

Politique de facturation et de recouvrement des patients sans assurance (OR)

Avis de non-responsabilité

AVIS JURIDIQUE DE NON-RESPONSABILITÉ PDF : Ce PDF a été demandé le 17/10/2025. Les PDF ne doivent pas être utilisés comme documentation officielle. Le contenu des documents officiels est susceptible d'être modifié sans préavis. L'application Lucidoc ne déclare pas ni ne donne aucune garantie quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la « mise à jour » ou l'adéquation des informations ou du matériel contenus dans le présent document. Veuillez vous référer à l'application Lucidoc pour les informations les plus récentes.

AVIS JURIDIQUE DE CONFIDENTIALITÉ : Ce PDF, qui peut contenir des informations confidentielles, est destiné uniquement au destinataire. Les informations peuvent également être légalement protégées. Cette transmission est envoyée en toute confidentialité, dans le seul but de la remettre au destinataire. Si vous avez reçu cette transmission par erreur, toute utilisation, reproduction ou diffusion de cette transmission est strictement interdite. Si vous n'êtes pas le destinataire, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur et supprimer définitivement ce fichier.

Agréments

- Approbation du Comité : approuvé par la Finance Core Team le 18/03/2025
 - Approbation du comité : approuvé par le AH System Board le 23/04/2025
 - Approbation du comité : approuvé par la Nonclinical Policy Review Team - Revenue Cycle le 14/03/2025
-

Aperçu de la révision

ID de document :	14803
Nombre de révisions :	0
Propriétaire :	Robert Walton, Directeur senior, Services financiers pour les patients
Date officielle de révision :	24/04/2025

Note de révision :

Politique de facturation et de recouvrement des patients sans assurance pour l'Oregon. Approuvé par le Revenue Cycle Policy Committee. Rédigé par Athene Law, conseil externe.[Propriétaire modifié d'Amy K Miller à Robert Walton par Laila Sabra le 25-JUIN-2025]

☒ Politique normalisée à l'échelle du système

☐ Politique modèle à l'échelle du système

Politique normalisée n° 14803

Parcours d'approbation : Non clinique

Département : Revenu Cycle

POLITIQUE NORMALISÉE : POLITIQUE DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT DES PATIENTS SANS ASSURANCE (OR)

RÉSUMÉ/OBJET DE LA POLITIQUE :

Les établissements Adventist Health sont constitués d'une équipe de professionnels de la santé dévoués : médecins, infirmières, techniciens, gestionnaires, administrateurs, bénévoles et autres soignants. Ensemble, ces personnes servent à protéger la santé de leurs communautés. Leur capacité à servir requiert une relation spéciale fondée sur la confiance et la compassion. Adventist Health et les patients sont en mesure d'assumer leurs responsabilités grâce à leur confiance mutuelle et à leur bonne volonté. Cette politique vise à renforcer cette relation et à faire en sorte que les patients reçoivent des services indépendamment de leur capacité à payer.

La présente politique décrit la politique de facturation et de recouvrement des patients sans assurance d'Adventist Health. La présente politique décrit la manière dont Adventist Health transfère les dettes des patients aux agences de recouvrement et autres organismes externes.

L'objectif de cette politique est de se conformer aux lois et règlements fédéraux, de l'état et locaux applicables.

DÉFINITIONS :

