Facturation et recouvrement pour les services hospitaliers de Northern Light Health

28/08/2026

DÉFINITIONS

Montant généralement facturé (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 annuellement l'AGB pour chacun de ses hôpitaux membres. Northern Light Health peut utiliser soit la méthode rétrospective, soit la méthode prospective pour calculer l'AGB, selon ce que chaque hôpital membre détermine comme étant approprié.

- Selon la méthode rétrospective, Northern Light Health calcule l'AGB à partir des paiements reçus par l'hôpital de l'organisation membre concernée au cours de l'exercice précédent. Le calcul tient compte de tous les paiements versés par les régimes commerciaux et Medicare. Northern Light Health divise ensuite le montant total de ces paiements par le montant brut des frais hospitaliers correspondant aux services fournis aux bénéficiaires de ces régimes commerciaux et de Medicare au cours de la même période.
- Selon la méthode prospective, Northern Light Health détermine l'AGB en estimant le montant que Medicare à l'acte ou Medicaid autoriserait pour les soins d'urgence ou les autres soins médicalement nécessaires. Pour effectuer cette estimation, Northern Light Health utilise les mêmes processus de codage et de facturation que l'hôpital appliquerait à un bénéficiaire de Medicare ou de Medicaid. Le montant AGB selon cette méthode comprend à la fois le paiement de l'assureur et les obligations de partage des coûts du patient, telles que les franchises, la coassurance et les tickets modérateurs.

Northern Light Health fournit gratuitement, sur demande ou sur son site Web, une description écrite de sa méthode de calcul de l'AGB ainsi que l'AGB applicable à chaque hôpital membre. http://northernlighthealth.org/billing-help

Période de candidature : La période pendant laquelle un hôpital membre de Northern Light Health Organization doit accepter et traiter une demande d'aide financière en vertu de la politique d'aide financière (PAF). La période d'application commence à la date à laquelle l'hôpital membre de Northern Light Health Organization fournit les soins à une personne et prend fin au plus tôt le 240e jour suivant la date à laquelle l'hôpital fournit le relevé de facturation post-hospitalisation relatif aux soins ou à l'une des deux dates suivantes :

- Dans le cas d'une personne que l'hôpital membre de Northern Light Health Organization a présumée admissible à une aide inférieure à l'aide la plus généreuse disponible, telle que décrite à la section VIII(A)(1)(a), la fin du délai raisonnable accordé à cette personne pour fournir des renseignements supplémentaires afin d'obtenir une aide plus généreuse ; ou
- Dans le cas d'un individu, l'hôpital membre de l'organisation Northern Light Health a notifié un ECA prévu tel que décrit dans la section VIII(A)(1)(b)(i) de la présente politique, la date limite spécifiée dans l'avis écrit à l'individu.

Soldes créditeurs : Un montant négatif sur les comptes clients pouvant correspondre à un trop-perçu (entraînant un remboursement ou un transfert de solde ouvert du patient) ou à un solde surajusté (entraînant une annulation d'un code d'ajustement).

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

Soins d'urgence :

- Une personne se présente au service des urgences et demande un examen ou un traitement pour un problème médical quelconque ; ou
- Un service ou un cabinet présenté au public (par son nom, des panneaux d'affichage, de la publicité ou d'autres moyens) comme un lieu fournissant des soins d'urgence sans rendez-vous préalable prend en charge le patient (par exemple, un centre de soins d'urgence, une salle d'accouchement hors campus, etc.).

