

Politique de Crédit et de Recouvrement

Hallmark Health System

Sommaire

I. INTRODUCTION	3
II. FOURNITURE DE SERVICES DE SANTE	3
Dispositions Générales	3
A. Services des Urgences et Services Urgents	4
B. Services ne Relevant ni des Services d'Urgence, ni des Services Urgents	4
C. Lieux de Présentation des Patients pour Obtenir des Services	4
III. COLLECTE ET VÉRIFICATION DES DONNEES DES PATIENTS	4
A. Services des Urgences et Services Urgents	5
B. Services ne Relevant ni des Services d'Urgence, ni des Services Urgents	5
IV. DETERMINATION DE LA RESPONSABILITE FINANCIERE DU PATIENT	5
A. Dispositions Générales	5
B. Préparation de Devis	5
C. Patients Assurés	6
D. Patients Non Assurés (Règlement Individuel [« Self Pay »])	6
V. COMPTES PATIENTS ET SERVICES DE CONSEIL FINANCIER	7
A. Dispositions Générales	7
B. Communication des Services de Conseil Financier	7
C. Résidence	7
D. Assistance Financière de l'Hôpital, Réductions, Soins Charitables	7
E. Considérations par Rapport aux Demandes Spéciales	7
VI. DISPOSITIFS DE L'ETAT - RESIDENTS DU MASSACHUSETTS	8
A. Procédure d'Inscription - Tous Dispositifs de l'Etat Sauf Dépenses Médicales Conséquents	8
B. Procédure d'Inscription - HSN Dépenses Médicales Conséquents	8
C. Accord de Couverture sous les Programmes de l'Etat	8
D. Effet d'une Demande HSN/MassHealth en Attente	8
E. Appel à la Décision	8
F. HSN - Considérations Relatives à l'Eligibilité et la Couverture des Patients à Faibles Revenus	9
VII. PERSONNES NON-RESIDENTS DU MASSACHUSETTS	10
A. Citoyens Américains Non-résidents du Massachusetts	10
B. Patients Internationaux	11
VIII. MODALITES DE PAIEMENT	11

A.	Dispositions Générales.....	11
B.	Méthodes de Paiement.....	11
C.	Devises.....	11
D.	Echéanciers.....	11
E.	Acomptes	12
IX.	FACTURATION DU PATIENT ET RECOUVREMENT	12
A.	Dispositions Générales.....	12
B.	Pratiques de Facturation Hospitalière, dont Relevés Patients, Lettres et Appels	12
C.	Avis de Charge Supplémentaire	14
D.	Situations de Collecte Particulière	14
E.	Considérations particulières de traitement des comptes	14
X.	PLACEMENT DES CREANCES IMPAYEES.....	15
A.	Transfert d'un Compte aux Impayées.....	15
B.	Agences de Recouvrement	15
C.	Actions de Recouvrement Extraordinaires (AREs).....	15
XI.	SOLDES CREDITEURS ET REMBOURSEMENTS	15
XII.	EVENEMENTS INDESIRABLES DECLARABLES GRAVES (EIRG).....	15
XIII.	CONFORMITE AVEC LE <i>HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT</i> (HIPAA)	16
XIV.	DROITS ET OBLIGATIONS DES PATIENTS	16
XV.	PUBLICATION DE LA POLITIQUE DE CREDIT ET DE RECOUVREMENT.....	16
XVI.	VALIDATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	16

I. INTRODUCTION

Cette Politique de Crédit et de Recouvrement s'applique à Hallmark Health, ci-après « l'Hôpital ». Hallmark Health est composé de l'Hôpital Melrose-Wakefield, un établissement à but non lucratif offrant une gamme complète de services situé au 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176, et de l'Hôpital Lawrence Memorial, un établissement offrant également une gamme complète de services situé au 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155. Hallmark Health est un fournisseur de soins de santé de premier plan, proposant l'ensemble des soins médicalement nécessaires à tous, quels que soient leurs capacités à payer. Hallmark Health fournit ces soins à tous les patients qui viennent dans nos locaux, 24 heures/24, 7 jours / 7 et 365 jours / an.

Hallmark Health s'interdit, dans le cadre de ses services, toute discrimination par rapport à la race, la couleur de la peau, les origines nationales, la citoyenneté, l'extranéité, la religion, les croyances, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'âge, l'incapacité, l'abus des substances, la situation socioéconomique, le manque d'assurance santé ou l'apparence physique. Ceci s'applique à la fois à la substance et à l'application des politiques de l'Hôpital par rapport à la collecte et la vérification des données financières, les acomptes pré- ou post traitement, les échéanciers ; les services ou admissions déferés, le statut de patient à faibles revenus, et les méthodes de facturation et de recouvrement.

Cette Politique de Crédit et de Recouvrement a pour objet de préserver les actifs de l'Hôpital et de maintenir une base financière saine des opérations, tout en équilibrant les besoins de notre communauté et les patients que nous servons. Cette politique établit les provisions générales de l'Hôpital relatives à la collecte et la vérification des données aux fins de la classification des patients en fonction de leurs capacités de paiement, et à la collecte des paiements en provenance des compagnies d'assurance tiers, des patients, leurs garants et d'autres personnes financièrement responsable du paiement des soins de santé. La politique de l'Hôpital est de respecter les exigences des lois fédérales et de l'état qui sont applicables à l'exercice de ces fonctions et de mettre à jour ses pratiques quand ces lois sont ponctuellement modifiées.

Les patients qui en ont les moyens sont tenus de régler les services fournis par Hallmark Health. Cette politique présume que les patients qui peuvent bénéficier de l'assurance santé accessible en feront la demande et maintiendront leur couverture. Si les patients se trouvent dans l'impossibilité de payer, l'Hôpital les assiste à obtenir une assistance dans le paiement des services médicalement nécessaires par le biais de dispositifs gouvernementaux et d'autres sources, le cas échéant. Pour rester viable dans la poursuite de sa mission, Hallmark Health doit respecter ses obligations fiduciaires par rapport à la facturation et le recouvrement des services médicaux fournis aux patients. Cette Politique de Crédit et de Recouvrement a été développée pour assurer la conformité aux lois applicables, y compris mais non limitées à : la régulation portant sur l'éligibilité au Réseau de Protection de la Santé (101 C.M.R. § 613.00) ; (2) 111 M.G.L. § 228 ; (3) les Centres pour les Services du Medicare et de la Medicaid (« CMS ») ; les exigences des impayées du Medicare (42 C.F.R. § 413.89 ; et (4) Section 501(r) du Code des Impôts [Internal Revenue Code].

Le Conseil d'Administration a délégué au Directeur des Services Financiers la responsabilité d'assurer qu'une copie électronique de cette Politique de Crédit et de Recouvrement est archivée auprès du Bureau du Réseau de Protection de la Santé, en même temps que ses pièces justificatives et ses annexes.

Ce dispositif s'applique aux services fournis et facturés par l'Hôpital aux sites figurant dans l'Annexe A – Sites des Soins Hallmark Health, Entités Participants. Ce dispositif ne s'applique pas aux services fournis et facturés par les entités figurant dans l'Annexe B - Liste des Fournisseurs de Soins Affiliés à Hallmark Health, Entités Non Participants, même dans le cas où de tels services sont fournis dans les sites de l'Hôpital figurant dans l'Annexe A.

II. FOURNITURE DES SERVICES DE SANTE

A. Dispositions Générales

Tous les patients se présentant pour un soin non planifié seront évalués selon les classifications énumérées dans cette section. Le Service des Urgences or les Services Urgents (tels que définis dans la Section II(B) ci-dessous) ne seront pas refusés ni retardés en fonction de la capacité de l'Hôpital d'identifier un patient, sa couverture d'assurance, ou sa capacité de payer. Cependant, les Services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents (tels que définis dans la section II(C) ci-dessous) peuvent être différés indéfiniment dans les cas où l'Hôpital ne peut pas déterminer une source de paiement pour les services, après consultation avec le médecin traitant du patient.

L'urgence du traitement, en association avec les symptômes cliniques présentés par chaque patient, sera déterminée par un professionnel médical selon les normes cliniques locales, étatiques, et nationales applicable aux soins, au personnel médical, et aux procédures de l'Hôpital. Il est important de noter que la classification des conditions médicales des patients relève seulement des besoins de gestion cliniques et que de telles classifications ne concernent que l'ordre dans lequel le personnel médical doit

voir les patients, en fonction des symptômes cliniques présentés. Ces classifications ne sont pas une réflexion de la condition médicale du patient telle qu'elle apparaît dans le diagnostique final.

B. Service des Urgences et Services Urgents

Au sens de cette politique, le terme « *Service des Urgences* » inclut : des services médicalement nécessaires fournis suite au déclenchement d'une condition médicale, qu'elle soit physique ou mentale, qui se manifeste par des symptômes, y compris des douleurs sévères, d'une gravité telle que le manque d'attention médicale rapide pourrait raisonnablement être perçu par le non-initié prudent doté d'une connaissance moyenne en matière de santé et de médecine, comme mettant la personne ou une autre personne dans une situation périlleuse pour sa santé, ou entraînant un risque d'incapacité grave de la fonction corporelle ou de dysfonction d'un organe ou d'une partie du corps, ou, dans le cas de la femme enceinte, au sens de la loi 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Est qualifié de soin d'urgence tout examen médical et tout traitement de stabilisation d'une condition médicale urgente, y compris mais non limité à des soins hospitalisés ou tout service semblable fourni dans la mesure requise au sens de la Loi sur les Soins Médicaux d'Urgence et l'Accouchement (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)).