1. **Période de demande** - Période pendant laquelle Adventist Health doit accepter et traiter une demande d'aide financière en vertu de sa politique d'aide financière soumise par un particulier, afin d'avoir fait des efforts raisonnables pour déterminer s'il est admissible à une aide financière en vertu de ladite politique. La période de demande commence à la date à laquelle les soins sont dispensés et se termine au plus tard le 240e jour suivant la date à laquelle le premier relevé de facturation après la sortie est émis, 12 mois après que le patient a réglé les services fournis, ou le 30e jour suivant la date à laquelle Adventist Health a adressé à la personne un avis écrit fixant un délai au-delà duquel des mesures de recouvrement extraordinaires peuvent être engagées.
2. **Soins caritatifs** - Soins gratuits dispensés lorsque le patient ou son garant n'est pas tenu de s'acquitter de sa part des frais pour les articles et services fournis par Adventist Health.
3. **Agences de recouvrement** - agences de recouvrement, acheteurs de dettes (tels que définis ci-dessous) ou autres cessionnaires de dettes qui ne sont pas une filiale ou affilié à Adventist Health.
4. **Acheteur de dettes**- Toute personne physique ou morale dont l'activité régulière consiste à racheter des dettes de consommation irrécouvrables à des fins de recouvrement, que ce soit en les recouvrant elle-même, en faisant appel à un tiers ou en mandatant un avocat pour un contentieux de recouvrement.

5. **Soins à prix réduit** - Une déduction du prix des services ou des articles accordée en échange d'un paiement en espèces, rapide ou anticipé, ou à certaines catégories de patients, par exemple les patients sans assurance.
6. **Action de recouvrement extraordinaire (Extraordinary Collection Action, ECA)** - Mesures prises par Adventist Health à l'encontre d'une personne en vue d'obtenir le paiement d'une facture de soins, impliquant notamment la vente de la dette d'un patient à une autre société à des fins de recouvrement, le report ou le refus de soins médicalement nécessaires, la saisie sur salaire, la constitution d'un privilège sur les biens immobiliers du patient, ou toute autre mesure nécessitant une procédure juridique ou judiciaire.
7. **Soins médicaux d'urgence** - Désigne les services et les soins d'urgence, tels que définis dans la politique de Adventist Health Emergency Medical Treatment et la Labor Act Policy (EMTALA) #AD-06-019-S.
8. **Dépenses de subsistance essentielles (Essential Living Expenses, ELE)** - Les dépenses suivantes sont considérées comme des dépenses de subsistance essentielles : loyer ou remboursement hypothécaire et entretien du logement, alimentation, fournitures ménagères, blanchisserie et nettoyage, services publics et téléphone, vêtements, frais médicaux et dentaires, assurances, frais de scolarité ou de garde d'enfants, pension alimentaire pour enfants ou conjoint, frais de transport et de véhicule, incluant assurance, carburant, réparations et mensualités, ainsi que toutes autres dépenses extraordinaires.
9. **Ménage** –
 - a. Une personne seule, ou des conjoints, des concubins, ou un parent et un enfant de moins de 18 ans vivant ensemble, et
 - b. toute autre personne dont la responsabilité financière est assumée par une personne seule, un conjoint, un concubin ou un parent.
10. **FAP** – La Politique d'aide financière d'Adventist Health.
11. **Déclaration de revenus fédérale** - Le ou les formulaires de l'Internal Revenue Service (IRS) utilisés pour déclarer les revenus imposables. Le formulaire de l'IRS doit être un exemplaire des formulaires signés et datés envoyés à l'IRS.
12. **Seuil fédéral de pauvreté (FPL)** - Les seuils de pauvreté mis à jour périodiquement dans le Federal Register par le département américain de la Santé et des Services sociaux, en vertu de son autorité légale.
13. **Aide financière** - Soins caritatifs et soins à prix réduit tels que définis dans politique d'aide financière (FAP) d'Adventist Health.
14. **Estimation de bonne foi** - estimation de la facture d'un patient pour les articles et services de santé fournis aux patients sans assurance ou sous-assurés, avant que ces articles ou services ne soient dispensés.
15. **Coûts médicaux élevés** - Définis comme l'un des éléments suivants :
 - a. Les frais annuels à la charge du patient, engagés dans un établissement Adventist Health, dépassant le moins élevé des deux montants suivants : dix pour cent (10 %) du revenu du ménage du patient ou le revenu du ménage au cours des 12 mois précédents.

- b. Les frais annuels à la charge du patient qui représentent plus de dix pour cent (10 %) du revenu du ménage, si le patient fournit des documents attestant des frais médicaux qu'il a payés, ou que sa famille a payés, au cours des 12 mois précédents.