Mesures de recouvrement extraordinaires (ECA) : L'organisation membre peut entreprendre les actions suivantes afin d'obtenir le paiement d'une facture relative à des soins couverts par le FAP auprès d'une personne ou de toute autre personne ayant accepté ou étant tenue d'assumer la responsabilité de la facture d'hôpital de cette personne : (i) vendre la dette d'un particulier à une autre partie ; (ii) signaler des informations défavorables sur le particulier aux agences d'évaluation du crédit à la consommation ou aux bureaux de crédit ; et (iii) les actions qui nécessitent un processus légal ou judiciaire (par exemple, inscrire un privilège sur la propriété d'un particulier, saisir la propriété d'un particulier, saisir le salaire d'un particulier). Les ECA **n'incluent pas** l'inscription de privilèges hospitaliers de l'organisation membre sur les biens d'un patient pour obtenir le produit de règlements, de jugements ou de compromis découlant d'une poursuite intentée par un patient contre un tiers qui a causé ses blessures. Les ECA **n'incluent pas** non plus la vente par un hôpital membre d'une dette individuelle 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 créance doit s'engager à ne prendre aucune ECA afin d'obtenir le paiement de la créance ;
2. l'acheteur de la dette doit s'engager à ne pas facturer d'intérêts sur la dette supérieurs au taux en vigueur en vertu de l'article 6621(a)(2) au moment de la vente de la dette (ou à tout autre taux d'intérêt fixé par avis ou autre directive publié dans le Bulletin des impôts internes) ;
3. la dette doit être remboursable ou rachetable par l'hôpital de l'organisation membre sur décision de ce dernier ou de l'acheteur quant à l'admissibilité de la personne au programme FAP ; et
4. si l'hôpital de l'organisation membre juge la personne admissible au programme FAP et ne retourne ni ne réclame la dette, l'acheteur doit respecter les procédures prévues dans l'accord afin de garantir que la personne ne verse pas à l'acheteur et à l'hôpital de l'organisation membre, pris ensemble, un montant supérieur à celui dont elle est personnellement redevable en tant que personne admissible au programme FAP et qu'elle n'ait aucune obligation de verser un tel montant.

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

FAP : Politique d'aide financière (Politique du système 16-002, Aide financière pour les services hospitaliers de Northern Light Health).

Personne admissible à la FAP : Une personne admissible à l'aide financière en vertu de la FAP (qu'elle ait ou non demandé une aide en vertu de la FAP).

Soins médicalement nécessaires : Services ou fournitures médicales qui :

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

- sont prescrits par un médecin ou un autre professionnel de la santé dans le cadre de sa pratique et sont appropriés et nécessaires pour les symptômes, le diagnostic ou le traitement de l'affection médicale ou mentale ;
- sont fournis pour le diagnostic ou les soins et traitements directs de l'affection médicale ou mentale ;
- respecter les normes de bonnes pratiques médicales au sein de la communauté médicale et de santé mentale de la zone de service ;
- ne sont pas principalement destinées à la commodité du patient ou d'un professionnel de la santé ; et
- sont le niveau ou la prestation de services le plus approprié qui peut être fourni en toute sécurité ou, si nécessaire, tel que déterminé par l'examen du processus d'utilisation.

Paiement direct : Une personne qui paie de sa poche un service lié à la santé afin de couvrir une intervention médicale ou chirurgicale pratiquée (i) en l'absence d' assurance, (ii) au titre de la participation aux coûts prévue par un régime d'assurance ou, (iii) selon ses propres instructions, lorsqu'elle préfère payer directement plutôt que d'utiliser son assurance.
Membre du personnel : Les personnes fournissant des services à l'organisation ou en son nom (comme les employés, les bénévoles, les membres du conseil d'administration, les membres du personnel médical, les étudiants, les stagiaires et les entrepreneurs).

BUT
L'objectif de cette politique est de préserver les actifs et de maintenir une base financière solide pour les opérations, tout en équilibrant les besoins de notre communauté et des patients que nous servons.

POLITIQUE
La présente politique fournit à la direction des directives générales concernant l'acquisition et la vérification des informations. Elle encadre également le recouvrement des paiements auprès des patients, de leurs garants, des compagnies d'assurance tierces et de toute autre personne financièrement responsable du paiement des services de santé. Cette politique vise également à promouvoir la conformité de Northern Light Health aux lois et réglementations étatiques et fédérales dans l'exercice de toutes ces fonctions.