Au sens de cette politique, le terme « *Services Urgents* » inclut : des services médicalement nécessaires fournis à la suite du déclenchement soudain d'une situation médicale, physique ou mental, qui se manifeste par des symptômes aigus d'une sévérité suffisante (y compris des douleurs sévères) pour que le non-initié prudent ne croie que le manque d'attention médicale dans les 24 heures puisse raisonnablement être présumée entraîner la mise en péril de la santé de la personne ou une incapacité grave de la fonction corporelle ou une dysfonction d'un organe ou d'une partie du corps. Les services urgents sont fournis pour des conditions qui ne mettent pas la vie du patient en danger et ne posent pas de risque sérieux de préjudice grave à la santé de l'individu.

Services relevant de la loi EMTALA: En accord avec la Loi sur les Soins Médicaux d'Urgence et l'Accouchement (EMTALA, l'Hôpital est tenu de procéder à un examen de tout individu se présentant au service des urgences de l'Hôpital en sollicitant des soins pour une condition médicale et à tout individu se présentant sur les lieux de l'Hôpital en demandant des soins pour une condition médicale d'urgence, afin de déterminer si un tel individu est, en réalité atteint d'une condition médicale d'urgence. Si un physicien ou autre membre du personnel qualifié détermine que le patient souffre d'une condition médicale d'urgence, l'Hôpital est de plus obligé sous les termes de l'EMTALA de fournir à l'individu un traitement de stabilisation en fonction de ses capacités et de ses compétences. L'étendu des services hospitaliers nécessaires à la fourniture d'un examen médical approprié ainsi que l'étendu des soins nécessaires pour stabiliser la condition médicale d'urgence de la manière préconisée par l'EMTALA, ce qui peut inclure, mais n'est pas limité à, une admission du patient, est fourni au patient en fonction de l'évaluation effectuée par le physicien ou le personnel qualifié de l'hôpital tel que documenté dans le rapport médical.

C. Services Médicalement Nécessaires qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents

Au sens de cette politique, le terme « *Services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents* » recouvre en général des services qui ne répondent ni à la définition des Services des Urgences ou des Services Urgents mentionnée à la section II(B) de cette politique, ni aux services qu'un médecin traitant aura déterminé ne pas être médicalement nécessaires tels que des services non médicaux (à savoir, des services sociaux, éducationnels, ou d'emploi ; la chirurgie esthétique, la recherche, ou autre) (cette dernière catégorie de services peut se classer pour les besoins de cette politique parmi les *Services Non Médicalement Nécessaires*). En général, mais non exclusivement, le patient prend rendez-vous par avance pour ces services. L'Hôpital pourra refuser de fournir des services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents si l'Hôpital ne réussit pas à déterminer que ces services feront l'objet d'un règlement.

D. Lieux de Présentation des Patients pour Obtenir des Services

Voir l'Annexe A.

III. COLLECTE ET VÉRIFICATION DES DONNEES DES PATIENTS

Le patient est tenu de fournir à l'Hôpital des informations complètes sur ses assurances et sa situation démographique, en temps voulu, et de savoir quels services sont couverts par sa police d'assurance. L'Hôpital fera diligence pour identifier tous les patients et obtenir, documenter et vérifier toutes les informations démographiques et financières pour chaque patient qui sollicite des soins. Les informations à obtenir comprennent les informations démographiques (à savoir, le nom du patient, l'adresse, le numéro de téléphone, le numéro de sécurité sociale, la date de naissance, et autres informations applicables au patient) et les renseignements sur l'assurance santé (y

Politique de Crédit et de Recouvrement Hallmark Health

compris le nom et l'adresse, le numéro de la police, les informations du souscripteur comme les tickets modérateurs, les franchises et la coassurance) qui suffisent à assurer le paiement des services. L'exigence pour l'Hôpital d'obtenir des renseignements complets prendra en compte la condition du patient, les besoins médicaux de ce dernier restant prioritaires. Pour les patients hospitalisés, la vérification peut avoir lieu à tout moment pendant la fourniture des services, à la sortie ou pendant la procédure de recouvrement. Pour les patients ambulants, la vérification pourra avoir lieu pendant que le patient reçoit des services ne relevant pas des Urgences ou des Services Urgents, ou au cours du recouvrement.

A. Service des Urgences et Services Urgents

L'inscription et l'admission de patients aux Urgences et aux Services Urgents se réaliseront en conformité avec les provisions de l'EMTALA. En règle générale, la démographie et les informations sur l'assurance du patient pourront être collectées selon la procédure d'inscription courante de l'Hôpital, tant que ladite collecte ne retarde pas l'examen médical et/ou tout traitement stabilisant. Si le patient n'est pas en mesure de fournir des renseignements démographiques ou d'assurance au moment de la fourniture du service, et si le patient donne son consentement, tout effort est à faire pour s'entretenir avec des relations ou des amis qui pourraient accompagner le patient ou être identifiés par lui. Lorsque c'est pratique, les renseignements sur l'assurance fournis par le patient devraient être confirmés avec le payant par des moyens électroniques ou d'autres méthodes disponibles. Cependant, en aucun cas le personnel de l'Hôpital ne doit vérifier le statut d'assuré du patient, obtenir une approbation préalable de payants tiers ou donner au patient des formulaires de prise en charge financier avant l'examen médical et le début de tout traitement stabilisant.

B. Services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents

L'inscription et l'admission de patients aux Services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents sont à faire avant que les services soient fournis. Les patients répétitifs ou réguliers devront également faire l'objet d'une vérification et d'une mise à jour de leurs informations démographiques, financières et d'assurance, au besoin, dont la vérification de leur statut d'assuré par des moyens électroniques ou autres moyens disponibles. Les patients sont tenus de mettre à jour leurs informations démographiques et d'assurance avec les services d'inscription.

IV. DETERMINATION DE LA RESPONSABILITE FINANCIERE DU PATIENT

A. Dispositions Générales

L'Hôpital fera des efforts diligents de déterminer la responsabilité financière du patient dès que cela sera raisonnablement possible au cours des soins, à condition que les examens et le début de tout traitement en accord avec l'EMTALA aura été complétés pour les patients aux Urgences ou recevant des Soins Urgents avant les activités liées à la détermination de la responsabilité du patient. Les patients qui sont affiliés à une organisation de Managed Care, ou qui ont souscrit des assurances avec des critères d'accès spécifiques, sont tenus de comprendre et de se conformer à toutes les exigences de leurs plans d'assurance, y compris les référencements, les autorisations, les bénéfices non pris en charge, et d'autres restrictions du « réseau ». L'Hôpital demandera toutes autorisations, préalables ou non, et toutes garanties de paiement de l'assurer à chaque fois que cela est possible. Dans certains cas, y compris aux Urgences ou au cours de Services Urgents, ces référencements auront lieu après la fourniture des services. Tous les patients qui encourent des frais de service seront informés de la disponibilité d'assistance financière pour les aider à s'acquitter de leurs obligations financières envers Hallmark Health.

B. Préparation des Devis

Si le patient le demande avant la fourniture de Services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents, l'Hôpital dressera un devis des montants ou des charges admis pour le service, y compris le montant de frais d'établissement. Les informations nécessaires au devis sont réunies puis calculées en général par l'Hôpital à la base des montants moyens des frais et des charges historiquement autorisés, en fonction du service médical ou chirurgical prévu et, si applicable, la durée estimée de l'hospitalisation. Au mieux des possibilités de l'Hôpital, les devis devront prendre en compte les obligations du patient y compris les tickets modérateurs, les franchises et les coassurances. Les devis ne prennent en compte aucun des services fournis et facturés par les organisations énumérées dans l'Annexe B. Les montants définitifs pourront différer des devis fournis aux patients en raison de circonstances exténuantes qui nécessitent des procédures, des examens et/ou des évaluations plus complexes. Les devis nécessitent la participation du patient et du médecin traitant afin d'identifier raisonnablement les traitements et les soins cliniques futurs. Après avoir identifié les services cliniques nécessaires au calcul du devis, l'Hôpital

dispose de deux (2) jours ouvrables à partir de la date de la demande pour finaliser le devis et répondre au patient. Le devis final est fourni au patient en même temps que les options de paiement.

C. Patients assurés

L'Hôpital fera des efforts diligents afin de vérifier le statut d'assuré du patient et d'assister le patient à se conformer aux règlements de son plan d'assurance. Les patients sont responsables de l'obtention des référencements d'autres fournisseurs, si nécessaire. La vérification de la couverture d'assurance se fera selon les principes précédemment cités dans la section III ci-dessus. A chaque fois que cela est possible, cette vérification comportera la détermination de la responsabilité financière attendue du patient, dont les tickets modérateurs, les franchises et les coassurances applicables. Si cela est faisable et cliniquement approprié, le règlement de tous montants prédéterminés (tickets modérateurs, franchises fixes) associés à des Services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents sera obtenu du patient avant la date des services. Si cela est faisable et cliniquement approprié, l'Hôpital pourra collecter les tickets modérateurs d'un patient aux Urgences ou recevant des Services Urgences à la suite d'un examen médical. Dans certains cas, le plan d'assurance du patient et le type de couverture pourraient ne pas permettre de déterminer précisément l'obligation financière du patient avant la fourniture des services. Dans ce cas, l'Hôpital pourra demander un acompte d'un montant égal à sa meilleure estimation de l'obligation financière attendue du patient. Les patients qui ne sont pas en mesure de régler avant de recevoir des soins aux Urgences ou en Soins Urgents ou à la suite d'un service aux Urgences ou en Soins Urgents pourront être référés aux Conseillers Financiers.

