1.8.5 Le dépôt d'une demande dans le cadre d'une procédure de faillite ne constitue pas une ECA.

1.9 Résumé simplifié. Document présentant un résumé de la politique 1.BR.34 d'UPH intitulée « Assistance financière et établissements hospitaliers ».

1.10 Relevé de facturation après la sortie de l'hôpital. Relevé de facturation fourni à un patient une fois qu'il a reçu des services de soins de santé et qu'il a quitté l'hôpital.

1.11 Période de demande. Période débutant à la date à laquelle les soins ont été fournis au patient et prenant fin (1) 240 jours après le premier relevé de facturation après la sortie de l'hôpital, (2) à la date indiquée sur l'avis fourni au patient dans le cadre de la section 2.2.1.1 de la présente politique, ou (3) à la date stipulée pour fournir des renseignements supplémentaires, la première date survenant parmi ces trois dates ayant préséance.

2. Directives de facturation et de recouvrement.

2.1 Les hôpitaux proposent des options raisonnables aux patients qui font un effort de bonne foi pour régler leur facture. Les hôpitaux attendent, toutefois, des patients qu'ils paient les montants dus pour les services de soins de santé fournis, et ils chercheront à recouvrer les montants dus si cela est nécessaire.

2.2 Les hôpitaux ne mettront pas en œuvre d'action extraordinaire de recouvrement à l'encontre d'un patient afin d'obtenir un paiement pour des soins fournis avant d'avoir pris des mesures raisonnables pour informer le patient de la disponibilité d'une assistance financière et du processus lui permettant de demander cette assistance financière.

2.2.1 Les mesures raisonnables que devra prendre l'hôpital sont notamment les suivantes :

- 2.2.1.1 Envoyer un avis écrit (et essayer d'informer verbalement) au patient pour lui indiquer qu'une assistance financière est disponible, fournir un résumé simplifié identifiant les ECA que l'hôpital peut mettre en œuvre si cela s'avère nécessaire, et fixer une date limite après laquelle les ECA pourront être mises en œuvre, au plus tôt 30 jours après la date d'envoi de l'avis écrit.
- 2.2.1.2 Informer un patient ayant envoyé une demande d'assistance financière non complète de la façon dont il peut la remplir convenablement et donner au patient une opportunité raisonnable pour le faire. L'hôpital doit envoyer cet avis par écrit et indiquer les coordonnées de ressources qui pourront aider le patient à remplir la demande.
- 2.2.1.3 Déterminer si le patient est admissible pour recevoir une assistance financière s'il envoie une demande d'assistance financière complète pendant la période de demande.
- 2.2.2 Si l'hôpital diffère ou refuse des soins en raison d'une facture antérieure non payée, les exigences en matière de mesures raisonnables ne sont pas les mêmes. L'hôpital doit fournir au patient un formulaire de demande de FAP et un avis écrit lui indiquant qu'une assistance financière est peut-être disponible, avec la date limite pour envoyer cette demande de FAP pour les soins antérieurement fournis. Cette date limite doit être au plus tôt 30 jours après la date à laquelle l'avis écrit a été envoyé, ou 240 jours après la date à laquelle le premier relevé de facturation après la sortie de l'hôpital a été envoyé pour les soins antérieurement fournis. Si une demande de FAP complète est envoyée dans le délai stipulé, l'hôpital doit traiter la demande de façon accélérée.
- 2.2.3 Si l'hôpital utilise des informations générées par une agence tierce afin de déterminer l'admissibilité d'un patient pour recevoir une assistance financière, et s'il conclut que le patient n'est pas admissible pour recevoir des soins gratuits dans le cadre de la politique relative à l'assistance financière, il doit fournir au patient un avis l'informant de la décision du tiers et lui accorder suffisamment de temps pour faire une demande d'assistance financière supplémentaire.
- 2.3 Les hôpitaux n'essaieront pas de recouvrer auprès des patients des biens qui sont protégés contre les actions de recouvrement en vertu des réglementations étatiques ou fédérales.
- 2.4 Si un patient envoie une demande d'assistance financière complète et si l'hôpital estime que le patient a peut-être droit au programme Medicaid, l'hôpital peut différer la décision d'admissibilité jusqu'à ce que le patient ait fait une demande auprès de Medicaid et qu'une décision ait été prise en la matière.