- Les hôpitaux membres de Northern Light Health ne pratiquent aucune exclusion ni discrimination dans la prestation de leurs services. Ils fournissent leurs services sans distinction fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'appartenance ethnique, l'âge, les capacités mentales ou physiques ou le handicap, l'affiliation politique, la religion, la culture, le statut socio-économique, les informations génétiques, le statut d'ancien combattant, le sexe (y compris les caractéristiques sexuelles et les traits intersexués), la grossesse ou les affections connexes, l'orientation sexuelle, le genre, l'identité ou l'expression de genre, ou la langue.
- Les hôpitaux membres de Northern Light Health offriront des soins gratuits aux patients non assurés ou sous-assurés, conformément à la réglementation applicable du Département de la santé et des services sociaux du Maine. Politique du système 16-00, Aide financière de Northern Light Health pour les services hospitaliers de Northern Light Health.

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

- Les hôpitaux membres de Northern Light Health aideront les patients non assurés à demander une couverture de soins de santé auprès de sources fédérales, étatiques et/ou publiques, le cas échéant.
- Cette police d'assurance part du principe que le patient/garant doit régler le solde impayé réclamé.
- Les hôpitaux membres de Northern Light Health mettront en place des contrôles appropriés et normaliseront les pratiques d'ajustement manuel lorsque le département du cycle de revenus du système jugera le solde irrécouvrable conformément aux normes établies.
- Les hôpitaux membres de Northern Light Health maintiendront des contrôles appropriés et normaliseront les pratiques de traitement manuel des soldes créditeurs conformément aux normes établies par le département du cycle de revenus du système. Les informations contenues et mentionnées dans la présente politique s'appliquent exclusivement aux services hospitaliers des organisations membres. Elles s'appliquent également aux groupes de pratique salariés des hôpitaux des organisations membres, mais pas aux prestataires non salariés.

Les hôpitaux membres de Northern Light Health s'efforceront de toutes les manières raisonnables de :

1. Obtenir et vérifier les informations relatives à l'assurance et aux données démographiques nécessaires pour déterminer la responsabilité du patient ou de son garant en matière de paiement au moment de la prise de rendez-vous ou de l'inscription.
2. Recueillir toute participation du patient applicable **au point de service**.
3. Apporter leur soutien à **la gestion des cas** lors des séjours hospitaliers des membres de l'organisation.
4. **Informer** les patients de la disponibilité d'une aide financière conforme à la Politique du système 16-002, Aide financière pour les services hospitaliers de Northern Light Health.
5. Soumettre les demandes de remboursement applicables aux tiers payeurs, conformément aux autorisations 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, notamment les soins gratuits.

Le patient doit fournir à l'hôpital de l'organisation membre les renseignements financiers et personnels nécessaires pour déterminer son admissibilité à la couverture d'un tiers ou à toute aide financière applicable. Northern Light Health traitera de manière confidentielle toutes les informations recueillies conformément à la présente politique et respectera les lois fédérales et étatiques applicables en matière de protection de la vie privée. Le patient doit comprendre les prestations et les exigences propres à son assurance et s'assurer d'obtenir les autorisations préalables et les orientations appropriées.

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

PROCÉDURE :

I. PLANIFICATION ET INSCRIPTION

A. Dans la mesure du possible, les patients seront préinscrits, ce qui permettra de recueillir des informations sur leur assurance et leurs données démographiques. L'hôpital de l'organisation membre fera des efforts raisonnables pour vérifier les informations concernant le patient lors de la planification des services ou au moment où le patient reçoit les services. S'il existe plus d'une source de paiement, l'hôpital de l'organisation membre priorisera les sources de paiement en fonction des règles du programme de paiement secondaire de Medicare (MSP) et des directives de coordination des prestations d'assurance commerciale.

B. Tous les services d'urgence seront rendus conformément à la loi EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act). Après le dépistage initial, l'évaluation et la stabilisation, l'hôpital de l'organisation membre cherchera à obtenir du patient, du garant ou d'un membre de sa famille des informations démographiques et d'assurance.

C. L'hôpital pourra demander aux patients de présenter une pièce d'identité, telle qu'un permis de conduire, afin de garantir l'exactitude de leurs données démographiques. Il pourra également leur demander de présenter une carte d'assurance valide afin de fournir une preuve de leur couverture d'assurance.