16. **Revenus du ménage** - Revenus cumulés de tous les membres de la famille. Ces revenus comprennent notamment :

- a. Salaires bruts, traitements, pourboires, etc.
- b. Allocations chômage, indemnités d'accidents du travail, prestations de sécurité sociale, revenu de sécurité supplémentaire, aide sociale, allocations pour anciens combattants, prestations de survivants, pension ou revenu de retraite.
- c. Intérêts, dividendes, redevances, revenus locatifs, successions et fiducies, pension alimentaire pour conjoint, pension alimentaire pour enfants, aide financière extérieure au foyer et autres sources diverses.

17. **Dette médicale** – Toute obligation monétaire qu'un résident de cet État doit à Adventist Health pour le paiement de soins médicaux, qu'elle soit échue ou non, partiellement ou intégralement réglée. Sont concernés les traitements médicaux (autre que la chirurgie esthétique non requise pour la reconstruction à la suite d'un traumatisme, d'une blessure, d'une infection ou d'une maladie), les dispositifs ou fournitures médicaux (y compris les médicaments), les soins aux patients ou d'autres services ou produits médicaux.

18. **Médicalement nécessaire** - Un service est « médicalement nécessaire » ou constitue une « nécessité médicale » lorsqu'il est (a) nécessaire pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure, un état pathologique, ou les symptômes de ceux-ci, et (b) qu'il est conforme aux normes médicales reconnues.

19. **Frais à la charge du patient** - Toute dépense de soins médicaux non remboursée par une assurance ou un programme de couverture de santé, telle que les quotes-parts Medicare ou la participation aux coûts Medicaid.

20. **Services financiers pour les patients (Patient Financial Services - PFS)** - Service d'Adventist Health responsable de la facturation, de la perception et du traitement des paiements.

21. **Plan de paiement échelonné** - Série de versements effectués sur une période donnée pour s'acquitter des obligations financières du patient pour les articles et services fournis par Adventist Health.

22. **Patient sans assurance** - Patient ne bénéficiant d'aucune couverture par un tiers auprès d'un assureur maladie, d'un régime de soins de santé, de Medicare ou de Medicaid et dont le dommage corporel ne constitue pas un préjudice indemnisable au titre de l'indemnisation des accidents du travail, de l'assurance automobile ou de toute autre assurance, tel que déterminé et consigné par le médecin urgentiste. Les patients sans assurance peuvent inclure des patients bénéficiant de soins caritatifs.

23. **Couverture tierce** - Politique d'assurance ou autre couverture prépayée souscrite pour se protéger contre certains événements, comme l'assurance maladie, l'assurance automobile, l'assurance responsabilité civile générale, etc.

24. **Patient non assuré** - Patients n'ayant pas souscrit une assurance couvrant les services reçus.

25. **Patient sous-assuré**- Patient dont l'assurance ou tout autre couverture prépayée est insuffisante pour couvrir les services reçus.

DÉPARTEMENTS/SERVICES CONCERNÉS :

