

IDENT	UVMHN_CUST1
Type de document	Politique
Type d'applicabilité	Réseau
Date d'entrée en vigueur	6 juin 2024
Date de la prochaine évaluation	6 juin 2025



**TITRE :** Crédit et recouvrements

**OBJECTIF :** Clarifier le processus de facturation, de paiement et de recouvrement par le biais de procédures établies pour une gestion efficace des créances pour les patients qui paient eux-mêmes garantissant un traitement constant et juste du recouvrement des dettes.

**ÉNONCÉ DE POLITIQUE :** University of Vermont Health Network (UVMHN) est une organisation tournée vers les patients et engagée à traiter tous les patients de façon équitable, dans la dignité et le respect, quelles que soient les prestations d'assurance maladie ou les ressources financières du patient. UVMHN a choisi comme mission ambitieuse de répondre aux besoins médicaux des communautés qu'elle sert. Une solide politique de recouvrement est un élément important et fondamental de cette mission. À ce titre, l'UVMHN s'engage à informer le patient de sa responsabilité financière avant, pendant et/ou tout au long du processus de facturation, et s'attend à recevoir le paiement des services au moment où ils sont prodigues et/ou au moment de la facturation initiale. Les individus qui bénéficient des services doivent payer les services et/ou trouver d'autres moyens de règlement, qui peuvent inclure la couverture d'une assurance maladie, un plan de paiement approuvé et/ou un programme d'assistance financière, s'ils y sont admissibles. Lorsque tous les efforts visant à obtenir le paiement du patient ou celui d'un programme d'assistance financière auront été épuisés, les comptes seront remis à une agence de recouvrement tierce à la fin du cycle de facturation. University of Vermont Health Network n'engage pas d'actions de recouvrements extraordinaires et fait des tentatives raisonnables pour informer, éduquer et encourager les patients à demander une assistance financière lorsqu'ils sont dans le besoin. University of Vermont Health Network ne pratique aucune discrimination sur la base de la race, de la couleur de peau, du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité ou de l'expression de genre, de l'ascendance, du lieu de naissance, du statut VIH, de l'origine nationale, du statut d'immigration, de la religion, du statut matrimonial, de l'âge, de la langue, du statut socioéconomique, de l'invalidité physique ou mentale, du statut de vétéran protégé ou de l'obligation de servir dans les forces armées.

**PROCÉDURE :**

1. De bonne foi, UVMHN fournira des estimations aux patients qui ne sont pas assurés et qui paient par eux-mêmes préalablement à la réalisation des services, comme l'exigent les lois et réglementations applicables.
2. Lorsque l'UVMHN fournit certains services aux patients qui ont des régimes d'assurance hors réseau collectifs ou individuels, l'UVMHN facturera uniquement au patient le montant du copaiement ou de la coassurance qu'il aurait dû payer si le patient avait été dans le réseau. Cela inclut les éléments et services en rapport avec la médecine d'urgence, l'anesthésiologie, la pathologie, la radiologie et la médecine néonatale.
3. L'UVMHN soumettra les demandes de règlement aux assureurs et travaillera avec eux pour faciliter un traitement rapide. Il incombe au patient de se conformer à tous les préautorisations, précertifications, recommandations et autres éléments requis dans le cadre de son régime. La police d'assurance du patient est un accord conclu entre le patient et l'assureur; il ne s'agit pas d'un accord entre UVMHN et l'assureur.
4. Une classification de garant détermine qui est responsable financièrement des soldes qui sont à la charge du patient. Les adultes sont responsables d'eux-mêmes et de leurs enfants mineurs. Pour les personnes mariées, le patient conserve la responsabilité financière, quel que soit le titulaire de la police d'assurance.
5. Le garant sera facturé sur la base d'un cycle mensuel (mois de 28 jours) pour les soldes à la charge du patient jugés comme étant de sa responsabilité. Les relevés seront envoyés après que les assurances auront pris des mesures sur les demandes de règlement et/ou qu'aucune réponse n'aura été reçue. Pour le cas d'un patient sans assurance, un relevé sera généré sur la base de la date à partir de laquelle le patient doit payer par lui-même. Le paiement complet est dû au moment du service et/ou avant la date d'échéance indiquée sur le relevé de facturation initial.