D. Pour que l'hôpital de l'organisation membre considère le patient comme « assuré », celui-ci doit signer un formulaire de consentement au traitement, de garantie de paiement, de cession des prestations et de protection des renseignements médicaux afin de céder ses prestations à l'hôpital.

II. VÉRIFICATION D'ASSURANCE

A. L'hôpital de l'organisation membre vérifiera la couverture d'assurance auprès de la plupart des principaux assureurs.

B. L'hôpital de l'organisation membre vérifiera que le médecin traitant du patient a obtenu, dans la mesure du possible, une autorisation préalable de traitement. L'hôpital de l'organisation membre utilise des outils tels que les portails Web des payeurs pour faciliter l'identification, la confirmation et le statut d'admissibilité des informations fournies par le patient.

C. L'hôpital de l'organisation membre se réserve le droit de conclure des contrats avec des agences extérieures afin d'obtenir et de vérifier les informations de facturation. Ces agences peuvent également aider les patients à présenter une demande auprès des programmes d'aide fédéraux et étatiques.

D. L'hôpital enquêtera sur les cas d'accidents de la route et pourra obtenir les détails de l'accident sur le site Web du Bureau des véhicules automobiles du Maine. Les demandes de paiement seront soumises à l'assureur automobile ou médical compétent, selon les directives du payeur et si le patient n'est pas assuré. Conformément à la présente politique, des privilèges seront inscrits pour garantir le paiement des services fournis. Les privilèges ne sont pas inscrits sur les biens personnels d'un individu..

E. Le patient peut déclarer que l'assurance contre les accidents du travail doit prendre en charge le service sans connaître le nom de l'assureur. Dans ce cas, l'hôpital de l'organisation membre tentera de contacter l'employeur (après que le patient aura signé toutes les autorisations requises) ou la Commission des accidents du travail afin d'obtenir les renseignements relatifs à cette assurance.

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

III. COLLECTE AU POINT DE SERVICE

A. Les patients devront régler tout ticket modérateur, toute quote-part, toute franchise ou tout service non couvert au moment de la prestation.
B. L'hôpital membre de l'organisation peut demander un échéancier de paiement ou un paiement intégral pour certains tests diagnostiques, traitements ou interventions non urgents avant leur planification.
C. Les patients bénéficieront d'une réduction au moment de la prestation si leurs frais estimés sont réglés intégralement au moment de leur sortie (cela inclut les participations aux frais d'assurance, les quotes-parts et/ou les franchises).
D. Des conseils financiers sont disponibles comme indiqué à la section VI de la présente politique et Politique du système 16-002, Aide financière pour les services hospitaliers de Northern Light Health.

IV. GESTION DE CAS, HOSPITALISATION ET SORTIE

A. L'hôpital de l'organisation membre travaillera en collaboration avec l'équipe de gestion de cas tierce du patient, qui pourra effectuer un examen clinique simultané. Les patients seront informés de tout changement de couverture dû à des décisions de nécessité médicale qui entraîneront des services non couverts et des frais à leur charge.
B. Dans la mesure du possible, toutes les assurances doivent être vérifiées, les formulaires remplis et les signatures obtenues avant la sortie de l'hôpital.

V AVIS AUX PATIENTS CONCERNANT LA DISPONIBILITÉ D'UNE ASSISTANCE

A. Signalétique et avis individuels : Les hôpitaux des organisations membres de Northern Light Health informeront les patients de la disponibilité d'une aide financière et de soins gratuits, conformément à la Politique du système 16-002, Aide financière pour les services hospitaliers de Northern Light Health.
B. Des mesures de notification supplémentaires sont requises avant qu'un hôpital d'une organisation membre de Northern Light Health n'engage des mesures de recouvrement extraordinaires (ECA), comme décrit à la section VIII ci-dessous.