- 1) Plans d'Assurance Contractés : L'Hôpital souscrit à un certain nombre de plans d'assurance. Dans ces cas, l'Hôpital recherchera un plan adapté à tous les services couverts. Afin d'assister les patients dans le calcul de leurs frais individuels, l'Hôpital fournira, à la demande du patient, une information suffisante concernant la proposition d'un Service qui ne relève ni du Service des Urgences ni des Services Urgents. Si l'assureur détermine qu'un service particulier n'est pas couvert ou son paiement est autrement refusé, alors le paiement pour ce service sera facturé directement au patient selon le contrat d'assurance spécifique. A chaque fois que cela est possible, l'Hôpital assistera le patient à faire appel aux rejets ou aux autres décisions adverses de leur assureur, tout en reconnaissant que selon les plans des assurances, le patient doit interjeter l'appel.
- 2) Plans d'Assurance Non-Contractés : L'Hôpital facturera la compagnie d'assurance du patient dans les cas où l'Hôpital n'a pas signé de contrat avec un assureur. Bien que l'Hôpital ne facture l'assureur du patient, la responsabilité ultime reste avec le patient ou son garant (la partie qui prend en charge les obligations financières personnelles du patient). L'absence de réponse en temps voulu de la part de l'assureur à la facture de l'Hôpital pourra entraîner la facturation directe du patient pour les services, sauf dans les cas où le patient est protégé des actions de recouvrement (Section IX(B)(6)). Tout solde restant après un paiement par l'assureur sera facturé au patient. A chaque fois que cela est possible, l'Hôpital assistera le patient à faire appel aux rejets ou aux autres décisions adverses de leur assureur, tout en reconnaissant que selon les plans des assurances, le patient doit interjeter l'appel.

D. Patients Non Assurés (Règlement Individuel [« Self Pay »])

Les patients qui ne sont pas couverts par une assurance santé et qui n'ont pas encore été qualifié de "Patient à Faibles Revenus" selon les provisions du Massachusetts Health Safety Net [Réseau de Protection de la Santé du Massachusetts (HSN)] décrit ci-après dans la section VI(F), seront priés de régler la totalité dans les cas où une estimation des coûts est possible. Si une estimation n'est pas disponible, un acompte d'un montant prédéterminé sera obtenu avant toute fourniture de Services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents. Si le patient ne paie pas l'acompte ou indique qu'il ne peut pas le payer, alors le patient pourra être référé aux Conseillers Financiers.

Les patients non assurés seront référés aux Conseillers Financiers afin de déterminer leur éligibilité aux dispositifs de l'Etat et fédéraux, et s'ils sont éligibles, les Conseillers Financiers assisteront le patient à s'inscrire à ces dispositifs. Ceci inclut les résidents du Massachusetts qui font la demande par le biais d'un Conseiller en Santé du Commonwealth de Massachusetts. En plus de la disponibilité éventuelle des dispositifs gouvernementaux, tous les patients sans assurance recevront une information sur les modalités d'assistance financière proposés sous le Dispositif d'Assistance Financière de Hallmark Health (accessible au

<https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>, et en appellent le 781-338-7111 pour prendre rendez-vous avec l'un des Conseillers Financiers Hallmark). S'il n'y a pas de besoin immédiat, tel que déterminé par le médecin traitant, de fournir les services, le Service qui ne relève ni du Service des Urgences ni des Services Urgents pourra être remis indéfiniment jusqu'à ce que le patient soit en mesure de payer, de prendre des dispositions financières appropriées, de souscrire une assurance ou de s'inscrire à un dispositif d'assistance financière qui couvrira les services.

V. COMPTES PATIENTS ET SERVICES DE CONSEIL FINANCIER

A. Dispositions Générales

L'Hôpital fera des efforts diligents pour identifier les patients qui seraient sans assurance ou sous-assurés afin de leur proposer des conseils et de l'assistance. L'Hôpital offrira des conseils financiers à ces patients et leurs familles, y compris l'évaluation de l'éligibilité à d'autres sources de couverture comme les dispositifs fédéraux ou de l'Etat, et la fourniture d'informations sur l'ensemble des méthodes appropriées de paiement de la facture de l'Hôpital. Si une assistance financière supplémentaire est requise, le Service des Comptes Clients pourra proposer des réductions ou d'autres ajustements aux patients s'ils qualifient sous le Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health. Le patient a un certain nombre d'obligations à respecter pour être éligible à une assistance, y compris l'obligation de présenter toutes les pièces justificatives nécessaires et complètes. Si les patients sont éligibles aux dispositifs fédéraux, y compris le Medicare, l'Hôpital conseillera le patient dans le choix des plans potentiels et assistera avec le dossier de demande et la documentation si cela est approprié.

B. Informations sur les Services de Conseils Financiers

L'Hôpital diffuse largement les informations sur la disponibilité des dispositifs d'assistance financière, y compris les adresses des services d'assistance. Pour plus de détails, voir le Dispositif d'Assistance Financière de Hallmark Health (disponible au <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

C. Résidence

La résidence est un facteur déterminant de l'éligibilité à l'assistance financière au sein des dispositifs fédéraux, de l'Etat et de l'Hôpital. Pour plus de détails, voir le Dispositif d'Assistance Financière de Hallmark Health (disponible au <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>).

D. Assistance Financière de l'Hôpital, Réductions, Soins Charitables

Les patients sont encouragés à souscrire d'abord aux dispositifs fédéraux et/ou de l'Etat. Si le patient n'est pas éligible à ces programmes, une assistance financière pourrait être obtenue par le biais du Dispositif d'Assistance Financière de Hallmark Health.

E. Considérations par Rapport aux Demandes Spéciales

- 1) Demandes Confidentielles : Des demandes confidentielles de souscription aux dispositifs de l'Etat ou de l'Hôpital peuvent être soumises dans deux cas :
 - a. Les patients mineurs : des demandes de couverture confidentielles peuvent être soumises pour des mineurs qui présentent aux services de planning familial et aux services en relation aux maladies sexuellement transmissibles. Ces demandes peuvent être traitées sur la base du revenu du mineur indépendamment du revenu de la famille. Ces patients devraient être référés aux Conseillers Financiers.
 - b. Les victimes d'abus : ces personnes peuvent aussi faire une demande de couverture sur la base de leur revenu individuel et ne sont pas obligées de divulguer leur adresse principale. Ces patients devraient être référés aux Conseillers Financiers.
- 2) Les Personnes Sans-Papiers : Les patients immigrés pourraient se soucier des implications d'une demande de statut de Patient à Faibles Revenus par le biais des dispositifs de l'Etat décrits dans la section VI ci-dessus. Les patients ayant des moyens de paiement limités seront encouragés à souscrire aux programmes de l'Etat ou à d'autres programmes gouvernementaux. Ceux qui le refusent continueront à être soignés en tant que patients non-assurés et les Services des Urgences et Services Urgents continueront à être pourvus. Les Services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni

des Services Urgents pourraient être remis indéfiniment jusqu'à ce que le patient soit en mesure de payer, de prendre des dispositions financières appropriées, de souscrire une assurance ou de s'inscrire à un dispositif d'assistance financière qui couvrira les services.

VI. DISPOSITIFS DE L'ÉTAT – RESIDENTS DU MASSACHUSETTS

En plus de l'adhésion aux procédures générales des patients Assurés (Section IV(C)) et Non-Assurés (Section IV(D)), l'Hôpital encouragera les patients qui seraient potentiellement éligibles aux assurances des programmes de l'État de souscrire à une couverture et pourra assister le patient dans sa demande de couverture. Les patients peuvent également faire la demande et recevoir par le HSN une couverture pour une coassurance ou des franchises qui ne sont pas couvertes par leur police d'assurance primaire ; les tickets modérateurs sont exclus de ce type de couverture. Les dispositifs de l'État qui sont accessibles aux patients incluent, mais sans être limités à, MassHealth, HSN, et d'autres dispositifs accessibles par le biais du Health Connector (collectivement, les « Dispositifs de l'État »).

A. Procédé de Souscription – Tous Dispositifs de l'État autres que Ceux Portant sur les Dépenses Médicales Conséquentes

L'Hôpital assiste le patient avec le dossier de souscription des Dispositifs de l'État et dans l'obtention et la soumission des justificatifs nécessaires demandés par le Dispositif de l'État applicable. Les individus font la demande de couverture via le formulaire qui est transféré au système d'inscription de l'État. L'individu pourra déposer sa demande en ligne par le biais d'un site web, qui est centralisé sur la plateforme du Health Connector de l'État. Ils peuvent aussi se servir de formulaires papier, ou s'inscrire par téléphone avec un agent du service clientèle qui travaille soit au MassHealth, soit au Health Connector. La documentation nécessaire pourra inclure, sans y être limitée à : (1) des justificatifs de revenu familial (fiches de paie, relevés de versements de sécurité sociale, une lettre de l'employeur, la déclaration d'impôts, ou les relevés bancaires), (2) des justificatifs de citoyenneté et d'identité, (3) des justificatifs de leur situation d'immigré s'ils ne sont pas citoyens (si applicable), et (4) des justificatifs de l'actif pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. L'État notifiera le patient de toute documentation qui doit être soumise à une vérification finale. Le patient pourra recevoir une couverture provisionnelle si les spécifications du dispositif sont respectées.

