

Procédure n° : 20245
Officielle (Rév 3)
Département : Services financiers aux patients

Politique de suivi pour le recouvrement des frais à la charge du patient

Politique et procédure pour le recouvrement des frais à la charge du patient

Politique

Overlake Hospital Medical Center (OHMC) et Overlake Medical Clinics (OMC) reconnaissent le recouvrement du reste à charge des comptes patient comme essentiel à la santé financière et au cycle de revenus de l'hôpital. Dans le cas d'un patient qui paie de sa poche, 100 % du compte patient relève de la responsabilité du patient. OHMC et OMC a également conscience que le recours à des services de santé peut s'accompagner de difficultés financières et y est sensible dans ses politiques et procédures de recouvrement ainsi que dans ses programmes d'aide financière. OHMC et OMC utilise une méthode de facturation par "Garant", associant les passifs du patient pour les demandes dans un relevé de facturation envoyé à la personne chargée de payer le solde des comptes (c.-à-d., le garant des comptes). Cette structure est appelée un bureau de facturation unique (SBO) et les politiques relatives aux passifs des patients s'appliquent au solde des comptes OHMC et OMC.

Procédure

Une fois que tous les assureurs d'un patient ont payé ou rejeté une demande, la responsabilité du patient, telle qu'identifiée par l'avis de versement du ou des payeurs, est déplacée à la ligne Responsabilité Patient (PR) dans le système de facturation. Dans le cas d'un patient qui paie de sa poche, pour lequel il n'y a pas de payeur d'assurance, le solde total de la demande est déplacé à la ligne Responsabilité Patient du système dès que le département d'études et de codage a finalisé le compte.

Une fois que le solde du patient est déplacé à la ligne Responsabilité Patient, et aussi longtemps que le solde du garant pour tous les comptes associés dépasse \$14,99 (le seuil minime de renonciation), le système génère le message approprié sur le relevé de facturation. Le message est la facture du patient/garant et indique le solde du compte qu'il doit payer. Si le patient/garant n'a pas effectué de paiement intégral ou n'a pas pris d'autres dispositions (comme défini dans la section relative aux programmes d'aide financière ci-dessous), dans les trente (30) jours suivant la génération, par le système, d'un relevé n°1, le système génère un relevé n°2.

Si le patient n'a toujours pas effectué de paiement intégral ou n'a pas pris d'autres dispositions auprès d'OHMC dans les trente (30) jours suivant la génération, par le système, d'un relevé n°2, le système génère un relevé n°3. Ce message avertit le patient que l'absence de paiement intégral ou de mesure visant à établir d'autres dispositions auprès d'OHMC pourra entraîner la

transmission du compte à une agence de recouvrement extérieure. Si le patient n'a pas effectué de paiement intégral ou pris d'autres mesures trente (30) jours après que le système ait généré le relevé n°3, le système génère le relevé n°4, avisant le patient qu'il doit payer sous trente (30) jours sinon le compte sera transmis à une agence de recouvrement extérieure. En l'absence totale de réaction du patient à ce stade, le compte est considéré comme une mauvaise créance et transmis à une agence de recouvrement extérieure.

Les représentants de comptes patients qui reçoivent les appels de garants, ou passent des appels sortants, utiliseront les outils suivants d'aide financière pour aider les garants à régler les soldes impayés sur leurs comptes.

Programme d'aide financière

OHMC offre plusieurs programmes pour aider les patients à gérer la charge financière que représente le paiement des services de santé. Les conseillers financiers sont chargés d'utiliser les programmes s'ils s'appliquent au patient pour favoriser le recouvrement du solde total relevant de la responsabilité du patient. Dans le cas d'une prise en charge caritative/de soins non indemnisés il est possible d'annuler 65% à 100% du solde réclamé au patient. Le programme de prise en charge caritative d'OHMC est défini dans une politique et une procédure distinctes. Les programmes sont les suivants :

Programme de réduction pour paiement rapide Ce programme est uniquement disponible pour les services nécessaires sur le plan médical, pour lesquels il n'y a pas de prise en charge par une assurance (cela concerne également les patients qui sont admissibles au titre d'un programme d'assurance médicale, mais pour lesquels il n'y a pas de prise en charge du service par l'assurance car ils ont atteint le seuil limite de leurs prestations). Le patient bénéficie d'une réduction de 30% sur le total des frais du compte s'il verse à OHMC 50% des frais estimés au moment où il bénéficie du service, et les 50% restant sur le solde du compte dans les 30 jours suivant sa date de sortie. Le patient peut également être admissible à la réduction de 30% en payant le total de son solde à OHMC dans les 30 jours suivant la date de son premier relevé de facturation, même s'il n'a payé aucune portion du solde estimé au moment de recevoir le service.