VI. FACTURATION ET RECOUVREMENT

A. **Dispositions générales**
   1. L'hôpital facturera le même montant à tous les patients pour les mêmes services, quelle que soit la source de paiement. Un devis vous sera fourni avant la prestation des services et une facture détaillée vous sera remise sur demande à tout moment.
   2. Le personnel consignera dans le système de facturation des patients les conversations avec les patients et les membres de leur famille concernant leurs comptes.
   3. Les demandes financières et les lettres de décision sont conservées soit sur support papier, soit au format électronique dans le système de comptabilité des patients.
   4. Les actions décrites à la section VI ne constituent pas des ECA et l'hôpital peut les entreprendre à tout moment.

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

B. **Facturation par un tiers**

1. Le tiers payeur devra :
    a. Recevoir les demandes de prestations déposées sur les formulaires de facturation uniformes standard (UB-04 et CMS 1500) comme l'exige le payeur.
    b. L'hôpital recevra et déclarera les demandes de remboursement à l'aide des codes de revenus standard et des codes CPT/HCPCS et les soumettra par voie électronique lorsque cela sera possible.
    c. Recevoir les demandes de remboursement générées dès cinq jours après votre sortie de l'hôpital.

2. L'hôpital de l'organisation membre va :
    a. Facturer les compagnies d'assurance par ordre de priorité, conformément aux directives de coordination des prestations standard du secteur.
    b. Effectuer un suivi auprès des payeurs concernant les soldes de comptes impayés aux intervalles spécifiés par les directives départementales de l'hôpital de l'organisation membre.
    c. Poursuivre les payeurs jusqu'à épuisement de tous les efforts raisonnables.
    d. Fournir aux patients un avis de non-prise en charge avant la prestation de services, lorsque cela est requis.
3. Les patients seront :
    a. Facturés pour tout ticket modérateur, quote-part, franchise ou service non couvert.
    b. Facturés des soldes relatifs aux services non couverts, conformément aux exigences du payeur.
    c. Responsable des soldes impayés facturés aux régimes d'assurance non conventionnés.

C. **Facturation auto-payée**

Si, à tout moment au cours du processus de recouvrement, la partie responsable conteste raisonnablement la facture, l'activité de recouvrement sera suspendue jusqu'à ce que le problème soit résolu et que le résultat soit communiqué au patient.

1. Un premier relevé sera généré dès 5 jours après la sortie de l'hôpital ou 2 jours après le passage au statut de patient autofinancé.
2. Le relevé initial du patient indiquera une réduction pour paiement rapide, valable jusqu'à 30 jours après la date du relevé. Les réductions du Northern Light Health System, dont le lien figure ci-dessus dans la présente politique en tant que document connexe, décrivent les modalités de cette réduction.
3. Des réductions supplémentaires peuvent être offertes aux patients payant eux-mêmes leurs frais, comme décrit dans le Réductions du système de santé Northern Light, mentionné ci-dessus en tant que document connexe.
4. Le paiement intégral est dû dès réception du relevé initial. Les paiements peuvent être effectués par courrier, par téléphone ou en ligne (Site Web d'aide à la facturation). La plupart des principales cartes de crédit sont acceptées.

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

5. Les relevés suivants seront générés au moins tous les 30 jours.
6. L'hôpital peut accompagner les relevés ou avis de facturation d'appels téléphoniques, de lettres de recouvrement, d'avis de contact personnel ou de toute autre méthode de notification constituant un effort véritable 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 des organisations membres de Northern Light Health ne factureront aucun intérêt sur les soldes impayés.
8. Voir Politique du système 16-002, Aide financière pour les services hospitaliers de Northern Light Health pour plus de détails.

D. **Plans de paiement**

L'hôpital membre reconnaît qu'il peut exister des cas où le paiement intégral n'est pas financièrement possible et peut nécessiter un plan de paiement ou un budget approprié. Les éléments énumérés ci-dessous fournissent des directives et des critères supplémentaires pour les plans de paiement.