B. Procédé de Souscription – HSN – Dépenses Médicales Conséquentes

L'Hôpital travaillera avec le patient pour déterminer si un dispositif tel que le HSN – Dépenses Médicales Conséquentes serait approprié. Si tel est le cas, l'Hôpital assistera le patient à fournir toute la documentation nécessaire telle que demandée par l'Hôpital dans un délai convenable afin d'assurer que l'Hôpital puisse déposer une demande complète. Une fois que le patient aura complété la demande et réuni toute la documentation requise, l'Hôpital enverra le dossier complet au HSN dans les cinq (5) jours ouvrables qui suivent la réception du dossier du patient. Si la demande complète du patient n'est pas déposée par l'Hôpital dans les cinq (5) jours ouvrables qui suivent la réception du dossier du patient, aucune action de recouvrement ne peut être entreprise contre le patient par rapport aux factures qui auraient été éligibles sous le dispositif de Dépenses Médicales Conséquentes si la demande avait été transmise en temps et en heure à l'État.

C. Accord de Couverture sous les Programmes de l'État

L'Hôpital pourra assister les patients dans leurs demandes de couverture sous les Dispositifs de l'État qui leur sont disponibles, mais ne joue pas de rôle dans la détermination de l'éligibilité à la couverture qui est effectuée par MassHealth ou HSN. MassHealth ou HSN avisera le patient de son éligibilité. Le patient reste tenu d'informer l'Hôpital de toutes les décisions prises par rapport à la couverture afin de s'assurer d'un règlement correct et dans les délais de toutes les factures de l'Hôpital.

D. Effet d'une Demande HSN/MassHealth en Attente

Les patients pour lesquels l'Hôpital a déposé une demande de couverture auprès de MassHealth ou de HSN et qui couvrent l'éligibilité aux dispositifs de MassHealth ou de HSN verront leurs factures mises en attente.

E. Appel à la Décision

- 1) MassHealth : Le patient pourra jouer un rôle direct en faisant appel ou en demandant des renseignements auprès de MassHealth par rapport à leur décision en relation à la couverture. La demande doit être envoyée à MassHealth avec les pièces justificatives.

- 2) Patients à Faibles Revenus : Un individu pourra demander à MassHealth ou au Health Connector de revoir la détermination du statut de Patient à Faibles Revenus, la conformité de l'Hôpital aux provisions de 101 C.M.R. § 613.00, ou, dans des cas exceptionnels, l'éligibilité à la compensation pour Dépenses Médicales Conséquentes.

F. HSN – Considérations Relatives à l'Éligibilité et la Couverture des Patients à Faibles Revenus

1) Détermination du statut de Patient à Faibles Revenus

La détermination du statut de Patient à Faibles Revenus est effectuée par le système d'éligibilité de MassHealth ou du Massachusetts Health Connector et est réservée aux résidents de l'Etat de Massachusetts. Le patient doit soumettre une demande, en ligne ou sous format papier, tel que décrit dans la section VI(A) ou la section VI(B) ci-dessus afin d'être éligible. Ceci inclut les pièces justificatives nécessaires pour établir la résidence dans l'état du Massachusetts, l'identité, et le revenu. Il y a quatre catégories principales de couverture sous le régime du Patient à Faibles Revenus au HSN : (i) HSN-Primaire (Section VI(F)(4) ci-dessous); (ii) HSN-Secondaire (Section VI(F)(5) ci-dessous); (iii) HSN-Partielle (Section VI(F)(6) ci-dessous); et (iv) HSN-Dépenses Médicales Conséquentes (Section VI(F)(7) ci-dessous).

- a. L'Hôpital pourra aussi assister les patients à s'inscrire au Réseau de Protection de la Santé (HSN) par le biais d'un procédé de détermination présomptive qui offre une période d'éligibilité limitée. Ce procédé est piloté par les Conseillers Financiers qui, sur la base de l'attestation individuelle du patient des informations financières, décideront si le patient répond aux critères du Patient à Faibles Revenus pour une couverture par le Réseau de Protection de la Santé (HSN) seulement. La couverture prendra effet à la date de la détermination par l'Hôpital et courra jusqu'à la fin du mois dans lequel la détermination est faite. Cependant, la couverture pourra être modifiée plus tôt si le patient dépose un dossier de demande complet au vu d'une couverture de l'Etat comme décrit plus en détail dans la section VI(A) ou la section VI(B) ci-dessus.

2) Éligibilité au HSN

Le statut d'éligibilité d'un patient à une couverture par le biais du HSN sera vérifié au moment de son inscription, au moyen du Système de Vérification de l'Éligibilité [Eligibility Verification System (EVS)] de MassHealth, le System de Gestion du Medicaid du Massachusetts [Medicaid Management Information Systems (MMIS)], le Massachusetts's Passport, ou tout autre système hospitalier d'éligibilité, le cas échéant, et toutes les modifications au statut du patient seront consignées dans le dossier.

3) Limitations au Service

Les patients identifiés comme des Patients à Faibles Revenus bénéficieront, dans la mesure du possible, des services en conformité avec les directives de couverture du HSN ou de MassHealth comprenant des limitations au « Service Éligible » selon les provisions des régulations de l'état et le formulaire de médicaments applicable. Un patient qui souhaite bénéficier d'un service qui ne relève ni du Service des Urgences ni des Services Urgents sera avisé par écrit du coût maximum de ce service et doit signer une reconnaissance stipulant qu'il accepte la responsabilité financière de la fourniture de ce service.

4) Couverture - HSN – Primaire

Un Patient à Faibles Revenus qui n'a pas d'assurance et dont les revenus se situent, selon le MassHealth MAGI Income ou le Revenu Familial Chiffable en relation aux Dépenses Médicales Conséquentes (tel que prévues au 101 C.M.R. § 613.04(1)), entre 0-300% du Seuil Fédéral de la Pauvreté (SFP) pourrait être éligible au HSN – Primaire sujet aux exceptions qui suivent :

- a. Les Patients à Faibles Revenus qui sont éligibles au Programme de Aide au Paiement des Primes du Health Connector sont éligibles au Réseau de Protection de la Santé (HSN) –Primaire, seulement dans la mesure de ce qui est autorisé sous 101 C.M.R. § 613.04(5)(b).
- b. Les étudiants qui relevant de l'exigence du Plan de Qualification des Etudiants M.G.L. c. 15A, § 18 ne sont pas éligibles à la couverture sous Réseau de Protection de la Santé (HSN) –Primaire.

5) Couverture -- HSN - Secondaire

Un Patient à Faibles Revenus pourra être éligible au HSN – Secondaire s'il ou si elle bénéficie d'autres assurances primaires et si les revenus se situent, selon le MassHealth MAGI Income ou le Revenu Familial Chiffable en relation aux Dépenses Médicales Conséquentes (tel que prévues au 101 C.M.R. § 613.04(1)), entre 0-300% du Seuil Fédéral de la Pauvreté (SFP), sujet aux exceptions qui suivent :

