

Titre de la politique	Politique régissant le crédit et les recouvrements	N° de politique	4834
Mots clés	Crédit, recouvrement, créance irrécouvrable		

I. Objet de la politique

Déterminer comment Conifer Revenue Cycle Solutions (« Conifer ») doit rechercher et collecter les soldes des comptes des patients en tant qu'agent contractuel pour Dartmouth Health (DH).

II. Cadre de la politique

La présente politique s'applique à tout le personnel responsable des processus de crédit et de recouvrement et à tous les soldes facturés par Dartmouth Health. Cette politique s'applique aux établissements membres de DH qui utilisent le système Epic.

III. Définitions

Agence de recouvrement : Un tiers chargé de recouvrir les soldes au défaut de paiement constatés.

Débiteur : Personne ayant une dette.

Niveau de relance : Le niveau de communication à un patient relatif au(x) compte(s) débiteur(s) du patient. Plus le niveau de relance est élevé, plus le solde est susceptible d'être considéré comme en défaut de paiement.

Défaut de paiement : Un solde débiteur n'ayant pas été payé selon les conditions identifiées sur le relevé, n'ayant pas établi d'accord de paiement et étant transféré des comptes débiteurs actifs vers une agence de recouvrement.

Garant : Tout patient âgé de plus de 18 ans est identifié comme garant (sauf indication contraire de l'État ou d'un tribunal), peu importe la personne à laquelle le patient est associé en terme d'assurance. Pour tout patient de moins de 18 ans, le parent ou le tuteur légal sera indiqué comme garant.

ECA : Mesure de recouvrement extraordinaire

Dartmouth Health : Aux fins de la présente politique, les membres du système de Dartmouth Health (DH) sont Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Hampstead Hospital, Southern Vermont Medical Center (SVMC), Valley Regional, et Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Tous les autres hôpitaux du New Hampshire et du Vermont sont considérés comme des établissements non membres.

Cette politique s'applique aux établissements membres de DH qui utilisent le système Epic.

IV. Déclaration de principe

- DH entreprend régulièrement de collecter les renseignements les plus récents en matière d'assurance du garant pour un patient et de vérifier la couverture et la responsabilité directe à l'aide des outils de vérification d'assurance et des prestations existantes.
- Les frais à la charge du patient tels que les soldes restant de l'assurance à risque partagé et des franchises sont estimés. Des accords de paiement sont ensuite envisagés avant l'acte ou la prestation ou au moment de leur réalisation.
 - Un patient peut avoir la possibilité de payer les dépenses à sa charge une fois les actes et prestations réalisés.
 - Certains actes et prestations peuvent exiger un paiement anticipé (par ex., chirurgie esthétique, prothèses auditives, etc.).
- Pour tout solde impayé, DH émettra le relevé de facturation et demandera le paiement intégral.
- Les paiements partiels sont acceptés tant que les versements minimum sont effectués, comme indiqué dans la procédure de l'échéancier de paiement. Consulter « Procédures relatives à l'échéancier de paiement et au plan de rétablissement : Division de la gestion des revenus » (lien ci-dessous).
- Les soldes débiteurs peuvent être transférés aux agences de recouvrement lorsque les soldes sont jugés irrécouvrables ou qu'aucun accord de paiement n'a été conclu et, à ce moment, les soldes transférés à une agence de recouvrement sont considérés comme en défaut de paiement ou les soldes débiteurs peuvent être classés comme créances irrécouvrables.

A. Soldes à charge

- Les soldes à charge sont les frais à la charge du garant (définis ci-dessus).
- Ceux-ci comprennent, sans s'y limiter :
 - Les soldes des comptes pour les individus sans assurance.
 - Les soldes après paiement de l'assurance ou d'un tiers, notamment :
 - Les frais considérés comme des actes et prestations non couverts comme définis par le régime d'assurance du patient
 - Les quotes-parts
 - Les assurances à risque partagé
 - Les montants de la franchise
 - Les garants qui facturent leur propre assurance et choisissent de ne pas céder les prestations à DH
 - Les articles de commodité des patients