1. Les patients ou leurs représentants légaux sont tenus de régler l'intégralité des frais liés aux services rendus dès réception de leur première facture ou conformément à un plan de paiement échelonné convenu d'un commun accord.
2. Les conseillers financiers discuteront avec le patient des options de plan de paiement disponibles.
3. Les comptes faisant l'objet d'un plan de paiement en souffrance seront transmis à une agence de recouvrement conformément à la section VIII.B de la présente politique.

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

Les hôpitaux membres de Northern Light Health offrent des soins gratuits conformément aux directives du Département de la santé et des services sociaux sur les soins gratuits (chapitre 150 10-144). Ils peuvent également fournir des soins gratuits supplémentaires conformément à la politique de Northern Light Health. (Politique du système 16-002, Aide financière pour les services hospitaliers de Northern Light Health).

F. **Couverture catastrophique**

Un patient peut ne pas remplir les conditions requises pour bénéficier de soins gratuits, alors que sa participation financière lui impose un fardeau financier excessif. Dans ce cas, le vice-président des finances, ou son représentant, peut lui accorder une réduction supplémentaire par rapport à celle habituellement offerte dans le cadre de l'aide financière ou de notre réduction standard pour les paiements directs.

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 admissible au FAP à AGB. Vous trouverez plus d'informations dans Politique du système 16-002, Aide financière pour les services hospitaliers de Northern Light Health.

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

VIII. ACTIONS DE RECOUVREMENT EXTRAORDINAIRES (ECA)

A. Exigences générales Avant d'initier ECAs

Les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent attendre au moins 120 jours à compter de la date à laquelle ils fournissent le premier relevé de facturation post-hospitalisation pour les soins avant d'engager une procédure d'autorisation de soins d'urgence (ECA), et doivent avoir préalablement informé la personne du programme d'aide financière (FAP). De plus, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent déployer des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à une aide financière en vertu du FAP, conformément à la **section 1** ci-dessous. Ils doivent effectuer cette démarche avant d'engager des ECA contre cette personne. Les ECA ne peuvent être engagées si le patient a conclu un accord de paiement satisfaisant avec l'hôpital de l'organisation membre. Enfin, avant d'engager toute ECA, le vice-président des finances ou son représentant doit déterminer que l'hôpital de l'organisation membre a déployé des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible au FAP. Il doit également vérifier que l'hôpital a respecté les autres dispositions de la présente politique. Aucune procédure d'évaluation des coûts d'exploitation (ECA) ne peut être engagée avant cette décision du vice-président des finances ou de son représentant désigné.

1. **Efforts raisonnables**

   Un hôpital membre de Northern Light Health sera considéré comme ayant déployé des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à une aide financière en vertu du FAP si cet hôpital membre de Northern Light Health : (i) détermine que la personne remplit les conditions requises pour une présomption d'admissibilité ; ou (ii) dans les 15 jours suivant la réception d'une demande, avise le demandeur afin de lui expliquer clairement quels renseignements ou documents supplémentaires, le cas échéant, sont nécessaires pour compléter la demande ; ou (iii) dans les 45 jours suivant la réception d'une demande d'aide financière complète, avise la personne au sujet du programme d'aide financière et traite toute demande d'aide financière soumise par la personne (qu'elle soit complète ou incomplète) conformément aux procédures suivantes et Politique du système 16-002, Aide financière pour les services hospitaliers de Northern Light Health.

   a. Pour établir une présomption d'admissibilité, l'hôpital de l'organisation membre doit déterminer que la personne est admissible à une aide financière. Il doit fonder cette détermination sur des informations autres que celles fournies par la personne elle-même ou sur une décision antérieure d'admissibilité au FAP. Si l'hôpital de l'organisation membre présume que la personne peut bénéficier d'une aide inférieure à l'aide la plus généreuse prévue par le FAP, il doit :
      i. Informer la personne concernée des motifs de cette décision et de la procédure à suivre pour demander une aide plus importante dans le cadre du FAP ;
      ii. Accorder à la personne un délai raisonnable pour solliciter une aide plus généreuse avant d'entamer une procédure d'évaluation des besoins de crédit (ECA) ; et