Politique de Crédit et de Recouvrement Hallmark Health

- a. Les Patients à Faibles Revenus qui sont éligibles au Programme de Aide au Paiement des Primes du Health Connector sont éligibles au Réseau de Protection de la Santé (HSN) - Secondaire, seulement dans la mesure de ce qui est autorisé sous 101 C.M.R. § 613.04(4)(a)(2)(a).
 - b. Les étudiants qui relevant de l'exigence du Plan de Qualification des Etudiants M.G.L. c. 15A, § 18 ne sont pas éligibles à la couverture sous Réseau de Protection de la Santé (HSN) – Secondaire.
- 6) Couverture HSN – Réductions Partielles
- Les patients qui sont éligibles au HSN – Primaire ou au HSN Secondaire et dont les revenus se situent, selon le MassHealth MAGI Income ou le Revenu Familial Chiffrable en relation aux Dépenses Médicales Conséquentes, entre 150.1 et 300% du SFP pourrait être sujets à une franchise annuelle si tous les membres de Groupe Familiale de Facturation de la Prime [Premium Billing Family Group (PFBG)] ont un revenu qui se situe au-dessus de 150.1% du SFP. Un PFBG est un groupe de personnes qui vivent ensemble tel que prévue dans 130 C.M.R. § 501.001. Si un membre du PBG a un revenu de moins de 150.1% du SFP, aucun membre du PFBG n'est sujet à une franchise. La franchise annuelle est calculée selon les provisions de 101 C.M.R. § 613.04(4)(c)(1).
- 7) Couverture -- HSN – Dépenses Médicales Conséquentes
- Les résidents du Massachusetts, indépendamment de leurs niveaux de revenu, peuvent qualifier à une assistance s'ils ont des Dépenses Médicales Conséquentes, par le biais du Réseau de Protection de la Santé si les dépenses médicales autorisées ont tant épuisé ses revenus chiffrables qu'il ou elle ne peut plus payer des services médicaux. Pour être éligible à l'assistance avec des Dépenses Médicales Conséquentes, les dépenses médicales du patient doivent dépasser un pourcentage spécifique de son Revenu Chiffrable tel que défini dans 101 C.M.R. § 613.05(1)(c). La contribution requise du souscripteur est calculé comme le pourcentage spécifique du Revenu Chiffrable tel que défini dans 101 C.M.R. § 613.05(1)(b) sur la base du Revenu Familial Chiffrable en relation aux Dépenses Médicales Conséquentes multiplié par le Revenu Chiffrable réel, moins les factures non éligibles à une compensation du Réseau de Protection de la Santé et auxquelles le souscripteur reste tenu.
- 8) Faibles Revenus / HSN Partiel / Obligations Financières du Patient sous le régime des Dépenses Médicales Conséquentes :
- a. L'obligation financière pour un Patient à Faibles Revenus se limite aux tickets modérateurs (de tout payeur sauf Medicare), aux franchises déterminées par HSN (voir la [section VI\(F\)\(6\)](#) ci-dessus) ou ce que le patient a accepté de payer par le biais du dispositif CommonHealth Spend Down.
 - b. Acomptes des Patients à Faibles Revenus désignés comme HSN Partiels (voir la [section V\(F\)\(6\)](#) ci-dessus) ou sous le régime des Dépenses Médicales Conséquentes (voir la [section VI\(F\)\(7\)](#) ci-dessus) : Des acomptes seront exigés de ces patients à condition que ce soit la couverture primaire, pour tout solde ouvert pour tous les services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents. Le statut actuel de la franchise familiale du Patient sous le régime HSN Partiel sera révisé et un acompte de jusqu'à 20% de la franchise annuelle du patient jusqu'à un maximum de \$500, pourra être facturé au patient. L'Hôpital pourra aussi demander un acompte aux patients qui sont éligibles au régime de Dépenses Médicales Conséquentes de jusqu'à 20% de la contribution du patient sous le régime des Dépenses Médicales Conséquentes, jusqu'à un maximum de \$1.000.
 - c. Echéanciers : Les Patients à Faibles Revenus seront notifiés de la disponibilité des fonds afin de s'acquitter de tous les soldes ouverts selon les termes prévus dans la section VIII, « Modalités de Paiement ».
 - d. Services Non Médicalement Nécessaires : Les Patients à Faibles Revenus devront payer pour tout service Non médicalement Nécessaire tel que prévu dans la [section II\(C\)](#), à l'avance, à condition que le patient soit avisé du coût maximum de ces services et qu'il signe une reconnaissance que les services ne sont pas couverts par HSN ni par aucun autre programme d'assistance du Massachusetts. Les services seront remis indéfiniment jusqu'à ce que le règlement soit versé conformément à la section VIII(E).

VII Non-résidents du Massachusetts

A. Citoyens Américains Non-Résidents du Massachusetts

En plus des procédés suivants prévus pour les patients Assurés ([section IV\(C\)](#)) et les non assurés ([section IV\(D\)](#)) l'Hôpital encouragera les citoyens américains non résidents du Massachusetts qui seraient éligibles à une couverture sous

leurs dispositifs du Medicaid or d'autres programmes gouvernementaux (les Programmes pour Citoyens Américains Non-résidents du Massachusetts), à solliciter une couverture.

- 1) L'Hôpital pourra assister les Citoyens Américains Non-résidents du Massachusetts à faire une demande de souscription aux Dispositifs de l'Etat en leur fournissant des informations relatives aux dispositifs applicables. Les individus souscrivent à une couverture en envoyant le formulaire de demande approprié qui est déposé par le biais du système d'inscription des Citoyens Américains Non-résidents du Massachusetts. La documentation nécessaire pourra inclure, sans y être limitée a : (1) des justificatifs de revenu familial (fiches de paie, relevés de versements de sécurité sociale, une lettre de l'employeur, la déclaration d'impôts, ou les relevés bancaires), (2) des justificatifs de citoyenneté et d'identité, (3) des justificatifs de leur situation d'immigré s'ils ne sont pas citoyens (si applicable), et (4) des justificatifs de l'actif pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. L'Etat applicable notifiera le patient de toute documentation qui doit être soumise à une vérification finale
- 2) L'Hôpital ne joue pas de rôle dans la détermination de l'éligibilité à la couverture des Citoyens Américains Non-résidents du Massachusetts. Ces programmes émettront toutes les notifications d'éligibilité, et non pas l'Hôpital. Le patient reste tenu d'informer l'Hôpital de toutes les décisions prises par rapport à la couverture afin de s'assurer d'un règlement correct et dans les délais de toutes les factures
- 3) Le patient pourra jouer un rôle direct en faisant appel ou en demandant des renseignements en relation à la décision relative à la couverture, auprès du programme pour Citoyens Américains Non-résidents du Massachusetts.

B. Patients Internationaux

En plus des procédés suivants prévus pour les patients Assurés (section IV(C)) et les non assurés (section IV(D)) l'Hôpital fera tous les efforts raisonnables pour obtenir les adresses locales et permanentes des résidents des pays étrangers et prendra toutes les mesures additionnelles nécessaires pour obtenir le paiement par avance de tous services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents.

VIII. MODALITES DE PAIEMENT

A. Dispositions Générales

Les paiements pourront être effectués dans plusieurs cas à l'Hôpital. Des modalités différentes pourront être accessibles, y compris des acomptes et des échéanciers. Le patient ou le garant pourra s'entendre avec le Bureau des Comptes Clients du Service Client de Hallmark Health. Tous les arrangements seront conformes à des critères prédéterminés et seront convenablement consignés le système de facturation et d'enregistrement de l'Hôpital.

B. Moyens de Paiement

Les règlements pourront s'effectuer par cheque personnel, cheque certifié/bancaire, transfert bancaire, carte bancaire, ou en espèces. L'Hôpital maintiendra un système de surveillance des cheques « en bois » et reversera tout paiement qui aurait pu être crédité au compte du patient. Le paiement avec un cheque non couvert pourra entraîner le transfert du compte aux Impayés.

C. Devise

Sauf convention expresse, le règlement s'effectuera en devises américaines. Les règlements en devises autres qu'américaines seront applicables au taux de change indiqué à la banque de l'Hôpital, y compris les frais de change

D. Echéanciers

L'Hôpital propose un Dispositif d'Assistance Financière qui prévoit des facilités de paiement. Tous les Patients à Faible Revenu et ceux sous le régime des Dépenses Médicales Conséquentes seront avisés que l'Hôpital propose des échéanciers. Le Dispositif d'Assistance Financière est facilement accessible au public sur le site web de l'Hôpital au : <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

E. Acomptes

Hallmark Health se réserve le droit de demander le paiement par avance aux patients bénéficiant des services qui ne relèvent ni du Service des Urgences ni des Services Urgents. Si un prix estimé n'est pas rapidement disponible, les patients devront payer un acompte (« down payment » en prévision du solde à venir). Le défaut de paiement comptant de la facture avant tout service qui ne relève ni du Service des Urgences ni des Services Urgents ou le manquement dans le paiement de l'acompte entraînera le retard des services à condition que le médecin traitant estime que la procédure ne soit pas une nécessité médicale. Hallmark Health n'exigera pas d'acompte préalable à l'admission et/ou des acomptes de traitement des individus qui nécessitent des soins des Urgences ou des soins Urgents, ou d'individus qui sont protégés des actions de recouvrement sous les lois applicables de l'état. (Voir l'Annexe C : « Patients Hallmark Health Protégés des Actions de Recouvrement »).

IX. FACTURATION DU PATIENT ET RECOUVREMENT

A. Dispositions Générales

L'Hôpital fera due diligence dans la collecte de toutes les sommes dues par les assureurs selon les normes établies dans l'industrie et s'engage à appliquer les paiements et les changements de contrats en temps utile sur le compte du patient. Ces efforts incluent la facturation des plans d'assurance en fonction des spécifications des payeurs et le prompt suivi des demandes rejetés. Les patients et autres garants seront tenus pour responsables pour le paiement de toute solde restante après l'application des toutes les recettes des assurances, des ajustements contractuels, et les remises/ajustements convenus, en conformité avec tout conseil de remise reçu du payeur, sauf si la solde peut être consigné au Réseau de Protection de la Santé ou considéré comme exempté de recouvrement sous les lois du Massachusetts. Le recouvrement inclut les affirmations des patients, des lettres des patients, les contacts téléphoniques, des notices certifiées de recouvrement final, et des activités de recouvrement extraordinaires y compris le reporting au bureau de crédit.

Les patients sont dans l'obligation de fournir des informations démographiques et d'assurance complets, de manière ponctuelle. Les patients qui en ont les moyens sont tenus de payer les services fournis par Hallmark Health.

B. Pratiques de Facturation Hospitalière, dont Relevés Patients, Lettres et Appels

L'Hôpital fera des efforts diligents pour s'assurer que la partie appropriée est facturée et que le paiement est reçu du bon payeur. L'Hôpital, soit directement, soit par le biais de ses agents désignés, préparera et enverra des relevés réguliers aux patients/garants, afin de les aviser des soldes dues à l'Hôpital. Une comptabilité de tous les mouvements de compte et des communications, y compris les factures, est typiquement accessible dans le système de facturation. Le personnel est tenu à documenter tous les contacts avec le patient (ou le garant) dans le système de facturation, système d'inscription ou système de collecte des règlements individuels (« self-pay ») approprié. Pour les résidents du Massachusetts, les demandes ne seront pas soumises au Réseau de Protection de la Santé avant que ces efforts diligents n'aient « été épuisés ».