Programme de plan de paiement étendu Ce programme vise à fournir une aide financière pour la part des frais exigible du patient après le paiement par l'assurance, ou en l'absence totale de prestation d'assurance. Les représentants des comptes patients peuvent travailler avec un patient pour établir un plan de paiement étendu. OHMC utilise la structure suivante pour les plans de paiement :

<u>Montant exigible</u>	<u>Délai de paiement max, en mois</u>
< \$75	1
\$ 76 à \$ 250	3
\$ 251 à \$ 750	6
\$ 751 à \$1 500	12
\$1 501 à \$2 500	18
> \$2 500	25

Les modalités de paiement ne doivent pas excéder une durée de 25 mois. Si le patient n'est pas en mesure de payer selon ces modalités, des modalités de paiement temporaire pourront être appliquées puis réévaluées après une période de temps donnée. Les modalités temporaires doivent respecter les plages minimales établies dans la présente politique, le premier paiement étant exigible lors de l'établissement du plan de paiement.

Les représentants de comptes patients disposent de correspondances et d'accords écrits qu'ils peuvent envoyer aux patients qui optent pour un plan de paiement étendu. Si un patient rate un paiement, le représentant du compte patient contacte le patient pour déterminer le motif et solliciter le paiement. Un nouveau retard de paiement entraînera le renvoi du compte en recouvrement comme mauvaise créance.

Prise en charge caritative/aide financière. Ce programme vise à fournir une aide financière concernant la part des frais restant à la charge du patient après le paiement de l'assurance, ou en l'absence totale de prestations d'assurance. Le patient peut demander une demande de prise en charge caritative, ou un représentant de compte patient peut la lui proposer. Lorsque le patient renvoie la demande dûment complétée (accompagnée des justificatifs), un représentant de comptes patients examine la demande pour s'assurer qu'elle est bien complète et calcule le revenu du patient tel que défini dans la politique de prise en charge caritative/aide financière. Le représentant de comptes patients qui envoie au patient la demande de prise en charge caritative est chargé de placer le compte patient en attente dans le système de facturation, afin que le patient cesse de recevoir des relevés pendant que OHMC détermine son admissibilité pour une prise en charge caritative. En outre, le représentant de comptes patients qui examine la demande doit indiquer au patient par écrit si sa demande de prise en charge caritative a été approuvée (en indiquant le montant annulé) ou refusée. La direction des services financiers aux patients est impliquée dans l'examen et le calcul des ajustements au titre de la prise en charge caritative, tandis que le pourcentage de prise en charge caritative fait l'objet d'un suivi par le Contrôleur d'OHMC. Les patients ne pouvant bénéficier d'une réduction au titre de la prise en charge caritative ont le droit de faire appel de la décision initiale par écrit auprès du Directeur du Cycle de revenu.

Retour de courrier et numéros de téléphone incorrects

Si les relevés de compte sont renvoyés à OHMC par les services postaux, nous nous efforcerons d'obtenir une adresse valide. La première étape consiste à vérifier l'historique du patient chez OHMC pour déterminer si le patient a d'autres comptes dans le système indiquant une adresse correcte. Si ces informations ne sont pas disponibles, tous les numéros de téléphone fournis par le patient sont contactés pour demander une adresse de facturation valide. Une fois que des informations valides sont obtenues, le représentant du compte patient ou le coordinateur des services d'accès aux patients met à jour les informations de facturation sur tous les comptes ouverts attribués à ce patient. Si des informations corrigées ne sont pas disponibles via l'une de ces méthodes, le compte patient est considéré comme mauvaise créance et affecté à une agence extérieure pour traitement.

Mise en recouvrement d'un compte et surveillance de la performance des agences de recouvrement

Les comptes ayant reçu les 4 relevés de facturation et n'ayant aucune activité de paiement dans les 30 derniers jours seront automatiquement transmis à des agences de recouvrement pour suivi. Les comptes sont affectés aux flux de travail spécifiques des agences de recouvrement selon leur qualification d'après les paramètres système. Le Directeur du Cycle de revenu traite les comptes pour créer les dossiers d'affectation hebdomadaires. Les taux de liquidation de l'agence de recouvrement sont comparés dans le rapport mensuel des Indicateurs de performance clés.