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

iii. Si la personne soumet une demande FAP complète demandant une aide plus généreuse pendant la période de demande, suivez les étapes décrites dans **la section 3** ci-dessous.

b. Afin d'informer adéquatement une personne au sujet de la politique d'aide financière, les hôpitaux des organisations membres de Northern Light Health doivent prendre toutes les mesures suivantes :
   i. Informer la personne concernée du FAP de **toutes** les manières suivantes, au moins 30 jours avant d'initier une ou plusieurs ECA :
      1. Remettre à la personne un avis écrit indiquant qu'une aide financière est disponible pour les personnes admissibles. Cet avis doit identifier les ECA que l'hôpital membre de Northern Light Health Organization entend utiliser pour obtenir le paiement et préciser la date limite après laquelle il peut les engager. Cette date limite ne peut être antérieure à 30 jours après la date de remise de l'avis écrit.
      2. Veuillez joindre à l'avis écrit un résumé en langage clair du FAP.
      3. Faire un effort raisonnable pour informer oralement la personne concernée du programme FAP et de la manière dont elle peut obtenir de l'aide dans le cadre de ce processus.
   ii. Si la personne soumet une demande FAP **incomplète** pendant la période de demande, l'hôpital membre de l'organisation Northern Light Health prendra les mesures supplémentaires suivantes décrites dans **la section 2** ci-dessous.
   iii. Si la personne soumet une demande FAP **complète** pendant la période de demande, l'hôpital membre de l'organisation Northern Light Health prendra les mesures supplémentaires suivantes 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 de notification décrites à la **section 1** ci-dessus, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent fournir un avis à toute personne qui soumet une demande FAP incomplète pendant la période de demande. Ils doivent fournir cet avis dans les 15 jours suivant la réception de la demande et y expliquer comment la compléter. Ils doivent également accorder à la personne une possibilité raisonnable de compléter sa demande dans un délai de 30 jours. Pour satisfaire à ces exigences, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent effectuer toutes les opérations suivantes :
      i. Ne pas initier, ni prendre de nouvelles mesures concernant des ECA déjà initiées.
      ii. Remettre à la personne concernée un avis écrit dans un délai de 30 jours contenant les informations suivantes :
         - Description des renseignements et/ou des documents exigés au titre de la politique d'aide financière ou du formulaire de demande d'aide financière qui doivent être fournis pour compléter la demande.
         - Coordonnées de contact, y compris le numéro de téléphone et l'adresse physique, de : (i) le bureau ou le service de l'hôpital de l'organisation

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

membre qui peut fournir des renseignements sur la politique d'aide financière ; et (ii) soit (a) le bureau ou le service de l'hôpital de l'organisation membre qui peut aider les patients à effectuer les démarches de demande d'aide financière, soit (b) au moins un organisme à but non lucratif ou un organisme gouvernemental que l'hôpital de l'organisation membre a désigné comme source d'aide pour ces démarches.

b. Si la personne soumet ultérieurement une demande FAP complète pendant la période de demande, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent suivre les procédures énoncées dans **la section 3** ci-dessous.