- 1) Facturation Patient Initiale : L'Hôpital enverra une facture initiale au patient ou au garant. La facture initiale inclura un relevé de tous les charges, paiements, et ajustements avec la facture initiale, pour chaque date de service/admission. La facture initiale donnera les informations sur la disponibilité de dispositifs d'assistance financière qui pourraient couvrir les montants de la facture de l'Hôpital.
- 2) Facturation Subséquente : L'Hôpital continuera de facturer le patient ou le garant tous les 30 jours pendant jusqu'à 120 jours, ce qui est un délai approprié et représentatif des activités de facturation et de recouvrement en continu.
- 3) Appels Téléphoniques et d'autres Communications : Des appels téléphoniques, des relevés de facturation, des lettres, des contacts personnels, des avis, ou toute autre méthode de notification constitue un effort réel de contacter la partie responsable de l'obligation et informe le patient de la disponibilité de l'assistance financière.
- 4) Suspension de Facturation : Dans certains cas, la poursuite de la facturation et des activités de recouvrement pourraient s'avérer inappropriées et pourraient être suspendus ou discontinués. De tels cas incluent, mais ne sont pas limités à : Mauvaise Adresse (section IX(B)(9)), Faillite (section IX(D)(1)), Grievs du patient, et petites soldes (section IX(B)(10)).

Politique de Crédit et de Recouvrement Hallmark Health

- une éligibilité en attente ou approuvée de la part de MassHealth ou une éligibilité HSN (section VI(D) et section IX(B)(6)), ou des patients qui sont en cours de demande d'une Assistance Financière Hallmark Health.
- 5) Notification de la Disponibilité d'une Assistance Financière : Les relevés des patients incluront des avis légaux informant les patients de la disponibilité d'une assistance financière et les moyens d'y accéder. Les avis concernant la disponibilité de l'assistance financière seront aussi inclus dans des communications écrites et verbales aux patients à l'admission et à la sortie.
 - 6) Patients Protégés des Activités de Recouvrement : L'Hôpital prendra les moyens raisonnables pour s'assurer qu'aucune activité de recouvrement, y compris les appels téléphoniques, les relevés et les lettres, ne soit générée à partir des soldes des patients qui seraient exemptés des actions de recouvrement en vertu des lois applicables. Ceci pourra inclure les patients inscrits dans des Dispositifs de l'Etat et qui sont exemptés des activités de recouvrement dans la mesure prévue dans l'Annexe C, les patients pour lesquels l'Hôpital a été retardé dans la soumission de l'application à la couverture pour Dépenses Médicales Conséquentes, (section VI(B)), les patients en attente de confirmation de leur inscription à un Dispositif de l'Etat (section VI(D)), ou ceux dont la demande d'assistance financière sous le Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health est en attente. L'Hôpital pourrait continuer d'envoyer des lettres sollicitant des informations ou des actions de la part du patient afin de résoudre des problèmes de couverture et/ou d'éligibilité avec une assurance primaire, un programme de Compensation du Travailleur, ou bien d'obtenir la responsabilité du tiers ou une information relative à un accident de voiture.
 - 7) Dernier Avis (de Recouvrement) : L'Hôpital fera des efforts raisonnables d'envoyer à chaque patient un dernier avis (de recouvrement) par voie postale avant de transférer le compte aux Impayées. Les avis concernant les patients mineurs seront envoyés au garant.
 - 8) Créances des Urgences Impayées concernant les Résidents du Massachusetts : Dans le cas où le compte en considération par l'Hôpital pour envoi au HSN en tant que Créance des Urgences Impayées, l'Hôpital s'assurera que les conditions suivantes sont remplies :
 - a. Le compte a fait l'objet d'un effort de recouvrement documenté et continu pendant au moins 120 jours ;
 - b. Une enquête d'éligibilité avait été faite auprès de EVS ou de MMIS pour vérifier la couverture;
 - c. Les services fournis qualifient bien de Services des Urgences selon la définition en vigueur de cette politique, et
 - d. Un dernier avis de recouvrement avait été envoyé par lettre recommandée pour les soldes de \$1.000 ou plus. Les comptes qui sont correctement documentés comme des Mauvaises Adresses peuvent être soumis au HSN sans envoi d'un dernier avis de recouvrement par lettre recommandée, à condition que 120 jours se sont écoulés entre la facturation initiale et qu'après des efforts réels et raisonnables, l'Hôpital n'a pas pu obtenir une adresse à jour.
 - 9) Les Retours pour Mauvaise Adresse : L'Hôpital fera des efforts raisonnables de traquer, rechercher, et refacturer tous les relevés patients retournés par l'USPS et qui ne sont pas livrables. Les informations concernant l'adresse seront vérifiées et corrigées avec les programmes « skip trace » qui pourront être fournis par des tiers. Si possible, les comptes seront identifiés comme des comptes à « Mauvaise Adresse » dans les systèmes de facturation et d'enregistrement. Quand un compte a été identifié comme « Mauvaise Adresse », aucun autre relevé ni courrier ne sera traité tant qu'une nouvelle adresse n'est pas identifiée. L'Hôpital cessera tous envois de relevés à l'adresse incorrecte afin de maintenir le secret de HIPAA. Les comptes pour lesquels les informations démographiques les plus récentes contiennent une Mauvaise Adresse pourront être transférés aux agences extérieures pour cause d'Impayées, pour un suivi additionnel ; à l'exception des Impayées des Urgences seront suivis pendant 120 jours avant tout transfert.
 - 10) Ajustement pour Petit Solde: Au vu des coûts de traitement des relevés et des activités de recouvrement, après la facture initiale, l'Hôpital pourrait cesser les envois de relevés pour les comptes dont le solde est inférieur à son « Seuil de Facturation des Petits Soldes » de \$15. Cette politique sera appliquée de manière uniforme pour tous les payeurs. EN aucun cas l'ajustement des petits comptes ne seront-ils facturés à HSN.

C. Avis de Charge Supplémentaire

L'Hôpital maintiendra un processus qui identifiera tous les soldes patients qui sont assujettis au Supplément du Fonds Fiduciaire HSN relatif aux Suppléments sur les Hôpitaux Aigues comme prévu au 101 C.M.R. § 614.05. Les charges supplémentaires seront facturées au patient et les fonds collectés remis à HSN dans les délais requis.

D. Situations de Collecte Particulière

- 1) Faillite du patient : L'Hôpital fera des efforts raisonnables de suivre tous les avis de faillite et les conserver dans les archives afin de s'assurer que les procédures judiciaires approuvées ont été respectées, y compris le dépôt de plaintes auprès de la Cour, si approprié, ou l'annulation de la dette.
- 2) L'Hôpital ne facturera pas un Patient à Faibles Revenus du HSN pour (1) des réclamations en lien à des Événements Déclarables Sérieux prévus au 101 C.M.R. § 613.03(1)(d); or (2) des réclamations relevant d'une erreur administrative ou de facturation.
- 3) Couverture HSN Secondaire : L'Hôpital fera due diligence afin de limiter les déclarations auprès de HSN, y compris pour les franchises et les services non couverts, les cas de patients ayant épuisé leurs bénéfices ou les cas de souscription avec le payeur inactive au moment de la prestation des services. Si l'Hôpital reçoit des paiements additionnels ou corrigés par rapport à une déclaration envoyée précédemment à HSN, alors une déclaration corrigée sera transmise à HSN.
- 4) Franchise HSN Partielle : L'Hôpital facturera les patients à 100% de leurs Franchises HSN Partielles annuelles, déduction faite des acomptes patients obtenus conformément à la section VI(F)(8)(b), et ce jusqu'à ce que les charges égales à la franchise annuelle auront été facturées au patient, y compris des soldes inclus dans les échéanciers. Les demandes ne seront pas transmises à HSN avant que la franchise du patient n'ait été entièrement acquittée.

E. Considérations particulières de traitement des comptes

Sous certaines circonstances, des informations ou des procédures additionnelles peuvent être nécessaires au traitement correct du compte patient.

- 1) Accidents de Travail (AT) : Les services en lien aux accidents de travail doivent être identifiés de manière appropriée dans les enregistrements. Des informations supplémentaires requises incluent la date et l'heure de l'accident, le nom de l'employeur et son numéro de téléphone, et le nom de l'assurance accident de travail de l'employeur et son numéro de téléphone. L'Hôpital fera des efforts raisonnables de suivre la couverture AT. Tout recouvrement reçu après l'envoi d'une déclaration sera compensé contre la déclaration précédente et rapporté au payeur ou à HSN, y compris des annulations ou des retours de demande. S'il n'y a pas de couverture AT, alors la demande est traitée comme une facture ordinaire.
- 2) Responsabilité : (Tiers) : Les services fournis en lien avec un accident de la route ou autre sinistre relevant de la responsabilité d'un tiers devront être identifiés de manière appropriée. Des efforts diligents seront entrepris pour recueillir les informations additionnelles nécessaires à la déclaration d'un accident de la route, y compris la date et l'heure de l'accident, le lieu pour les cas de responsabilité du tiers, et tout assureur automobile connue. Le nom de l'avocat éventuellement associé au cas devra aussi être inscrit dans le system d'enregistrement, s'il y en a. Des efforts raisonnables seront faites pour facturer le assureur auto/tiers, pour réclamer toute compensation pour les dommages et blessures personnels. Les déclarations de santé continueront d'être traitées quand les recours pour blessures auront été épuisés. L'Hôpital pourrait aussi déposer un lien contre des déboursements en compensation des blessures de assureur automobile pour le patient si nous pouvons établir le nom de l'avocat du patient gestionnaire du sinistre. Tout recouvrement reçu après l'envoi d'une déclaration sera compensé contre la déclaration précédente, et rapporté au payeur ou à HSN, y compris des annulations ou des retours de demande. S'il n'y a pas de couverture automobile/tiers, alors la demande est traitée comme une facture ordinaire.