B. Transferts de la responsabilité du paiement à la charge du patient

- Les soldes sont transférés au garant et les relevés ne sont envoyés qu'après règlement des paiements des actes et prestations par des tiers payeurs, sauf si les conditions suivantes sont remplies :
 - DH n'a pas réussi à obtenir du payeur qu'il règle la réclamation, malgré plusieurs tentatives visant à recouvrer le paiement.
 - Le tiers assureur a informé DH que le garant n'a pas répondu aux demandes de renseignements nécessaires pour statuer sur la réclamation.
 - Le garant fournit des informations inexactes concernant son assurance. Le premier relevé émis au patient indiquera le numéro de téléphone du service client et une demande de mise à jour des informations concernant l'assurance si celles-ci sont inexactes.

C. Relevé de facturation des patients

- Les garants reçoivent actuellement les relevés suivants :
 - Resolute Hospital Billing

- Facturation émise pour tous les actes et prestations hospitaliers et toutes les consultations ayant lieu à l'hôpital.
- Resolute Professional Billing
 - Les honoraires des prestataires (à l'exclusion des actes et prestations ambulatoires au sein des hôpitaux, y compris les actes et prestations dentaires).
- Les directives générales pour la production de relevés pour les actes et prestations hospitaliers et cliniques sont les suivantes :
 1. Les relevés sont généralement émis mensuellement.
 2. Tous les relevés de facturation, qu'ils soient envoyés par cet hôpital ou par une agence de recouvrement de créances médicales, doivent comporter une mention écrite clairement visible indiquant que certains patients peuvent être admissibles à une aide financière. Cette mention doit également indiquer le numéro de téléphone que les patients peuvent appeler pour obtenir de plus amples renseignements sur notre politique et la procédure de demande. Elle doit également indiquer le site Web où sont publiés la présente politique, le formulaire de demande d'aide financière et le résumé en langage simple.
 3. Tous les relevés sont émis au niveau du garant, ce qui signifie que plusieurs consultations ou plusieurs factures seront répertoriées sur un seul relevé.
 4. Les dates de relevés et les niveaux de relance suivants sont attribués avant l'émission du relevé en fonction des paiements enregistrés.
 5. Pour suspendre les relances, un règlement minimum doit être effectué pour un échéancier de paiement donné.
 6. Les garants qui se conforment à l'exigence de paiement minimum en temps opportun ne passeront pas au niveau supérieur de relance.
 7. L'intégralité de nos politiques de facturation et de recouvrement des frais médicaux est détaillée dans notre Politique de facturation et de recouvrement, disponible à l'adresse SITE WEB.
 - Tous les relevés de facturation, qu'ils soient envoyés par nous ou par une agence de recouvrement de créances médicales, doivent comporter une mention écrite clairement visible indiquant que certains patients peuvent être admissibles à une aide financière. De plus, ces relevés doivent indiquer à la fois le numéro de téléphone que les patients peuvent appeler pour obtenir de plus amples renseignements sur l'aide financière et les sites Web précis où sont publiés la politique d'aide financière, le formulaire de demande d'aide financière et le résumé en langage simple.
 - Toute communication orale ou écrite émanant de nous ou d'un organisme de recouvrement de créances médicales comprendra des informations sur notre politique d'aide financière.
 - Nous ne vendons aucune dette médicale.

D. Renvois vers les agences de recouvrement

- Toute tentative de communication, orale ou écrite, effectuée par un créancier de frais médicaux ou une agence de recouvrement de créances médicales en vue de recouvrer une dette médicale découlant de services de soins de santé fournis dans cet établissement doit comporter des renseignements sur notre politique d'aide financière.
- DH ne prendra pas de mesures de recouvrement extraordinaires (ECA), comme une déclaration aux agences d'évaluation du crédit, avant de faire des efforts raisonnables pour déterminer si le patient a droit à une aide financière. Un patient sera renvoyé vers les agences de recouvrement seulement après que des efforts raisonnables ont été entrepris pour déterminer l'admissibilité de ce patient

à l'aide financière (cela comprend l'utilisation de l'admissibilité par présomption). Toute exception doit être approuvée par le directeur financier. Pour plus de renseignements sur les critères d'admission à l'assistance financière, veuillez vous référer à notre « Politique de l'aide financière en matière de services de santé » (voir le lien ci-dessous). Des exemplaires sont disponibles en ligne ou peuvent être obtenus auprès des {i>Patient Financial Services Offices<i> (bureaux des services financiers des patients) ou bien peuvent vous être envoyés par courrier en appelant le 844-808-0730.

