

Titre : Facturation et Recouvrement pour les Services Hospitaliers de Northern Light Health	
Numéro de politique/procédure #: 16-009	Date de publication : 06/11/2025
Date d'entrée en vigueur initiale : 27/09/2012	Dernière révision : 06/11/2025
Auteur : Vice-président adjoint des Services Financiers aux Patients	
Sponsor exécutif : Vice-président exécutif et Directeur financier	Approbateur final : Vice-président exécutif et Directeur financier
Remplace: 16-009	Daté du : 21/06/2023

CHAMP D'APPLICATION

Northern Light Health adopte ce qui suit (ainsi que toute(s) annexe(s)) pour l'ensemble de ses organisations membres, incluant notamment, sans s'y limiter, celles énumérées ci-dessous :

Northern Light Health adopte ce qui suit (ainsi que toute(s) annexe(s)) pour les organisations membres sélectionnées ci-dessous :

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Acadia Healthcare | <input type="checkbox"/> Northern Light Home Care & Hospice |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Acadia Hospital | <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Maine Coast Hospital |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light AR Gould Hospital | <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Mayo Hospital |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Blue Hill Hospital | <input type="checkbox"/> Northern Light Medical Transport |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light CA Dean Hospital | <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Mercy Hospital |
| <input type="checkbox"/> Northern Light Continuing Care, Lakewood | <input type="checkbox"/> Northern Light Pharmacy |
| <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Eastern Maine Medical Center | <input checked="" type="checkbox"/> Northern Light Sebecook Valley Hospital |
| <input type="checkbox"/> Northern Light Health Foundation | <input type="checkbox"/> Work Health |
| <input type="checkbox"/> Northern Light Health Home Office | <input type="checkbox"/> Autre (préciser): _____ |

PORTÉE

Cette politique s'applique à tous les membres du personnel participant au cycle des revenus.

POLITIQUES/PROCÉDURES ASSOCIÉES

[System Policy 16-002, Financial Assistance for Northern Light Health Hospital Services](#)

DÉFINITIONS

Montants Généralement Facturés (Amounts Generally Billed - AGB) : Montant généralement facturé pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires aux personnes disposant d'une assurance couvrant ces soins. Northern Light Health calcule chaque année l'AGB pour chacun de ses hôpitaux membres. Northern Light Health utilise la « méthode rétrospective » (look-back method) pour calculer l'AGB.

Avec cette méthode, Northern Light Health prend le total des paiements que l'hôpital membre a reçus de l'ensemble des assurances commerciales et de Medicare au cours de l'exercice fiscal précédent de l'hôpital, puis divise ce montant par le total des frais facturés par l'hôpital à ces assurances commerciales et à Medicare durant cette même période.

Pour demander gratuitement une description écrite de la façon dont Northern Light Health calcule l'AGB, ou pour connaître l'AGB applicable à un hôpital membre particulier de Northern Light Health, veuillez consulter le site web à l'adresse suivante :

<https://northernlighthealth.org/billing-help>.

Période de demande :

Période durant laquelle un hôpital membre de Northern Light Health doit accepter et traiter une demande d'aide financière conformément à la Politique d'Aide Financière (FAP). La période de demande commence à la date à laquelle les soins sont fournis par l'hôpital membre de Northern Light Health à une personne et se termine au plus tôt le 240^e jour suivant la date à laquelle l'état de facturation post-sortie pour ces soins est émis, ou lorsque :

- Dans le cas d'une personne pour laquelle l'hôpital membre de Northern Light Health a présumé une admissibilité à une aide moins généreuse que l'aide la plus avantageuse décrite à la Section VIII(A)(1)(a), la fin de la période raisonnable durant laquelle la personne peut fournir des informations supplémentaires afin d'obtenir une aide plus généreuse ; ou
- Dans le cas d'une personne que l'hôpital membre de Northern Light Health a informée d'une mesure extraordinaire de recouvrement (ECA) prévue, comme décrit à la Section VIII(A)(1)(b)(i) de cette politique, l'échéance indiquée dans l'avis écrit adressé à cette personne.