- 3) La Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA): Sous la loi HIPAA, les patients qui ont complètement acquitté leurs factures de l'Hôpital par rapport à un article ou un service spécifique sont en droit de demander que leurs Informations de Santé Protégées [Protected Health Information (PHI)] en lien avec l'article ou le service ne soit pas transmis à leur assureur pour paiement à moins qu'une telle divulgation ne soit légalement requise. Cette restriction ne s'applique qu'à l'article ou le service spécifique fourni et facturé par l'Hôpital. Les Patients qui souhaitent exercer cette restriction sont tenus de payer toute créance due au moment du service ou, si le montant ne peut pas être entièrement calculé à ce moment, au moment de recevoir des factures. Si après des efforts raisonnables, l'Hôpital n'est pas en mesure d'obtenir le paiement complet du patient qui demande la restriction, l'Hôpital pourra aviser le patient et facturer l'assureur du patient. Les comptes devraient être notés par procédure afin d'éviter toute divulgation inapproprié.

X. TRANSFERT DU COMPTE AUX IMPAYEES

A. Transfert d'un compte aux Impayées

L'Hôpital fera un effort raisonnable de qualifier un patient pour une assistance financière fédérale, ou gérée par l'Etat ou Hallmark Health, en avisant le patient par écrit des programmes d'assistance financière et en l'aidant à remplir son dossier de demande. Une fois que de tels efforts ont été faits, et tous les efforts de recouvrement internes ont été épuisés, le compte pourra être transféré aux Impayées. Ceci arrivera en général à la fin du cycle de facturation de 120 jours pour ce compte, avec quelques exceptions pour Mauvaise Adresse ou d'autres circonstance atténuantes. Les comptes impayées feront en général l'objet d'efforts de recouvrement additionnels par le biais de plusieurs sources dont le personnel, les agences de recouvrement internes et externes, ou les avocats spécialisés dans le recouvrement, selon les lois applicables.

B. Agences de Recouvrement

Toute agence qui cherche à obtenir le paiement de soldes des patients au nom de l'Hôpital sera tenu de se conformer à cette politique, y compris l'obligation de s'abstenir des « activités extraordinaires de recouvrement » (telles que définies ci-dessous) jusqu'à ce que l'Hôpital aura fait tous les efforts raisonnables et effectué toutes les démarches afin de déterminer si le patient est éligible à l'assistance financière ou à une exonération de tout recouvrement ou facturation sous cette politique. Toute plainte étayée du patient sera rapportée à l'Hôpital pour revue et traçage. Tous les agents se conformeront entièrement aux règlements applicables des Services Fiscaux (IRS) et de la loi fédérale sur le recouvrement équitable des dettes (Federal Fair Debt Collection) ainsi que les régulations du Massachusetts relatives au recouvrement des dettes. Toutes les agences signaleront promptement toute collecte ou autres actions de compte, y compris la décision de cesser les efforts de recouvrement.

C. Actions de Recouvrement Extraordinaires (AREs)

L'Hôpital pourra initier des Actions de Recouvrement Extraordinaires (AREs) dans certain cas sur des comptes pour lesquels le paiement attendu n'a pas été versé malgré les efforts raisonnables définis à la [section X\(B\)](#).

- 1) Rapport de Solvabilité: L'Hôpital ou une agence de recouvrement, peut, pour le compte de l'Hôpital mentionné dans la section X(B), signaler des soldes impayées aux bureaux de crédit.

XI. SOLDES CREDITEURS ET REMBOURSEMENTS

De manière générale, l'Hôpital remboursera les patients toute solde créditeur, ce qui peut survenir en rations d'une collecte de fonds excessive du patient. Dans les cas de les tentatives infructueuses de rembourser un solde créditeur d'un compte de paiement individuel (« self-pay »), l'Hôpital remettra ce solde créditeur au Trésorier du Commonwealth du Massachusetts conformément aux régulations de l'état relatives aux biens abandonnés.

XII. EVENEMENTS DECLARABLES SERIEUX (EDSs)

L'Hôpital est en règle par rapport aux exigences applicables de facturation, y compris les régulations émanant du Département de la Santé Publique (105 C.M.R. § 130.332) relatives au non paiement de services spécifiques ou de réadmissions que l'Hôpital a déterminé provenir d'un Evénement Déclarable Sérieux (EDS). EDS's qui ne se produisent pas à l'Hôpital ne entrent pas dans le calcul du non-paiement.

XIII. CONFORMITE AVEC LA HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)

L'Hôpital est en conformité avec la HIPAA, à savoir la loi sur la transférabilité et la responsabilité dans le secteur de l'assurance santé américaine. L'Hôpital conserve aussi toutes les données en accord avec les lois fédérales et de l'état portant sur le respect de la vie privée et la sécurité des données informatiques et les lois contre le vol de l'identité.

XIV. DROITS ET OBLIGATIONS DES PATIENTS

L'Hôpital avisera les patients de leurs obligations de :

- 1) Fournir des informations complètes sur les assurances et leurs situations démographiques, en temps voulu. Informer l'Hôpital de toute modification de la situation, y compris des changements du niveau des revenus ou de l'assurance, ainsi que la traçabilité des données manuelles déductibles de l'HSN.
- 2) Faire des efforts raisonnables de comprendre les limitations de la couverture de leurs assurance, y compris les limitations de réseau, des limitations dans la couverture des services, et les responsabilités financières liées à cette couverture limitée, aux franchises, aux tickets modérateurs et à la coassurance.
- 3) Pour les patients qui en ont les moyens, régler les services fournis par Hallmark Health, y compris des tickets modérateurs, des franchises, et des coassurances, en temps voulu.
- 4) Se conformer aux références des assurances, aux autorisations préalables, et aux autres politiques de gestion médicale. Se conformer aux autres exigences de l'assurance, y compris : remplissage des formulaires de coordination des bénéficiaires, mise à jour des informations de cotisation, mise à jour des connaissances du physicien, compréhension de la couverture des bénéficiaires, et d'autres exigences de paiement. Pour les services médicaux non couverts, le reconnaître et organiser des paiements alternatifs.
- 5) Pour les résidents du Massachusetts, obtenir une couverture par le biais du Health Connector, ou via d'autres sources de couverture, sinon faire une demande de détermination de l'éligibilité au dispositif pour patients à faibles revenus de MassHealth/Commonwealth Care (si potentiellement éligible), y compris la soumission de toutes pièces justificatives exigées.
- 6) Informer l'Hôpital de toute couverture éventuelle d'assurance- accidents automobile, assurance responsabilité des tiers, ou assurance accident de travail. Pour les personnes bénéficiant d'une couverture MassHealth or du Réseau de Protection de la Santé, faire une déclaration de sinistre, si disponible, par rapport à tout accident, blessure ou perte et notifier le dispositif public de l'état (à savoir, le Bureau de la Medicaid et le Réseau de Protection de la Santé - HSN) dans les dix jours de tout renseignement lié à un procès ou une déclaration de sinistre qui couvrirait les coûts des services fournis par l'Hôpital. Le patient est également tenu de transférer les droits à un système de paiement tiers qui couvrira les frais des services payés par l'Etat ou par le Réseau de Protection de la Santé, ou remboursera le HSN des fonds reçus dudit tiers. Si le patient ne rembourse pas le HSN à partir des fonds reçus du tiers ; le HSN pourra recouvrer de tels paiements.

XV. PUBLICATION DE LA POLITIQUE DE CREDIT ET DE RECOUVREMENT

La Politique de Crédit et de Recouvrement, la Liste des Fournisseurs Affiliés, et le Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health sont disponibles en ligne au <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>

Cette page web peut aussi être consultée à partir du portail Hallmark Health (<https://www.hallmarkhealth.org/>) en cliquant sur « Patient/Visitor-> Financial Counseling and Billing -> Financial Assistance Policies ».

- 1) Le site inclut également des moyens divers par lesquels les patients peuvent faire une demande d'assistance depuis l'Hôpital, dont une liste de Conseillers Financiers et un numéro de téléphone central. Le site web indique que les formulaires de demande et l'Assistance Financière sont gratuits.

XVI. VALIDATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration de Hallmark Health a validé la Politique de Crédit et de Recouvrement de Hallmark Health le 27 juillet 2017.