A. PFS, Finances

POLITIQUE : CONFORMITÉ – ÉLÉMENTS CLÉS

A. Facturation sans surprise

- a. Estimation de bonne foi : En vertu de la loi, les établissements de santé et les prestataires de soins sont tenus de fournir aux patients sans assurance une estimation de bonne foi pour les articles et services de santé avant que ceux-ci ne soient dispensés. Cela inclut les coûts connexes tels que les examens médicaux, les médicaments sur ordonnance, le matériel médical et les frais hospitaliers. Les patients peuvent également recevoir une estimation de bonne foi sur demande.
 - i. Pour les services programmés au moins 10 jours ouvrables à l'avance, l'estimation de bonne foi doit être fournie au plus tard 3 jours ouvrables après la prise de rendez-vous.
 - ii. Pour les services programmés au moins 3 jours ouvrables à l'avance, l'estimation de bonne foi doit être fournie au plus tard 1 jour ouvrable après la prise de rendez-vous.
 - iii. Si le patient reçoit une facture supérieure de 400 \$ à l'estimation de bonne foi reçue de cet établissement ou prestataire, il peut contester la facture.
- b. Avis et consentement : Lorsqu'un patient a le choix entre plusieurs prestataires et choisit de recevoir des soins auprès d'un établissement ou d'un prestataire hors réseau, ces derniers sont tenus de lui remettre un avis de facturation hors réseau et d'obtenir son consentement à la facturation du solde restant (« Avis et consentement »). Les patients hors réseau doivent recevoir et signer un formulaire d'avis et de consentement pour poursuivre leur traitement dans un établissement Adventist Health.
 - i. Si le service est programmé au moins 72 heures à l'avance, l'avis et le consentement doivent être remis au patient au moins 72 heures avant la prestation des soins.
 - ii. Si le service est programmé dans les 72 heures précédant la prestation, l'avis et le consentement doivent être remis le jour même de la prestation.
 - iii. Si le service est programmé le jour même, l'avis et le consentement doivent être remis dans les 3 heures précédant la prestation.
- c. Pour toute question ou information complémentaire sur le droit à une estimation de bonne foi, rendez-vous sur www.cms.gov/nosurprises/consumers, écrivez à FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov ou appelez le 1800-985-3059.

B. Procédure de facturation

- a. Facturation des tiers payeurs : Pour tous les patients disposant d'une assurance maladie, Adventist Health facturera le tiers payeur selon les informations fournies ou vérifiées par le patient dans les délais impartis.
- b. Facturation de la part patient aux patients assurés : Pour tous les patients disposant d'une assurance maladie, Adventist Health recouvre le montant à la charge du patient tel que calculé par le relevé explicatif des prestations (Explanation of Benefits, EOB) et conformément aux instructions du tiers payeur.
- c. Facturation des patients non assurés : Pour les patients non assurés, Adventist Health facture directement le patient.
- d. Remboursement par un tiers : Si le patient obtient un règlement, un jugement ou une indemnité dans le cadre d'un recours contre un tiers responsable comprenant le remboursement de soins de santé liés à la blessure, le patient ou son garant est tenu de rembourser à Adventist Health les soins de santé correspondants, dans la limite du montant raisonnablement alloué à cet effet.
- e. Demande de relevé détaillé : Tout patient peut demander un relevé détaillé de son compte à tout moment.

C. Informations et demande d'aide financière

- a. Adventist Health remettra un résumé de sa politique d'aide financière à tous les patients ayant reçu des soins dans un établissement hospitalier Adventist Health. Tous les patients facturés auront la possibilité de contacter Adventist Health pour s'informer sur l'aide financière disponible pour leur dossier. L'aide financière peut inclure des soins caritatifs, des soins à prix réduit ou d'autres programmes applicables.
- b. La politique et le formulaire de demande d'aide financière d'Adventist Health sont disponibles gratuitement auprès de tout bureau d'inscription hospitalier ou par téléphone au (844) 827-5047. Une présentation du programme d'aide financière d'Adventist Health, du programme de remises pour les cliniques de santé rurale, ainsi que les formulaires de demande correspondants sont disponibles sur la page [Adventist Health – Aide au paiement de votre facture](#). Le patient est éligible à une demande d'aide financière tout au long de la période de demande. Adventist Health veille à ce que la présente politique soit traduite dans chaque langue parlée par au moins 1 000 personnes ou cinq pour cent de la population résidant dans la zone desservie par chaque hôpital, soit interprétée dans d'autres langues et rendue accessible sous des formats alternatifs pour les personnes ayant une maîtrise limitée de l'anglais et aux personnes en situation de handicap.
- c. Adventist Health et les agences de recouvrement, acheteurs de dettes ou autres cessionnaires non affiliés à Adventist Health (les « agences de recouvrement ») ne doivent pas engager de procédures de recouvrement à l'encontre d'un patient qui cherche à bénéficier d'une aide financière au titre de la politique d'aide financière d'Adventist Health et tente de bonne foi de régler une facture en suspens en négociant un plan de paiement échelonné ou en effectuant des versements partiels réguliers d'un montant raisonnable.
- d. Si Adventist Health détermine que le patient est éligible à des soins caritatifs ou à des soins à prix réduit, Adventist Health n'utilisera les informations relatives aux revenus du patient

qu'aux seules fins de déterminer son éligibilité et le montant de sa dette. Adventist Health n'utilisera pas ces informations à des fins de recouvrement.

- e. Si le patient a déjà versé un montant supérieur à celui dû après la décision relative à l'aide financière, Adventist Health doit lui rembourser le trop-perçu.
- f. Les établissements d'Adventist Health cesseront leurs efforts de recouvrement lorsqu'un patient ou un garant est en train de faire une demande pour des programmes gouvernementaux tels que Medicaid/Medicaid. Cela inclut le temps nécessaire pour faire appel d'une décision d'admissibilité. Lorsque l'établissement confirme que le particulier n'est pas admissible à la couverture qu'il a demandée ou qu'il n'a pas coopéré en fournissant des renseignements, les efforts de recouvrement peuvent se poursuivre. Le non-respect des conditions d'éligibilité ou le manque de coopération doivent être bien documentés.
- g. Adventist Health et les agences de recouvrement suspendront toutes les activités de recouvrement pendant la durée de l'appel du patient concernant la décision d'aide financière. Adventist Health adressera au patient un avis écrit confirmant la réception de l'appel et l'informant de la suspension de toutes les activités de recouvrement. Si la décision finale rendue sur l'appel aboutit à un refus d'aide financière, l'hôpital doit informer le patient de la date à laquelle les activités de recouvrement suspendues reprendront.

D. Plans de paiement échelonné

- a. Adventist Health et ses agences de recouvrement proposeront aux patients non assurés et aux patients assurés supportant des frais médicaux élevés la possibilité de conclure un accord pour régler leur part de responsabilité et tout autre montant dû de manière échelonnée (« plan de paiement échelonné »).
- b. Modalités des plans de paiement échelonné : Adventist Health proposera également des plans de paiement échelonné aux patients qui déclarent ne pas être en mesure de s'acquitter de leur part en un seul versement. Le plan de paiement échelonné sera négocié entre les Services financiers aux patients d'Adventist Health et le patient, et pourra tenir compte du revenu du ménage du patient, de ses dépenses de subsistance essentielles et de la disponibilité d'un compte épargne santé détenu par le patient ou les membres de sa famille. Tous les plans de paiement échelonné sont sans intérêts.
- c. Résiliation d'un plan de paiement échelonné : Adventist Health peut déclarer un plan de paiement échelonné caduc lorsque le patient n'a pas effectué l'ensemble des versements consécutifs sur une période de 90 jours. Avant de déclarer le plan de paiement échelonné caduc, Adventist Health ou ses agences de recouvrement feront une tentative raisonnable de contacter le patient au dernier numéro de téléphone connu et lui adresseront un avis écrit à la dernière adresse connue pour l'informer que le plan est susceptible d'être résilié et lui offrir la possibilité de le renégocier. Adventist Health ou l'agence de recouvrement agissant en son nom tentera de renégocier le plan de paiement échelonné si le patient en fait la demande. Lorsqu'un plan de paiement échelonné est déclaré caduc et que plus de 120 jours se sont écoulés depuis la facturation initiale du patient, Adventist Health ou ses agences de recouvrement peuvent engager des actions de recouvrement extraordinaires (telles que définies ci-dessous).

E. Pratiques de recouvrement

- a. Conformément aux lois fédérales et étatiques applicables, et aux dispositions de la présente politique de facturation et de recouvrement, Adventist Health et ses agences de recouvrement peuvent mener des activités de recouvrement, notamment des actions de recouvrement extraordinaires, afin de recouvrer les soldes impayés des patients. Adventist Health et ses agences de recouvrement ne doivent pas engager de procédures de recouvrement à l'encontre d'un patient qui cherche à bénéficier d'une aide financière au titre de la politique d'aide financière d'Adventist Health pendant la période de demande et tente de bonne foi de régler une facture en suspens.
- b. Les actions de recouvrement extraordinaires (« ECAs ») incluent ce qui suit :
 - i. La vente de la dette d'un particulier à une autre partie, à l'exception de :
 - ii. Le report ou le refus de soins médicalement nécessaires (ne sont pas compris les soins médicaux d'urgence), ou l'exigence d'un paiement préalable à leur prestation, en raison du non-paiement d'une ou plusieurs factures pour des soins antérieurement dispensés et couverts par la politique d'aide financière d'Adventist Health ;
 - iii. Certaines mesures nécessitant une procédure juridique ou judiciaire telle que prévue par la loi fédérale, notamment certains privilèges, saisies immobilières, saisies conservatoires, actions civiles, soumission d'une personne à une ordonnance de saisie et saisie sur salaire.
- c. Les ECA n'incluent aucun privilège qu'un hôpital est en droit de faire valoir en vertu du droit de l'État sur le produit d'un jugement, d'un règlement ou d'un compromis dû à une personne (ou à son représentant) à la suite de blessures corporelles pour lesquelles l'hôpital a dispensé des soins. Au titre de la présente politique, les ECA n'incluent pas non plus le signalement du montant ou de l'existence d'une dette médicale à un organisme d'évaluation du crédit à la consommation. Adventist Health ne signalera aucune dette médicale due par un résident de cet État à un organisme d'évaluation du crédit à la consommation.
- d. Engagement des ECA : Après qu'au moins 120 jours se sont écoulés depuis l'envoi du premier relevé de facturation au patient et qu'Adventist Health a jugé le patient non éligible à une aide financière ou que le patient n'a pas répondu aux tentatives de facturation ou d'offre d'aide financière, Adventist Health peut transmettre la facture du patient à une agence de recouvrement pour engager des ECA afin de recouvrer les soldes impayés, à la discrétion du responsable financier de l'établissement ou de son/sa déléguée. Si Adventist Health regroupe les factures impayées d'un particulier pour plusieurs épisodes de soins avant d'initier des ECA pour obtenir le paiement de ces factures, elle s'abstiendra d'initier les ECA jusqu'à 120 jours après avoir fourni le premier relevé de facturation après la sortie pour la période de soins la plus récente incluse dans le regroupement. Si le patient a un appel en cours concernant la prise en charge de la ou des réclamations et a fait des efforts raisonnables pour informer Adventist Health de l'avancement de cet appel, Adventist Health attendra la décision rendue sur ledit appel avant de transmettre la facture impayée du patient à l'agence de recouvrement. Adventist Health n'engagera pas ou ne poursuivra pas d'ECA à l'encontre d'un patient qui cherche à bénéficier d'une aide financière pendant la période de demande au titre de la politique d'aide financière d'Adventist Health et qui tente de bonne foi de régler une facture en suspens.

e. Avis requis : Avant d'initier des ECA pour obtenir le paiement, Adventist Health doit adresser au patient un avis contenant les informations suivantes :

- i. la ou les dates de prestation des soins faisant l'objet de la facture cédée au recouvrement ou vendue ;
- ii. le nom de l'entité à laquelle la facture est cédée ou vendue ;
- iii. une mention indiquant au patient comment obtenir une facture détaillée auprès d'Adventist Health ;
- iv. le nom et le type de couverture médicale du patient figurant dans les dossiers de l'hôpital au moment des soins, ou une mention indiquant que l'hôpital ne dispose pas de ces informations ;
- v. un formulaire de demande d'aide financière d'Adventist Health ;
- vi. la ou les dates auxquelles le patient a été initialement informé de la possibilité de demander une aide financière, la ou les dates auxquelles un formulaire de demande lui a été transmis et, le cas échéant, la date à laquelle une décision a été rendue sur sa demande.