Soldes créditeurs: Un montant négatif dans les comptes clients qui peut correspondre à un trop-perçu (entraînant un remboursement ou un transfert de solde dû au patient) ou à un solde surajusté (entraînant l'annulation d'un code d'ajustement).

Soins d'urgence :

- Une personne se présente au service d'urgence et une demande est faite pour un examen ou un traitement pour toute condition médicale ; ou
- Le patient est traité dans un service ou un cabinet présenté au public (par son nom, des panneaux affichés, de la publicité ou d'autres moyens) comme un lieu fournissant des soins pour des conditions médicales d'urgence de manière immédiate, sans nécessiter de rendez-vous préalable (par exemple, un centre de soins urgents, une unité de travail et d'accouchement hors campus, etc.).

Actions de recouvrement extraordinaires (Extraordinary Collection Actions - ECAs) : Les actions suivantes entreprises contre une personne, ou contre toute autre personne ayant accepté ou devant accepter la responsabilité de la facture hospitalière de l'hôpital membre pour les soins, dans le but d'obtenir le paiement d'une facture pour des soins couverts par la FAP : (i) vendre la dette d'une personne à un tiers ; (ii) communiquer des informations défavorables sur la personne aux agences de notation de crédit ou aux bureaux de crédit ; et (iii) entreprendre des actions nécessitant un processus légal ou judiciaire (par exemple, placer une hypothèque sur la propriété d'une personne, saisir la propriété d'une personne, ou prélever sur le salaire d'une personne).

Les ECAs **n'incluent pas** la mise en place par un hôpital membre d'hypothèques sur la propriété d'un patient afin d'obtenir le produit de règlements, jugements ou compromis découlant d'une action intentée par le patient contre un tiers responsable de ses blessures.

Les ECAs **n'incluent pas** non plus la vente de la dette d'une personne par un hôpital membre à un tiers si, avant la vente, l'hôpital membre conclut un accord écrit juridiquement contraignant avec l'acheteur de la dette, contenant quatre conditions :

1. L'acheteur de la dette doit accepter de ne pas entreprendre d'ECAs pour obtenir le paiement de la dette ;
2. L'acheteur de la dette doit accepter de ne pas facturer d'intérêts sur la dette supérieurs au taux en vigueur selon la Section 6621(a)(2) au moment de la vente de la dette (ou tout autre taux d'intérêt fixé par avis ou autre directive publiée dans le Internal Revenue Bulletin) ;
3. La dette doit être restituable ou rappelable par l'hôpital membre si l'hôpital membre ou l'acheteur détermine que la personne est éligible à la FAP ; et
4. Si la personne est déterminée éligible à la FAP et que la dette n'est pas restituée ou rappelée par l'hôpital membre, l'acheteur doit respecter les procédures spécifiées dans l'accord afin de garantir que la personne ne paie pas, et n'a aucune obligation de payer, à l'acheteur et à l'hôpital membre ensemble plus que ce dont elle est personnellement responsable en tant que personne éligible à la FAP.

Les ECAs **n'incluent pas** non plus le dépôt d'une réclamation dans le cadre d'une procédure de faillite.

FAP : Politique d'Aide Financière (Financial Assistance Policy) (Politique Système 16-002, Aide Financière pour les Services Hospitaliers de Northern Light Health).

Personne éligible à la FAP : Personne éligible à l'aide financière selon la FAP (indépendamment du fait que la personne ait ou non soumis une demande d'aide selon la FAP).

Soins médicalement nécessaires : Services ou fournitures médicales qui :

- sont prescrits par un médecin ou un autre prestataire dans le cadre de son champ de pratique et sont appropriés et nécessaires pour les symptômes, le diagnostic ou le traitement de la condition médicale ou de santé mentale ;
- sont fournis pour le diagnostic ou les soins et traitements directs de la condition médicale ou de santé mentale ;
- répondent aux normes de bonne pratique médicale au sein de la communauté médicale et de santé mentale de la zone de service ;
- ne sont pas principalement destinés à la commodité du patient ou du prestataire ; et
- correspondent au niveau ou à la fourniture de service le plus approprié qui peut être fourni en toute sécurité ou, lorsque nécessaire, tel que déterminé par le processus de révision de l'utilisation.

Paiement personnel (Self Pay) : Une personne qui paie de sa propre poche pour un service lié à la santé afin de couvrir une intervention médicale ou chirurgicale effectuée (i) en l'absence d'assurance, ou (ii) en tant que participation aux coûts dans le cadre d'un régime d'assurance.

Membre du personnel (Workforce Member) :

Personnes fournissant des services à l'organisation ou pour son compte (telles que les employés, bénévoles, membres du conseil d'administration, membres du personnel médical, étudiants, stagiaires et contractuels).

OBJECTIF

Cette politique a pour objectif de préserver les actifs et de maintenir une base financière saine pour les opérations, tout en conciliant les besoins de notre communauté et des patients que nous servons.

POLITIQUE

Cette politique fournit à la direction des lignes directrices générales pour l'acquisition et la vérification des informations, ainsi que pour le recouvrement des paiements auprès des patients, de leurs garants, des compagnies d'assurance tierces et des autres parties financièrement responsables du paiement des services de santé. Cette politique vise également à promouvoir la conformité de Northern Light Health aux lois et réglementations fédérales et étatiques dans l'exécution de toutes ces fonctions.

- Les hôpitaux membres de Northern Light Health ne doivent pas pratiquer de discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, la citoyenneté, la religion, la croyance, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge ou le handicap dans la fourniture de leurs services.
- Les hôpitaux membres de Northern Light Health fourniront des soins gratuits aux patients non assurés et sous-assurés conformément aux réglementations applicables du Maine Department of Health and Human Services et à la politique de soins gratuits de Northern Light Health.
- Les hôpitaux membres de Northern Light Health aideront les patients non assurés à demander une couverture de soins de santé provenant de sources fédérales, étatiques et/ou publiques, lorsque cela est approprié.
- Cette politique part du principe que le solde impayé poursuivi est dû par le patient/garant.
- Les hôpitaux membres de Northern Light Health maintiendront des contrôles appropriés et standardiseront les pratiques d'ajustement manuel lorsque le solde a été jugé irrécouvrable selon les normes établies par le département du cycle des revenus du système.
- Les hôpitaux membres de Northern Light Health maintiendront des contrôles appropriés et standardiseront les pratiques de traitement des soldes créditeurs manuels selon les normes établies par le département du cycle des revenus du système. Les informations contenues et référencées dans cette politique s'appliquent uniquement aux services basés dans les hôpitaux membres, y compris les groupes de pratique employés par les hôpitaux membres, mais ne s'étendent pas aux prestataires non employés.

Les hôpitaux membres de Northern Light Health feront tout effort raisonnable pour :

1. Obtenir et vérifier les informations sur l'assurance et les données démographiques nécessaires pour déterminer la responsabilité du patient ou du garant pour le paiement au moment de la prise de rendez-vous ou de l'inscription.
2. Recouvrer toute responsabilité du patient applicable au **point de service**.
3. Fournir une **assistance en gestion** de cas pendant les séjours à l'hôpital membre.
4. **Inform**er les patients de la disponibilité de l'aide financière conformément à [System Policy 16-002, Financial Assistance for Northern Light Health Hospital Services](#).
5. Soumettre les réclamations applicables aux payeurs tiers, selon l'autorisation des patients.
6. Fournir aux patients un relevé clair et précis des montants dus, le cas échéant.
7. Communiquer les options de paiement et la disponibilité des programmes d'aide financière, y compris les soins gratuits.

Il incombe au patient de fournir à l'hôpital membre les informations financières et personnelles nécessaires pour déterminer l'éligibilité à la couverture par un tiers ou à l'aide financière applicable. Toutes les informations recueillies conformément à cette politique seront traitées de manière confidentielle, conformément aux lois fédérales et étatiques sur la protection de la vie privée. Le patient a la responsabilité ultime de comprendre ses prestations et exigences d'assurance spécifiques et de s'assurer que les autorisations préalables et références appropriées ont été obtenues.

PROCÉDURE

I. PLANIFICATION & INSCRIPTION

- A. Dans la mesure du possible, les patients seront préenregistrés, période pendant laquelle les informations d'assurance et les données démographiques seront recueillies. L'hôpital membre fera des efforts raisonnables pour vérifier les informations du patient au moment de la planification des services ou lors de la prestation des services. Si plusieurs sources de paiement existent, l'hôpital membre priorisera les sources de paiement selon les règles du Medicare Secondary Payer (MSP) et les lignes directrices de coordination des prestations des assurances commerciales.
- B. Tous les services d'urgence seront fournis conformément à la Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA). Après le dépistage initial, l'évaluation et la stabilisation, l'hôpital membre cherchera à obtenir du patient, du garant ou d'un membre de la famille les informations démographiques et d'assurance.
- C. Les patients peuvent être invités à fournir une pièce d'identité, telle qu'un permis de conduire, afin de garantir l'exactitude des données démographiques et de fournir une preuve de couverture d'assurance en présentant une carte d'assurance valide.
- D. Pour être considéré comme « assuré », le patient doit signer une autorisation de divulgation d'informations et de cession des prestations à l'hôpital membre.

II. VÉRIFICATION DE L'ASSURANCE

- A. L'hôpital membre vérifiera l'assurance pour la plupart des principaux payeurs.
- B. L'hôpital membre vérifiera que le fournisseur de soins primaires du patient a, dans la mesure du possible, obtenu une autorisation préalable pour le traitement. L'hôpital

membre utilise des outils tels que les portails web des payeurs pour faciliter l'identification, la confirmation et la vérification du statut d'éligibilité des informations fournies par le patient.

- C. L'hôpital membre se réserve le droit de contracter avec des agences externes pour aider à obtenir et vérifier les informations de facturation et assister les patients dans leur demande de programmes d'aide fédéraux et étatiques.
- D. Les cas d'accidents automobiles seront examinés, et les détails de l'accident peuvent être obtenus via le site web du Maine Bureau of Motor Vehicles. Les demandes de paiement seront soumises à la compagnie d'assurance automobile ou médicale appropriée, selon les directives du payeur et si le patient n'est pas assuré. Conformément à cette politique, des privilèges pourront être enregistrés pour garantir le paiement des services fournis. Ces privilèges ne sont pas enregistrés sur les biens personnels d'un individu.
- E. Dans les cas où le patient indique que la compensation des travailleurs (workers' compensation) est responsable du paiement du service mais que le nom de l'assureur est inconnu, l'hôpital membre tentera de contacter l'employeur (après signature de toutes les autorisations appropriées) ou le Workers' Compensation Board pour obtenir les informations sur l'assurance de la compensation des travailleurs.

III. RECOUVREMENT AU POINT DE SERVICE

- A. Les patients seront facturés pour tout co-paiement, coassurance, franchise ou services non couverts au moment de la prestation des soins.
- B. L'hôpital membre peut demander un arrangement de paiement ou le paiement intégral pour certains tests diagnostiques, traitements ou procédures électifs avant la planification lorsque ces services sont considérés comme non urgents.
- C. Un rabais au point de service sera offert aux patients si le montant estimé des frais à leur charge est payé intégralement au moment de la sortie (cela inclut le co-paiement, la coassurance et/ou le montant de la franchise selon l'assurance).
- D. Un service de conseil financier est disponible, comme indiqué à la Section VI de cette politique et [System Policy 16-002, Financial Assistance for Northern Light Health Hospital Services](#).

IV. GESTION DE CAS, HOSPITALISATION ET SORTIE

- A. L'hôpital membre travaillera en collaboration avec l'équipe de gestion de cas tierce du patient, qui peut effectuer une évaluation clinique simultanée. Les patients seront informés de tout changement de couverture dû à des déterminations de nécessité médicale entraînant des services non couverts et les frais à leur charge associés.
- B. Toutes les assurances doivent être vérifiées, les formulaires complétés et les signatures obtenues avant la sortie, dans la mesure du possible.