- DH s'abstiendra de prendre des mesures auprès d'agences de recouvrement pendant au moins 120 jours après l'envoi du premier relevé de facturation suivant la sortie. DH enverra un avis au moins 30 jours avant d'en faire part aux agences de recouvrement.

E. Aide de bienfaisance par présomption

DH peut faire appel à un tiers pour vérifier les informations du patient afin d'évaluer ses besoins financiers. Cette vérification utilise un modèle prédictif reconnu dans le secteur de la santé qui s'appuie sur des bases de données d'archives publiques. Le modèle contient des données d'archives publiques pour calculer un score de capacité socioéconomique et financière comprenant des estimations de revenus, de ressources et de liquidité. L'ensemble de règles du modèle est conçu pour évaluer chaque patient selon les mêmes critères et est calibré sur les approbations historiques d'aide financière du système Dartmouth Health.

Les informations du modèle prédictif peuvent être utilisées par DH pour accorder l'admissibilité par présomption en cas d'absence d'informations fournies directement par le patient. L'aide financière par présomption n'est pas disponible pour les soldes restants après paiement par Medicare (système fédéral d'assurance santé américain).

La vérification par présomption est utilisée, sans prendre en compte le solde débiteur, sur des comptes admissibles allant au-delà de 120 jours après l'envoi des relevés, et après l'envoi d'avis pour le recouvrement de la dette et avant le renvoi du compte vers une agence de recouvrement externe, pour fournir une aide financière aux patients qui n'ont pas répondu à la notification de l'option de compléter la demande d'aide financière. Les comptes de succession ayant dépassé les délais remplissent les conditions de sélection par présomption.

L'aide de bienfaisance par présomption ne remplace pas les processus classiques des politiques d'aides financières (FAP - Financial Assistance Policies). Celle-ci est utilisée en complément de ces efforts et prévue pour les patients qui sont autrement non réceptifs au processus FAP classique. Dans le but d'élimination des obstacles pour ces patients et aux fins d'en faire bénéficier les patients, l'hôpital utilise un processus de vérification électronique avant de placer le compte du patient en créance irrécouvrable. Les patients jugés comme remplissant les conditions de l'aide de bienfaisance par présomption ne verront pas leur compte transmis à une agence de recouvrement.

L'inclusion à ce programme dépend d'un algorithme d'attribution de score utilisant les informations issues de documents publics et n'utilise généralement pas de barème dégressif. Les remises partielles ne sont pas autorisées avec l'aide de bienfaisance par présomption. Les populations démographiques spécifiques entendent comprendre :

- Les personnes décédées sans patrimoine ou famille connue
- Les personnes itinérantes ou sans domicile fixe
- Les personnes détachées de leur famille et sans groupe de soutien
- Les patients non réceptifs au processus classique ou incapables de suivre

L'attribution de score dans le cadre de l'aide de bienfaisance par présomption comprend un facteur socioéconomique et des données qui ne sont pas fondées sur la solvabilité. Le processus de vérification exploite les bases de données publiques contenant les informations suivantes :

- Les opérations commerciales
- Les dossiers judiciaires
- La propriété d'actifs
- La possession vs location de la résidence principale
- Les données démographiques et économiques de la région
- La situation professionnelle
- Les fichiers relatifs aux services publics
- Les fichiers du gouvernement
- (faillite, numéro de sécurité sociale, personnes décédées)

L'aide de bienfaisance par présomption ne repose pas sur les données d'agences de renseignements commerciaux et n'affecte pas de manière active ou passive le rapport de solvabilité. Les informations obtenues intègrent un score d'aide de bienfaisance par présomption de 0 (les plus nécessiteux) à 1000 (les moins nécessiteux). Ces renseignements permettent de prédire le besoin d'un garant selon les facteurs connus, notamment, mais sans s'y limiter, les revenus, les actifs et la liquidité.

Identification des comptes admissibles

- Un indicateur relatif à la facturation sera ajouté aux comptes admissibles.
- Les comptes admissibles à Medicare seront exclus
- Si approuvés, les codes d'ajustement EPIC seront utilisés pour identifier les comptes admissibles
 - 5027 Soins gratuits par présomption après assurance et code
 - 5026 Soins gratuits par présomption

F. Politique de crédit fournisseur

- DH identifie les trois catégories de comptes clients/fournisseurs suivantes :
 - Les comptes pour la recherche
 - Les comptes clients commerciaux (p. ex., les centres de soins palliatifs, les établissements de soins (SNF), les comptes municipaux, les laboratoires, etc.).
 - Les comptes créés dans le cadre de la médecine du travail qui disposent d'un contrat pour des actes et prestations requis par l'employeur à titre de condition nécessaire à l'emploi seront payés par l'employeur.
- Des relevés mensuels sont émis et sont dus intégralement dans les 30 jours suivant la date du relevé.
- Aucune disposition budgétaire ne sera accordée sur ces comptes.
- Une lettre sera envoyée aux comptes au solde débiteur depuis plus de 30 jours indiquant le montant dû et constituant un avis indiquant que le défaut de paiement continu pourra entraîner des frais d'intérêts à un taux de 1,5 % par mois sur tous les soldes débiteurs.
- DH se réserve le droit de communiquer aux agences de recouvrement les comptes présentant un défaut de paiement

G. Comptes mis en faillite

- Deux types d'avis de mise en faillite sont envoyés par le tribunal des faillites (*Bankruptcy Court*) :
 - Avis de dépôt de la mise en faillite

- Décharge/Rejet d'un débiteur
- À réception par DH de la notification de mise en faillite, toutes les tentatives de recouvrement doivent prendre fin.
- L'avis de dépôt est reçu par DH.
 - Le dépôt peut être individuel ou joint et les enfants ne sont pas listés.
 - Tous les membres de la famille doivent être identifiés et chaque compte doit comporter une mention du dépôt et de la date de dépôt de la mise en faillite.
 - Si un compte quelconque a été placé sous la responsabilité d'une agence de recouvrement externe, une mention doit être portée sur le compte, l'agence doit en être informée et une preuve de dépôt de la mise en faillite envoyée au tribunal des faillites pour ses archives.
 - Tous les frais indiqués sur l'avis seront indiqués dans le cadre de la mise en faillite.
 - Tous les frais doivent passer à la catégorie financière de faillite.
- Lorsque la faillite est finalisée, le tribunal enverra soit un avis de rejet du débiteur soit un avis de décharge.

Dans le cas d'un refus, DH peut reprendre le processus de recouvrement.

- Si DH reçoit une décharge, les soldes seront ajustés dans le système Epic.
- Tous les comptes concernés par la mise en faillite doivent être informés de la décision finale.
- Les agences de recouvrement seront informées et recevront les documents justificatifs pertinents.

H. Litiges

- DH restreindra la poursuite des soldes à la charge des patients ou des soldes de subjugation des réclamations pour les comptes en litige à la réception d'une lettre de protection (LOP) envoyée par l'avocat représentant le patient déclarant que le plaideur protégera les intérêts de DH dans tout règlement juridique en résultant.
- Si le règlement juridique est refusé, les soldes sont retournés au garant et les modalités de paiement sont convenues.
- DH se réserve le droit de déposer un nantissement dans les affaires portant sur la responsabilité dans l'intérêt de l'hôpital.

V. Références - Non concerné

Propriétaire responsable :	Division de la gestion des revenus	Personne(s) à contacter :	Kimberly Mender
Approuvé par :	Office of Policy Support (Bureau d'appui aux politiques - OPS) ; Mender, Kimberly ; Mühlen, John	Version N°	14
Date d'approbation actuelle :	06/08/2026	Ancien n° de document :	
Date d'entrée en vigueur de la politique :	06/08/2026		
Politiques et procédures associées :	Procédures relatives à l'échéancier de paiement et au plan de rétablissement : Division de la gestion des revenus Politique de l'aide financière en matière de services de santé		
Aides de travail associées :			