3. **Procédures supplémentaires si une demande FAP complète est soumise**
   a. En plus de respecter les exigences de notification décrites à la **section 1** ci-dessus, les hôpitaux membres de Northern Light Health Organization doivent prendre certaines mesures concernant toute personne qui soumet une demande FAP complète pendant la période de candidature. Dans les 45 jours suivant la réception de la demande, ils doivent effectuer toutes les démarches suivantes :
      i. Ne pas initier, ni prendre de nouvelles mesures concernant des ECA déjà initiées.
      ii. Déterminer dans un délai de 45 jours si la personne est admissible à une aide financière dans le cadre du FAP. Si la personne est jugée admissible à une aide financière, l'hôpital membre de Northern Light Health doit également prendre les mesures énumérées dans **la section 3.b.** ci-dessous.
      iii. Informer la personne par écrit de la décision d'admissibilité, y compris l'aide à laquelle elle a droit (le cas échéant) et les motifs de cette décision, dans un délai de 45 jours.
   b. Si l'hôpital membre de Northern Light Health juge la personne admissible à une aide financière dans le cadre du FAP, il doit prendre les mesures supplémentaires suivantes:
      i. Rembourser tout montant versé pour les soins qui excède le montant que la personne est tenue de payer en tant que personne admissible au FAP, sauf si le montant du remboursement est inférieur à 5,00 $. Les remboursements ne concernent **<u>que</u>** les paiements relatifs au(x) épisode(s) de soins auxquels se rapporte la demande d'aide financière aux patients (FAP).
      ii. Prendre toutes les mesures raisonnables pour annuler toute ECA engagée contre la personne afin d'obtenir le paiement des soins. Par exemple, annuler tout jugement, lever tout privilège ou prélèvement et supprimer toute information défavorable d'un rapport de crédit.
      iii. Si la personne est admissible à une aide financière autre que les soins gratuits, fournissez-lui un relevé de facturation indiquant : (i) le montant que la personne doit payer pour les soins en tant que personne admissible au FAP ; (ii) la méthode utilisée par l'hôpital pour déterminer ce montant ; et (iii) l'AGB applicable aux soins.

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.

B. **Transmission des créances aux agences de recouvrement**

En plus de respecter les exigences générales relatives aux ECA énoncées à la section VIII.A. ci-dessus, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent respecter les exigences supplémentaires suivantes lorsqu'ils confient un compte à une agence de recouvrement de créances.

1. Les hôpitaux membres de Northern Light Health exigent des agences de recouvrement de créances qu'elles fournissent des assurances écrites quant au respect des règles applicables. Ces agences doivent respecter la loi sur les pratiques équitables de recouvrement de créances (Fair Debt Collection Practices Act) ainsi que le code de déontologie et de responsabilité professionnelle de l'American Collections Association (ACA). Sur la base des critères de défaut de paiement mentionnés ci-dessus, l'hôpital inscrira les comptes dans un rapport de pré-inscription des créances irrécouvrables, puis un représentant autorisé de l'hôpital membre de l'organisation les examinera et les approuvera avant de les transférer à une agence de recouvrement.

C. **Signalement aux agences d'évaluation du crédit**

En plus de se conformer aux exigences générales des ECA énoncées dans la section VIII.A ci-dessus, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent se conformer aux exigences supplémentaires suivantes lorsqu'ils font un rapport à une agence d'évaluation du crédit (par exemple Transunion, Experian, Equifax).

1. Les comptes confiés à une agence de recouvrement peuvent être signalés à une agence nationale d'évaluation du crédit. Cette mesure peut être prise si la partie responsable ne règle pas intégralement le montant dû ou ne conclut pas un accord de paiement satisfaisant avec l'agence de recouvrement.

RÉFÉRENCES

Règle DHHS 10-144 CMR. Chapitre 150, Lignes directrices relatives aux soins gratuits
Article 1322 de la loi sur la protection des patients et les soins abordables
Article 501(c) du Code des impôts internes

PIÈCES JOINTES

Réductions du système de santé Northern Light, mentionné ci-dessus dans le document connexe

Ce document a été approuvé par le(s) comité(s) mentionné(s) ci-dessous à la(aux) date(s) indiquée(s) :

Conseil d'administration, 17/10/2012, 16/12/2015, 04/10/2017, 02/10/2019, 09/06/2021, 14/06/2023, 11/06/2025, 27/05/2026
Comité de gouvernance du conseil d'administration, 19/09/2012, reporté en 2015, 12/09/2017, 18/09/2019, 09/05/2023
Comité des finances du conseil d'administration, 29/05/2012, 16/09/2015, 13/09/2017, 16/09/2019, 02/06/2021, 26/04/2023, 24/04/2025, 29/04/2026
Conseil de direction, 19/06/2012, 17/11/2015, 19/05/2021
Conseil des finances, 09/08/2015, 08/08/2017, 19/04/2021, 27/01/2023, 25/03/2025, 24/04/2026

Les exemplaires imprimés sont fournis à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous référer à la version électronique pour obtenir la version la plus récente.