V. AVIS AUX PATIENTS SUR LA DISPONIBILITÉ DE L'AIDE

- A. Affichage et avis individuels : Les hôpitaux membres de Northern Light Health informeront les patients de la disponibilité de l'aide financière et des soins gratuits

conformément à [System Policy 16-002, Financial Assistance for Northern Light Health Hospital Services](#).

- B. Des étapes supplémentaires de notification sont requises avant qu'un hôpital membre de Northern Light Health n'engage des ECAs, comme décrit à la Section VIII ci-dessous.

VI. FACTURATION ET RECOUVREMENT

A. Dispositions générales

1. Tous les patients se verront facturer le même montant pour les mêmes services rendus, indépendamment de la source de paiement. Les estimations de frais seront fournies avant la prestation des services et des factures détaillées complètes seront fournies sur demande à tout moment.
2. Les conversations avec les patients et les membres de la famille concernant leur(s) compte(s) seront documentées dans le système de comptabilité des patients.
3. Les demandes d'aide financière et les lettres de détermination sont conservées soit en format papier, soit en format électronique dans le système de comptabilité des patients.
4. Les actions décrites dans la Section VI ne constituent pas des ECAs et peuvent être effectuées à tout moment.

B. Facturation auprès de tiers

1. Le payeur tiers doit :
 - a. Recevoir les demandes de prestations déposées sur les formulaires de facturation standardisés (UB-04 et CMS 1500) selon les exigences du payeur.
 - b. Recevoir les demandes utilisant les codes de revenus standard et les codes CPT/HCPCS, les demandes étant soumises électroniquement lorsque cela est possible.
 - c. Recevoir les demandes générées dès cinq jours après la sortie.
2. L'hôpital membre doit :
 - a. Facturer les assureurs selon l'ordre de priorité basé sur les lignes directrices standard de coordination des prestations du secteur.
 - b. Effectuer le suivi auprès des payeurs concernant les soldes impayés aux intervalles spécifiés par les directives départementales de l'hôpital membre.
 - c. Poursuivre les payeurs jusqu'à ce que des efforts raisonnables aient été épuisés.
 - d. Fournir aux patients un avis de non-couverture avant la prestation du service lorsque cela est requis.
3. Les patients seront :
 - a. Facturés pour tout co-paiement, coassurance, franchise ou services non couverts.
 - b. Facturés pour les soldes relatifs aux services non couverts conformément aux exigences du payeur.
 - c. Responsables des soldes impayés facturés aux régimes d'assurance non contractés.

C. Facturation pour paiement personnel (Self-Pay)

Si, à tout moment pendant le processus de recouvrement, la partie responsable conteste raisonnablement la facture, les activités de recouvrement seront suspendues jusqu'à ce que la question soit résolue et que le résultat soit communiqué au patient.

1. Un relevé initial sera généré dès 5 jours après la sortie ou 2 jours après le reclassement en Self-Pay.
2. Un rabais pour paiement rapide sera indiqué sur le relevé initial du patient et disponible jusqu'à 30 jours à compter de la date du relevé, comme décrit dans Northern Light Health System Discounts, lié à cette politique en tant que document associé.
3. Des rabais supplémentaires peuvent être offerts aux patients Self-Pay, comme décrit dans [Northern Light Health System Discounts](#), lié à cette politique en tant que document associé.
4. Le paiement intégral est dû à la réception du relevé initial. Les paiements peuvent être envoyés par courrier, effectués par téléphone ou en ligne ([Billing Help Website](#)). La plupart des principales cartes de crédit sont acceptées.
5. Des relevés ultérieurs seront générés au moins tous les 30 jours.
6. Le relevé ou les avis de facturation peuvent être accompagnés d'appels téléphoniques, de lettres de recouvrement, de notifications de contact personnel et de toute autre méthode de notification constituant un effort réel et raisonnable pour contacter la partie responsable du paiement. Ces actions de recouvrement de routine peuvent varier en fonction de l'ancienneté du compte et du montant du solde impayé.
7. Les hôpitaux membres de Northern Light Health ne factureront pas d'intérêts sur les soldes impayés.
8. Voir [System Policy 16-002, Financial Assistance for Northern Light Health Hospital Services](#), pour plus de détails.

D. Plans de paiement

L'hôpital membre reconnaît qu'il peut y avoir des cas où le paiement intégral n'est pas financièrement réalisable et peut nécessiter un plan de paiement ou de budget approprié. Les points ci-dessous fournissent des lignes directrices et des critères supplémentaires pour les plans de paiement.

1. Les patients ou leurs parties responsables sont tenus de payer la totalité de leur responsabilité pour les services rendus à la réception de leur première facture ou conformément à un plan de paiement échelonné convenu mutuellement.
2. Les conseillers financiers discuteront avec le patient des options de plan de paiement disponibles.
3. Les comptes de plan de paiement en retard seront référés à une agence de recouvrement, conformément à la Section VIII.B de cette politique.

E. Soins gratuits et aide financière pour les patients non assurés et sous-assurés

Les hôpitaux membres de Northern Light Health fournissent des soins gratuits conformément aux Free Care Guidelines du Department of Health and Human Services

(Chapitre 150 10-144) et peuvent fournir des soins gratuits supplémentaires basés sur la politique de Northern Light Health ([System Policy 16-002, Financial Assistance for Northern Light Health Hospital Services](#)).

F. Couverture catastrophique

Si un patient ne remplit pas les conditions pour bénéficier de soins gratuits et que sa responsabilité financière constitue un fardeau excessif, le VP du cycle des revenus du système, ou son représentant désigné, peut offrir un rabais supérieur à celui normalement disponible via l'aide financière ou notre rabais standard Self-Pay.

VII. LIMITATION DES MONTANTS FACTURÉS

En ce qui concerne les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires, la politique de Northern Light Health est de limiter le montant facturé à une personne éligible à la FAP au montant généralement facturé (AGB). Pour plus d'informations, voir [System Policy 16-002, Financial Assistance for Northern Light Health Hospital Services](#).

VIII. ACTIONS DE RECOUVREMENT EXTRAORDINAIRES (EXTRAORDINARY COLLECTION ACTIONS - ECAs)

A. Exigences générales avant l'initiation des ECAs

Les hôpitaux membres de Northern Light Health ne peuvent initier aucune ECA pendant au moins 120 jours à compter de la date à laquelle l'hôpital membre fournit le premier relevé de facturation post-sortie pour les soins et jusqu'à ce que la personne ait été informée de la FAP. De plus, avant d'engager des ECAs contre une personne, les hôpitaux membres doivent faire des efforts raisonnables pour déterminer si la personne est éligible à l'aide financière selon la FAP, conformément à la **Section 1** ci-dessous. Aucune ECA ne peut être engagée si le patient a conclu un arrangement de paiement satisfaisant avec l'hôpital membre. Enfin, avant de commencer toute ECA, le VP du cycle des revenus du système ou son représentant désigné doit déterminer que l'hôpital membre a fait des efforts raisonnables pour déterminer si la personne est éligible à la FAP et a par ailleurs respecté cette politique. Aucune ECA ne peut être commencée avant cette détermination par le VP du cycle des revenus du système ou son représentant.

1. Efforts raisonnables

Un hôpital membre de Northern Light Health sera considéré comme ayant fait des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est éligible à l'aide financière selon la FAP si l'hôpital membre : (i) détermine que la personne remplit les conditions pour une détermination d'éligibilité présumée ; ou (ii) fournit un avis adéquat à la personne concernant la FAP et traite toute demande FAP soumise par la personne (que la demande soit complète ou incomplète) conformément aux procédures suivantes et à [System Policy 16-002, Financial Assistance for Northern Light Health Hospital Services](#).

- a. Pour effectuer une détermination d'éligibilité présumée, l'hôpital membre doit établir que la personne est éligible à l'aide financière sur la base d'informations autres que celles fournies par la personne ou sur la base d'une détermination antérieure d'éligibilité à la FAP. Si la personne est présumée éligible à une aide moins généreuse que l'aide la plus avantageuse disponible selon la FAP, l'hôpital membre doit :
 - i. Informer la personne des motifs de cette détermination et de la manière de demander une aide plus généreuse selon la FAP ;
 - ii. Accorder à la personne un délai raisonnable pour demander une aide plus généreuse avant d'initier une ECA ; et
 - iii. Si la personne soumet une demande FAP complète visant une aide plus généreuse pendant la période de demande (Application Period), prendre les mesures décrites à la **Section 3** ci-dessous.
 - b. Afin de fournir un avis adéquat concernant la FAP à un individu, les hôpitaux des Member Organizations de Northern Light Health doivent effectuer toutes les actions suivantes :
 - i. Informer l'individu de la FAP de **toutes** les manières suivantes, au moins 30 jours avant d'engager une ou plusieurs ECAs:
 - 1. Fournir à l'individu un avis écrit indiquant que l'aide financière est disponible pour les personnes éligibles, précisant les ECAs que l'hôpital de la Member Organization de Northern Light Health prévoit d'utiliser pour obtenir le paiement, et mentionnant une date limite après laquelle les ECAs pourront être engagées, cette date ne pouvant être antérieure à 30 jours après la remise de l'avis écrit.
 - 2. Joindre au courrier un résumé en langage clair de la FAP.
 - 3. Faire un effort raisonnable pour informer oralement l'individu de l'existence de la FAP et de la façon dont il peut obtenir une aide pour compléter la procédure de la FAP.
 - ii. Si l'individu soumet une demande FAP **incomplète** pendant la période de demande, l'hôpital de la Member Organization de Northern Light Health prendra les mesures supplémentaires décrites dans la **Section 2** ci-dessous..
 - iii. Si l'individu soumet une demande FAP **complète** pendant la période de demande, l'hôpital de la Member Organization de Northern Light Health prendra les mesures supplémentaires décrites dans la **Section 3** ci-dessous.
2. **Procédures supplémentaires en cas de soumission d'une demande FAP incomplète**
- a. En plus de respecter les exigences d'avis décrites dans la Section 1 ci-dessus, les hôpitaux des Member Organizations de Northern Light Health doivent fournir aux individus qui soumettent une demande FAP incomplète pendant la période de demande un avis expliquant comment compléter la demande FAP ainsi qu'une possibilité raisonnable de le faire. Pour répondre à ces exigences, les hôpitaux des Member Organizations de Northern Light Health doivent effectuer toutes les actions suivantes:

- i. Ne pas engager, ni poursuivre toute action déjà engagée, de mesures de recouvrement extraordinaires (ECAs).
- ii. Fournir à l'individu un avis écrit contenant les informations suivantes :
 - Une description des informations et/ou de la documentation exigées par la FAP ou par le formulaire de demande FAP qui doivent être fournies pour compléter la demande FAP.
 - Les coordonnées, incluant le numéro de téléphone et l'adresse physique : (i) du bureau ou du service de l'hôpital de la Member Organization pouvant fournir des informations sur la FAP ; et (ii) soit (a) du bureau ou du service de l'hôpital de la Member Organization pouvant apporter une aide pour le processus de demande FAP, soit (b) d'au moins une organisation à but non lucratif ou agence gouvernementale identifiée par l'hôpital de la Member Organization comme une source disponible d'assistance pour les demandes FAP.
- b. Si l'individu soumet ensuite une demande FAP complète pendant la Période de demande, les hôpitaux des Member Organizations de Northern Light Health doivent suivre les procédures énoncées dans la **Section 3** ci-dessous.