F. Agences de recouvrement

1. Adventist Health mènera les ECA nécessaires par l'intermédiaire d'une agence de recouvrement externe. Les agences de recouvrement qui recouvrent les factures impayées des patients pour le compte d'Adventist Health devront respecter les mêmes normes de recouvrement de dettes et se conformer à la présente politique de facturation et de recouvrement d'Adventist Health. Les agences de recouvrement qui recouvrent les factures impayées des patients pour le compte d'Adventist Health ne doivent signaler aucune dette médicale due par un résident de cet État à un organisme d'évaluation du crédit à la consommation.
2. Adventist Health évaluera les performances de chaque agence de recouvrement au moins une fois par an, notamment en tenant compte des réactions et réclamations des patients à leur égard. Adventist Health examinera et analysera les réclamations relatives aux activités des agences de recouvrement et apportera rapidement les corrections nécessaires en les consignant par écrit.
3. De plus, Adventist Health devrait obtenir au moins une fois par an des déclarations écrites de l'agence de recouvrement attestant qu'elle respecte les politiques d'Adventist Health et se conforme à l'ensemble des lois fédérales et étatiques.

G. Documentation

1. Demande d'aide financière confidentielle

H. Seuil fédéral de pauvreté

1. Voir 14754-Tableau de référence de l'aide financière Annexe A

ANNEXE A : SEUILS FÉDÉRAUX DE PAUVRETÉ 2024 (FPL)

NOTICE(S) :

PIÈCES JOINTES : [Formulaire de demande d'aide financière \(anglais\)](#)
[Formulaire de demande d'aide financière \(espagnol\)](#)
[Tableau de référence de l'aide financière Annexe A-E](#)
(RÉFÉRENCÉ PAR CE DOCUMENT) [Adventist Health vous aide à payer votre facture](#)

AUTRES DOCUMENTS : (QUI FONT RÉFÉRENCE À CE DOCUMENT)

LES RÈGLEMENTS FÉDÉRAUX :

ACCRÉDITATION :

CALIFORNIE : Aucune exigence spécifique de l'état n'a été notée. La politique de l'entreprise s'applique telle qu'elle est écrite.

HAWAÏ : Aucune exigence spécifique de l'état n'a été notée. La politique de l'entreprise s'applique telle qu'elle est écrite.

OREGON : Aucune exigence spécifique de l'état n'a été notée. La politique de l'entreprise s'applique telle qu'elle est écrite.

WASHINGTON : Aucune exigence spécifique de l'état n'a été notée. La politique de l'entreprise s'applique telle qu'elle est écrite.

RÉFÉRENCES :

SYSTÈME ADVENTIST HEALTH / RESPONSABLE DE LA POLITIQUE OUEST : Amy K Miller - Directrice de Revenu Cycle Compliance

RESPONSABLE DE LA POLITIQUE DE L'ENTITÉ : Non applicable

COLLABORATION : Cheryl A Brooksher - Directrice, Informatique décisionnelle
Colleen A Fiore - Analyste

d'application senior
Lori Esquivel - Directrice, Patient Access

APPROUVÉ PAR :

SYSTÈME ADVENTIST (14/03/2025) Nonclinical Policy Review Team - Revenue Cycle,
HEALTH/OUEST : (18/03/2025) Finance Council, (23/04/2025) AH System Board

SYSTÈME ADVENTIST
HEALTH/OUEST
INDIVIDUEL :

ENTITÉ : Non applicable

ENTITÉ Non applicable

INDIVIDUELLE

DATE DE RÉEXAMEN :

DATE DE RÉVISION : 24/04/2025

DATE DE PROCHAIN 23/04/2028

RÉEXAMEN :

PARCOURS Non clinique

D'APPROBATION :

Les exemplaires papier de ce document peuvent ne pas être à jour et ne doivent pas être utilisés à des fins officielles.

La version actuelle est dans Lucidoc à l'adresse

<https://www.lucidoc.com/api/auth/login?org=10528&returnto=%2Fcgi%2Fdoc-gw.pl%3Fref%3Dahrsvl%3A14803%240>.