Annexe A - Sites des Soins Hallmark Health, Entités Participants

Le dispositif d'assistance financière s'applique aux services fournis et facturés par Hallmark Health aux sites suivants :

1. Hôpital Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Hôpital Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
 - a. Centre de Soins Urgents de l'Hôpital Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Centre de Hématologie et d'Oncologie Hallmark Health System, 41 Montvale Avenue, 3^e, 4^e, et 5^e Etages, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health au 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
 - a. Services de Réhabilitation de l'Hôpital Lawrence Memorial, Suites 105 et 106.
 - b. Services Communautaires de Soutien Psychologique, Suite 112.
 - c. Services Médicaux de l'Hôpital Lawrence Memorial, Suites 113, 114, et 116.
 - d. Family Medical Associates, Suites 213, 214, et 215.
5. Centre Communautaire de Soutien Psychologique, Centre de Soins Familiaux de Malden, 178 Savin Street, 2^e Etage, Malden, MA 02148.
6. Centre de Imagerie Médicale pour Femmes « Health Image », 830 Main Street, 3^e Etage, Melrose, MA 02176.
7. « Chem Center » Centre de Radiation Oncologique & IRM, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Polyclinique de Diagnostique et de Réhabilitation Hallmark Health, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
 - a. Centre de Soins d'Urgence de Reading, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Services de Réhabilitation de l'Hôpital Melrose-Wakefield, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176

Annexe B - Liste des Fournisseurs de Soins Affiliés à Hallmark Health, Entités Non Participants

Chacun de ces fournisseurs ou groupes de fournisseurs proposent des services au sein d'un site hospitalier ; cependant, leurs factures et frais ne sont pas couverts par le Dispositif d'Assistance Financier de Hallmark Health (« DAF »). Le DAF Hallmark Health ne couvre pas les services fournis et facturés par les entités affiliés à Hallmark Health dont les noms figurent ci-dessous :

1. Organisation des Médecins de Hallmark Health, Hallmark Health Medical Associates.
2. Hallmark Pathology, P.C.
3. Hallmark Imaging Associates, P.C.
4. Les Services dans lesquels les patients peuvent consulter un Fournisseur non couvert par le DAF sont : Cardiologie, Endocrinologie, Gastroentérologie, Radiologie/Hématologie/Oncologie, Maladies Infectieuses, Médecine Interne, Soins Obstétriques et Gynécologiques, Néphrologie, Podologie, Pneumologie, Rhumatologique, Médecine du Sommeil, Chirurgie, Urologie, Soins des Plaies.
5. Melrose-Wakefield Emergency Physicians, Inc.
 - a. Les Médecins des Services des Urgences Hallmark Health situés à l'Hôpital Lawrence Memorial au 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 et à l'Hôpital Melrose-Wakefield au 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 - b. Les Médecins des Centres de Soins d'Urgences du Système Hallmark Health au 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 et 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Hospital Medicine Associates (Team Health).
 - a. Praticiens Hallmark Health au sein de l'Hôpital Lawrence Memorial au 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 et de l'Hôpital Melrose-Wakefield au 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Metropolitan Anesthesia.
8. Mystic Cardiology Associates, Inc., y compris le Dr. Conway, le Dr. Pladziewicz, et le Dr. Samenuk.
9. Mystic Medical Group, y compris le Dr. Weinstein.
10. UMS New England Lithotripsy.
11. Middlesex Cardiology Associates, Inc.
12. Tufts Medical Center Physicians Organization, Inc. (précédemment la New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Eliot.
14. Pediatrix.
15. Regional Home Care.

Tous les médecins et les associations de médecins en lien avec Hallmark Health, y compris ceux énumérés ci-dessus, sont encouragés, mais non pas obligés, de s'adhérer au dispositif d'assistance financière de Hallmark Health.

ANNEXE C – Patients Hallmark Health Protégés des Actions de Recouvrement¹

Les patients suivants qui reçoivent des services médicalement nécessaires de l'Hôpital sont exonérés d'actions de recouvrement dans les limites ci-dessous. Les actions de recouvrement peuvent inclure toute activité au cours de laquelle l'Hôpital ou un agent de l'Hôpital demande le règlement des services au patient, au garant du patient, ou au tiers payant. De telles actions peuvent en outre inclure des acomptes de pré-admission ou de pré-traitement, des relevés de facturation, les lettres de recouvrement en rappel, des contacts téléphoniques et des interventions d'agences de recouvrement et des avocats.

Dispositif du Massachusetts	Règle Générale	Exceptions
Abonnés MassHealth	L'hôpital ne peut pas facturer tant que les patients peuvent justifier de sa participation.	<ul style="list-style-type: none"> a. Peut facturer les tickets modérateurs et franchises b. Peut facturer les patients qui ne peuvent pas produire de justificatif de participation
Aide d'Urgence aux Personnes Agées, aux Handicapés, et aux Enfants (EAEDC)		
Plan de Protection Médicale des Enfants (CMSP) Patient ayant un revenu égal ou moins de 300% SFP		
Patients inscrits au programme Healthy Start		
Patients ayant des dépenses médicales conséquentes	L'Hôpital ne peut pas facturer au patient la part de la facture qui dépasse le seuil de l'indemnité des dépenses médicales conséquentes. Ceci inclut les patients qui sont devenus éligibles pour l'indemnité des dépenses médicales conséquentes du HSN et qui ont un dossier de Créances Urgentes en cours	
Patients à faibles revenus		
Tous les patients à faibles revenus	L'Hôpital ne peut facturer au patient les services de santé non remboursables que le patient a consenti prendre à sa charge, si (i) la demande de services de santé non remboursables est en lien avec une erreur médicale ou, (ii) la demande a été rejetée par l'assureur primaire du patient en raison d'une erreur administrative ou de facturation.	<ul style="list-style-type: none"> a. Peut facturer au patient les services non remboursables que le patient a consenti prendre à sa charge. b. A la demande du patient, l'Hôpital peut facturer au patient afin de permettre au patient de réaliser une franchise unique en association avec le dispositif CommonHealth
Tous les patients à faibles revenus, sauf ceux inscrits pour les soins dentaires uniquement.	L'Hôpital ne peut facturer les services hospitaliers remboursables pour lesquels l'hôpital reçoit des paiements du HSN.	<ul style="list-style-type: none"> a. Peut facturer les tickets modérateurs et les franchises. b. Peut facturer les services éligibles fournis par l'Hôpital avant la détermination du revenu faible ou si le statut de Patient à Faibles Revenus a expiré ou a été terminé.

<p>Patients à faibles revenus bénéficiant des indemnités MassHealth MAGI ou famille avec Dépenses Médicales Conséquentes Revenus pris en compte entre 150,1 et 300% du SFP</p>	<p>L'Hôpital ne peut facturer au patient la part de la facture qui dépasse le montant de la franchise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Peut facturer les tickets modérateurs b. Peut facturer une part de la franchise HSN c. Peut facturer les services éligibles fournis par l'Hôpital avant la détermination du statut de revenu faible du patient par l'Etat Détermination as ou si le statut de Patient à Faibles Revenus a expiré ou a été terminé
---	--	--

¹ Voir le règlement du Massachusetts Health Safety Net 101 C.M.R. § 613.08(3).



NHS 382

Destinataire			Veuillez libeller vos chèques à l'ordre de: et les envoyer à :		

SOMME DUE :	
--------------------	--

délais dans l'enveloppe jointe.

Changement d'adresse

Nom, Prénom(s)

Adresse

Ville

Etat

CP

Téléphone

Mise à jour de l'assurance primaire

Nom de l'assuré primaire

Nom de l'assureur primaire

Date de prise d'effet

Adresse de l'assureur primaire

Ville

Etat

CP

Tél.

Nom de l'employeur

N° de groupe

N° du souscripteur

DDN souscripteur

Si paiement par Carte Bancaire, veuillez remplir

CARTE BANCAIRE UTILISEE POUR LE PAIEMENT



NUMERO DE CARTE

VALABLE JUSQU'AU



SIGNATURE

NOM EN TOUTES LETTRES

Mise à jour de l'assurance secondaire

Nom de l'assuré secondaire

Nom de l'assureur secondaire

Date de prise d'effet

Adresse de l'assureur secondaire

Ville

Etat

CP

Tél.

Nom de l'employeur

N° de groupe

N° du souscripteur

DDN souscripteur

Explication du relevé

Ce relevé est le résumé de la solde restante à payer sur votre compte, qui est maintenant de votre responsabilité. Les charges indiquées ne couvrent que les services fournis par Hallmark Health System.

Nous contacter :

Ce relevé de facture ne représente que les services rendus et en attente du règlement par le patient. Si vous n'êtes pas en mesure de régler votre solde en entier cette fois, veuillez contacter nos bureaux pour discuter d'un autre moyen de paiement.

Si vous avez des questions, veuillez appeler le Département des Services Financiers au 781-338-7000. Nos bureaux sont ouverts du Lundi au Vendredi de 08h00 à 16h00. Si vous préférez nous joindre par courrier, veuillez indiquer le nom du patient, le numéro de compte, la date des soins et la nature de la demande. Envoyer toute correspondance à :

Hallmark Health System

Attn: Patient Accounts

170 Governors Ave

Medford MA 02155

Avis de Disponibilité d'Assistance Financière :

L'hôpital fournit une assistance financière couvrant les services médicalement nécessaires pour les résidents des Etats-Unis qui ne peuvent pas payer, sur la base des Directives Fédérales sur le Seuil de la Pauvreté.

Pour tout renseignement sur l'Assistance Financière au sein du Hallmark Health System, veuillez appeler le :
781-338-7000

Taille de la Famille	Assistance complète jusqu'à ces niveaux de revenus	Assistance partielle jusqu'à ces niveaux de revenus
1	\$17.820,00	\$35,640.00
2	\$24.030,00	\$48,060.00
3	\$30.240,00	\$60,480.00
4	\$36.450,00	\$72,900.00

Vous pouvez éventuellement obtenir de l'assistance par le biais des dispositifs publics d'aide, dans le cas d'un besoin financier additionnel ou des dépenses médicales conséquentes.

NOUS CONTACTER POUR TOUS RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES.