

POLITIQUE DE CRÉDIT

OBJET : Politique de crédit et de remise	PRÉPARÉ PAR : Michael H. Smith, Vice-président par intérim du cycle des recettes	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 1 ^{er} octobre 2016	NUMÉRO DE POLITIQUE : CNE-
PAGE : 1 sur 2	APPROUVÉ PAR :	REMPLECE : Finance 2	REMPLECE :

- I. Objectif.** L'objectif de la présente Politique de crédit est de garantir que Care New England (ci-après dénommé CNE) définit les responsabilités du patient et de l'organisation en ce qui concerne l'obtention du paiement pour les services fournis, et de décrire brièvement les Programmes de remise disponibles.
- II. Champ d'application.** La présente Politique s'applique aux hôpitaux de Care New England (CNE) figurant ci-dessous :
- Butler Hospital
 - Kent Hospital
 - Memorial Hospital
 - Women & Infants Hospital
- III. Politique.** Tous les patients recevront tous les services médicaux nécessaires et urgents, indépendamment de leur capacité à payer, comme énoncé dans la Politique EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) de CNE. Toutefois, les patients ne disposant pas d'une couverture médicale valide ne bénéficieront des services non essentiels qu'une fois le paiement effectué, à moins que des accords financiers ne soient établis. CNE fournit des Programmes de remise afin d'aider les patients à remplir leurs obligations financières envers CNE.
- IV. Définitions.** Patient : Aux fins de la présente politique, « Patient » est défini comme la personne ou le représentant légal responsable du paiement de tous les frais médicaux associés aux services fournis.
- V. Procédure.**

- (a) Comptes tiers : Bien que le patient soit responsable de tous les services rendus, chaque hôpital tentera d'obtenir le paiement auprès des régimes de santé participants avant de chercher à obtenir un paiement auprès du patient. Des accords de paiements préalables à la prestation des services sont exigés pour les patients assurés par des régimes de santé non participants. Chaque hôpital tentera d'obtenir un paiement auprès des régimes de santé non participants et/ou de fournir les informations nécessaires pour aider le patient à être remboursé par son régime de santé.
- (b) Comptes pour lesquels le coût du traitement est pris en charge par le patient : Tous les patients doivent prendre des dispositions financières concernant les soins non essentiels avant la fourniture des prestations. CNE se réserve le droit de reporter les soins non essentiels pour tout patient non conforme.
- (c) Programmes de remise :
- Remise communautaire sur les prestations : Tous les patients non assurés reçoivent une remise de 30 % pour les services médicaux nécessaires, indépendamment de leur capacité à payer.
 - Remise de paiement anticipé : Tous les patients non assurés ont droit à une remise de 20 % s'ils s'acquittent de leur quote-part prévue avant ou le jour du service. Cette remise s'applique également à toute quote-part imprévue supplémentaire, à condition que le patient paye la somme totale dans les trente (30) jours suivant la facture finale. Au cas où le paiement de la quote-part prévue dépasserait les 20 % nécessaires, CNE enverra un remboursement au patient dans les 30 jours après la finalisation des frais.
 - Remise de paiement rapide : Tous les patients non assurés ne bénéficiant pas déjà de la remise de paiement anticipé ont droit à une réduction de 10 % de la somme due, à condition que le patient paye la somme totale dans les trente (30) jours suivant la facture finale.
- (d) Montant perçu : Le montant ou le pourcentage des frais totaux perçus sur la partie ne faisant pas l'objet de l'aide financière ne doit pas dépasser le Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB), comme énoncé dans le règlement 501(r) de l'IRS (Internal Revenue Service, Direction générale des finances publiques américaines). Le Montant généralement facturé est le pourcentage des frais facturés normalement perçus. Selon la définition de CNE, il comprend les services hospitaliers pris en charge par le plan santé Medicare Fee-for-Service (Rémunération à l'acte) et par les régimes privés d'assurance de l'exercice fiscal précédent. Les patients non assurés qui satisfont aux conditions requises pour bénéficier d'une remise de non assuré devront payer la somme la moins élevée entre le Montant généralement facturé et les frais de santé après déduction des remises.

- (e) CNE suivra les procédures de collecte établies afin d'obtenir un paiement des personnes ayant une obligation financière.

VI. Exclusions : Les soldes de quotes-parts, de franchises d'assurance et de coassurance dus par le patient ne sont pas admissibles pour les remises de paiement anticipé ou de paiement rapide.

APPROUVÉ : [INSERT DATE]