3. Procédures supplémentaires en cas de soumission d'une demande FAP complète

- a. En plus de respecter les exigences d'avis décrites dans la Section 1 ci-dessus, les hôpitaux des Member Organizations de Northern Light Health doivent effectuer toutes les actions suivantes à l'égard d'un individu qui soumet une demande FAP complète pendant la Période de demande:
 - i. Ne pas engager, ni poursuivre toute action déjà engagée, de mesures de recouvrement extraordinaires (ECAs).
 - ii. Déterminer si l'individu est admissible à une aide financière au titre de la FAP. Si l'individu est jugé admissible à une aide financière, l'hôpital de la Member Organization de Northern Light Health doit également suivre les étapes énumérées dans la **Section 3.b.** ci-dessous.
 - iii. Informer l'individu par écrit de la décision concernant son admissibilité, y compris l'aide à laquelle il a droit (le cas échéant) et le fondement de cette décision.
- b. Si l'individu est jugé admissible à une aide financière au titre de la FAP, l'hôpital de la Member Organization de Northern Light Health doit prendre les mesures supplémentaires suivantes:
 - i. Rembourser tout montant payé pour les soins qui dépasse la somme dont l'individu est jugé responsable en tant qu'individu admissible à la FAP, sauf si le montant du remboursement est inférieur à 5,00 \$. Les remboursements **ne concernent que** les paiements effectués pour l'épisode ou les épisodes de soins auxquels se rapporte la demande FAP de l'individu.
 - ii. Prendre toutes les mesures raisonnables pour annuler toute mesure de recouvrement extraordinaire (ECA) engagée contre l'individu pour obtenir

le paiement des soins (par exemple : annuler tout jugement, lever tout privilège ou saisie, et supprimer toute information défavorable d'un rapport de crédit).

- iii. Si l'individu est admissible à une aide financière autre que des soins gratuits, lui fournir un relevé de facturation indiquant : (i) le montant dont l'individu est redevable pour les soins en tant qu'individu admissible à la FAP ; (ii) la manière dont ce montant a été déterminé ; (iii) l'AGB (Montant Généralement Facturé) pour les soins..

B. Referral of Debt to Collection Agencies

In addition to complying with the general requirements for ECAs set forth in Section VIII.A above, Northern Light Health Member Organization hospitals must meet the following additional obligations when referring an account to a debt collection agency.

1. Northern Light Health Member Organization hospitals require debt collection agencies to provide written assurances that they comply with the Fair Debt Collection Practices Act and with the American Collections Association (ACA) Codes of Ethics and Professional Responsibility. Based on the delinquency criteria noted above, accounts will be included on a bad debt prelist report, reviewed, and approved by an authorized Member Organization hospital representative before being transferred to a collection agency.

C. Reporting to Credit Reporting Agencies

In addition to complying with the general requirements for ECAs set forth in Section VIII.A above, Northern Light Health Member Organization hospitals must meet the following additional requirements when reporting to any credit reporting agency (e.g., TransUnion, Experian, Equifax).

1. Accounts referred to a collection agency may be reported to a national credit reporting agency if the responsible party fails to pay the balance in full or to establish a satisfactory payment arrangement with the collection agency.

RÉFÉRENCES

Règlement DHHS 10-144 CMR, Chapitre 150, Free Care Guidelines
Section 1322 du Patient Protection and Affordable Care Act
Section 501(c) du Internal Revenue Code

PIÈCES JOINTES

[Northern Light Health System Discounts](#), lié ci-dessus à cette politique en tant que document associé

Ce document a été approuvé par les comités mentionnés ci-dessous aux dates indiquées:

Conseil d'administration : 17/10/2012, 16/12/2015, 04/10/2017, 02/10/2019, 09/06/2021, 14/06/2023, 11/06/2025

Comité de gouvernance du conseil : 19/09/2012, 2015 reporté, 12/09/2017, 18/09/2019, 09/05/2023

Comité financier du conseil : 29/05/2012, 16/09/2015, 13/09/2017, 16/09/2019, 02/06/2021,
26/04/2023, 24/04/2025

Conseil de direction : 19/06/2012, 17/11/2015, 19/05/2021

Conseil des finances : 08/09/2015, 08/08/2017, 19/04/2021, 27/01/2023, 25/03/2025