## Statut des documents : **Approuvé**

6. Le garant recevra quatre relevés au total sur une période de 120 jours. Les patients recevront un relevé unique combiné pour les services de l'hôpital et des médecins. La même période de facturation de 120 jours sera appliquée pour chaque secteur. Tous les relevés indiquent qu'une assistance financière est disponible; le numéro de téléphone pour communiquer avec un représentant du service client est également inclus.
7. Il incombe au patient/garant d'informer l'organisation de toute modification de son adresse ou de son numéro de téléphone à des fins de facturation. Si le patient met son adresse à jour, le fournisseur du relevé ou USPS, le niveau de réclamation sera réinitialisé au début du cycle de facturation de 120 jours. En cas de retour du courrier, le compte sera transmis à une agence de recouvrement pour des recherches et un suivi.
8. En cas de non-réception du paiement, nous tenterons de communiquer avec le patient après la période de 45 jours suivant le premier envoi du relevé pour obtenir son paiement, établir un plan de paiement ou proposer une assistance financière. Si nous ne sommes pas en mesure d'entrer en contact avec le patient, des appels de suivi seront réalisés manuellement ou à l'aide d'un message automatisé tout au long du cycle de facturation de 120 jours. Des messages supplémentaires de plus en plus pressants seront inscrits sur tous les relevés, invitant le patient à communiquer avec le service client.
9. Les patients/garants qui ne sont pas en mesure de payer l'intégralité du solde pourraient se voir proposer un plan budgétaire. Les plans budgétaires sont un service proposé par l'UVMHN. Si un patient commence un plan budgétaire, nous attendons de lui qu'il fasse ses paiements de façon ponctuelle et constante. Les plans budgétaires sont proposés sur une durée maximum de 36 mois, en fonction du solde total du compte. Si un patient demande à étailler les paiements sur une période plus longue, la direction se réserve le droit de prolonger cette période jusqu'à 48 mois. Les patients/garants qui ne sont pas admissibles à l'assistance financière pourraient se voir proposer des plans budgétaires avec des conditions de remboursement prolongées conformément aux réglementations en vigueur dans le Vermont et l'État de New York.
10. Les patients/garants qui ne sont pas en mesure de payer en intégralité ou dans le cadre d'un plan budgétaire doivent être informés et conseillés sur le programme d'assistance financière (Financial Assistance Program). Les représentants du service client informeront et encourageront les patients à faire une demande d'assistance. Les patients pourraient être orientés vers le site Internet public du partenaire ou de l'UVMHN pour pouvoir imprimer une demande en ligne. Les représentants du service client enverront la demande à la requête du patient/garant. Au moment où une demande est envoyée au patient, la période autorisée pour les comptes en souffrance sera réduite d'un mois pour permettre au patient de remplir et de renvoyer sa demande.
11. Les relevés incluent tous les services dont le patient a bénéficié et pour lesquels il reste responsable. Bien qu'il soit facturé sur une base mensuelle, le calcul de la chronologie des rencontres individuelles se fait indépendamment des autres services. Chaque rencontre doit bénéficier d'un minimum de 120 jours à compter de la date initiale de la facturation du solde à la charge du patient avant tout transfert du dossier à une agence de recouvrement.
12. Lorsque les relevés de facture, les appels de suivi et les demandes d'assistance financière envoyées ne permettent pas de déclencher un paiement (et que la période minimum de 120 jours est écoulée), le compte classé chronologiquement sera transmis à une agence de recouvrement tierce pour suivi.
13. Les demandes d'assistance financière approuvées pourraient entraîner le rappel de certains comptes de l'agence de recouvrement tierce à n'importe quel moment de la procédure de recouvrement.
14. L'UVMHN n'engage aucune action de recouvrement extraordinaire, y compris : la vente de la dette de l'individu à un tiers; le signalement de renseignements défavorables à des agences d'évaluation du crédit à la consommation ou des bureaux de crédit; le report, le refus ou l'exigence d'un paiement avant de fournir des soins médicalement nécessaires en raison du non-paiement par un individu d'une ou de plusieurs factures pour des soins précédemment fournis et couverts par le programme d'assistance financière; et les actions qui nécessitent une procédure légale ou judiciaire. L'UVMHN pourrait déposer un privilège sur le produit d'un jugement ou d'un accord à un individu à la suite de dommages personnels pour lesquels l'UVMHN a fourni les soins (p. ex., accident de voiture).
15. L'équipe de l'UVMHN se conformera à toutes les lois et réglementations locales, nationales et fédérales en matière de crédit et de recouvrement. La loi sur les pratiques justes de recouvrement de créances (Fair Debt Collection Practices Act) est la norme actuelle.

Statut des documents : **Approuvé**

**PLAN DE CONTRÔLE :** L'audit par échantillonnage des comptes, le traitement des comptes classés chronologiquement sur la base des transactions générées par le système, l'évaluation de routine des rapports de transaction, des modifications des relevés et le rapprochement des comptes de recouvrement seront réalisés par la direction ou par le représentant désigné du service clientèle.

**POLITIQUES ASSOCIÉES :**

Traitement des relevés à la charge du patient UVMHN\_CUST 7

**RÉFÉRENCES :**

Fair Debt Collection Practices Act

IRS 501r

Vermont Act No. 119 (H.287)

45 C.F.R. Part 149

**ÉVALUATEURS :**

Katherine Peterson	Vice-présidente associée du cycle des revenus
Chris Cook	Directeur des services financiers pour les patients
Lynn Combs	Responsable intérimaire de la conformité et responsable de la confidentialité
Erika Smart	Directrice réseau de la gestion des risques
Shannon Keniston	Responsable du service client
Adam Trombly	Superviseur du service client

**PROPRIÉTAIRE :** Gina Slobodzian, directrice réseau du service client

**AGENT D'APPROBATION :** Michael Barewicz, vice-président réseau du cycle des revenus