- 2.5 Si l'admissibilité d'un patient pour recevoir une assistance financière n'a pas été déterminée, l'hôpital s'abstiendra de mettre en œuvre des actions extraordinaires de recouvrement dans les 120 jours suivant la date du premier relevé de facturation après la sortie de l'hôpital du patient, ainsi que pendant le délai supplémentaire accordé au patient dans l'avis décrit dans la section 2.2.1.1 de la présente politique.
- 2.5.1 Si le patient présente une demande d'assistance financière complète à tout moment pendant la période de demande, l'hôpital doit suspendre toute ECA en cours, déterminer l'admissibilité du patient pour recevoir une assistance financière, puis indiquer au patient s'il a droit à cette assistance financière.
- 2.5.1.1 Si le patient a droit à une assistance financière sans toutefois avoir droit à des soins gratuits, l'hôpital doit fournir au patient un relevé indiquant le montant qu'il doit payer.
- 2.5.1.2 Si le patient a droit à une assistance financière, l'hôpital doit annuler toute ECA antérieurement mise en œuvre et rembourser tout montant excédentaire dû au patient.
- 2.5.2 Si le patient présente une demande d'assistance financière incomplète pendant la période de demande, l'hôpital doit suspendre toute ECA en cours jusqu'à ce que le patient ait complètement rempli la demande d'assistance financière et que l'hôpital ait déterminé s'il a droit à une assistance financière, OU jusqu'à ce que le patient ait échoué à fournir les informations supplémentaires demandées pendant un maximum de 240 jours après la date du premier relevé de facturation après la sortie de l'hôpital, pendant le délai accordé au patient dans l'avis décrit dans la section 2.1.1.1 de la présente politique et pendant le délai accordé pour répondre à une décision de non-admissibilité présumée pour une assistance financière complète.
- 2.5.3 L'hôpital peut mettre en œuvre des ECA si le patient n'a pas envoyé de demande d'assistance financière complète dans les 240 jours suivant la date du premier relevé de facturation après la sortie de l'hôpital, dans la mesure où tous les autres avis obligatoires ont été envoyés.
- 2.6 Pour les patients ayant été traités à plusieurs reprises dans un hôpital, l'hôpital doit remplir les obligations que lui impose la présente politique en ce qui concerne les avis à envoyer de façon simultanée. Si un hôpital rassemble les factures d'un patient pour plusieurs traitements dispensés, il ne doit pas mettre en œuvre d'ECA tant que la période de demande pour le dernier traitement n'est pas écoulée.

/s/ William B. Leaver

William B. Leaver
Président d'UPH

ANNEXE A : Établissements hospitaliers pris en charge

UnityPoint Health Anamosa - St. Luke's/Jones Regional Medical Center
UnityPoint Health Cedar Rapids - Continuing Care Hospital at St. Luke's L.C.
UnityPoint Health Cedar Rapids - St. Luke's Methodist Hospital
UnityPoint Health Des Moines - John Stoddard Cancer Center
UnityPoint Health Des Moines - Blank Children's Hospital
UnityPoint Health Des Moines - Iowa Lutheran Hospital
UnityPoint Health Des Moines - Iowa Methodist Medical Center
UnityPoint Health Des Moines - Methodist West Hospital
UnityPoint Health Dubuque - Finley Hospital
UnityPoint Health Fort Dodge - Trinity Regional Medical Center
UnityPoint Health Peoria - Methodist Medical Center of Illinois
UnityPoint Health Peoria - Proctor Hospital
UnityPoint Health Quad Cities/Muscatine - Trinity Medical Center – Bettendorf
UnityPoint Health Quad Cities/Muscatine - Trinity Medical Center – Moline
UnityPoint Health Quad Cities/Muscatine - Trinity Medical Center - Rock Island
UnityPoint Health Quad Cities/Muscatine - Trinity Muscatine
UnityPoint Health Sioux City - St. Luke's Regional Medical Center
UnityPoint Health Waterloo - Allen Memorial Hospital
UnityPoint Health Madison, Wisconsin - Meriter Hospital, Inc.