Sutter Health	Date d'effet : 01/12/1998 Date de validation finale : 01/03/2007 Date de révision : 26/10/2015 Date de prochaine révision : 26/10/2018
	Propriétaire : Patrick McDermott, Vice-président, Cycle des ventes
	Domaine de réglementation : Finance
	Références : Services financiers des patients

POLITIQUE DE facturation et de recouvrement applicable aux établissements hospitaliers Sutter Health

OBJET

Cette politique a pour objet de fournir aux établissements hospitaliers Sutter Health des directives claires applicables à la gestion des fonctions de facturation et de recouvrement dans le respect des lois en vigueur.

POLITIQUE

Sutter Health a pour politique de facturer ses patients, ainsi que les éventuels tiers payants, de façon précise, opportune et conforme aux lois et réglementations en vigueur, y compris mais sans s'y limiter, l'article 127400 et suivants du California Health and Safety Code et les autres réglementations établies par le Département du Trésor des États-Unis en vertu de l'article 501(r) de l'Internal Revenue Code.

CHAMP D'APPLICATION

La présente politique s'applique à tous les établissements hospitaliers agréés et exploités par Sutter Health ou une Entité affiliée (selon la définition fournie dans les statuts de Sutter Health) et à tous les autres établissements hospitaliers se trouvant sous le contrôle de droit ou avec plus de 50 % de participation de Sutter Health et/ou d'une Entité affiliée, ci-après dénommés « Hôpital » ou « Hôpitaux Sutter Health »). La présente politique s'applique également à toutes les agences de recouvrement intervenant pour le compte d'un Hôpital. Sauf stipulation contraire, la présente politique ne s'applique pas aux médecins ni à aucun autre prestataire médical, y compris les médecins urgentistes, anesthésistes, radiologues, médecins hospitalistes, pathologistes, etc., dont les services ne figurent pas sur la facture d'un Hôpital. La présente politique n'impose pas à l'Hôpital de régler les services fournis par ces médecins ou autres prestataires médicaux. En Californie, tout médecin urgentiste qui fournit des services d'urgence au sein d'un établissement hospitalier est tenu d'accorder des remises aux patients non assurés ou encourant des frais médicaux élevés et dont le revenu est inférieur ou égal à 350 pourcent du seuil de pauvreté fédéral.

DÉFINITIONS

Mesure de recouvrement extraordinaire **:** une « Mesure de recouvrement extraordinaire » peut désigner les actions suivantes :

(i) Une mesure prise pour obtenir le règlement d'un Patient par le biais d'une procédure juridique ou judiciaire, y compris mais sans s'y limiter, l'engagement de poursuites ;

(ii) La reprise de la créance du Patient au près de l'Hôpital par un tiers, y compris mais sans s'y limiter, une Agence de recouvrement ;

(iii) La communication d'informations défavorables concernant un Patient auprès d'un organisme de communication du crédit à la consommation ou d'une agence d'évaluation du crédit ;

(iv) La saisie sur compte bancaire ;

(v) Une arrestation en lien avec le recouvrement d'une créance ;

(vi) La saisie du salaire ;

(vii) Le droit de rétention d'une résidence ou de tout autre bien personnel ou immobilier ;

(viii) La saisie de biens immobiliers ou personnels ;

(ix) L'ajournement ou le refus de dispenser les soins médicaux nécessaires en raison d'un solde débiteur concernant un/des services(e) précédent(s) ; ou

(x) L'obtention d'une ordonnance d'examen.

Les Mesures de recouvrement extraordinaires n'incluent pas la revendication ou le recouvrement au titre d'un droit de rétention revendiqué en vertu de l'article 3040 ou 3045 du Code civil. En outre, un dépôt de plainte dans le cadre d'une procédure de faillite n'est pas une Mesure de recouvrement extraordinaire.

Patient : le terme Patient désigne la personne qui bénéficie de services fournis au sein d'un Hôpital. Aux fins de la présente politique, le patient désigne également toute personne financièrement responsable des soins qui lui sont prodigués.

Politique d'assistance financière : la « Politique d'assistance financière » est la Politique de Sutter Health en matière d'assistance financière à l'hôpital (Soins bénévoles), qui définit le programme d'Assistance financière de Sutter Health, notamment les critères que les patients doivent remplir pour pouvoir prétendre à une assistance financière ainsi que la procédure à suivre par les Patients pour demander une Assistance financière.

Assistance financière : les termes « Assistance financière » désignent les Soins bénévoles complets et les Soins bénévoles à frais médicaux élevés » tels que définis dans la Politique de Sutter Health en matière d'assistance financière à l'hôpital (Soins bénévoles).

Langue principale de la zone de service de l'Hôpital : la « Langue principale de la zone de service de l'Hôpital » est la langue utilisé par au moins 1 000 personnes ou 5 % de la communauté qui bénéficie des soins proposés par l'Hôpital selon les conclusions de la dernière Évaluation des besoins de santé de la communauté réalisée par l'Hôpital.

Patient non assuré : un « Patient non assuré » ne dispose d'aucune source extérieure de paiement d'une partie de ses frais médicaux, y compris mais sans s'y limiter, une assurance commerciale ou autre, un programme de prestation de santé financé par le gouvernement ou une assurance de responsabilité civile, et inclut les patients dont les prestations au titre de toutes les sources potentielles de paiement ont été épuisées avant leur admission.

Patient assuré : un « Patient assuré » dispose d'une source extérieure de paiement d'une partie de ses frais médicaux.

Responsabilité du patient : la « Responsabilité du patient » désigne le montant qu'un Patient assuré est tenu de payer de sa poche une fois le montant des prestations du patient déterminé par la couverture tierce.

Agence de recouvrement : une « Agence de recouvrement » est une entité engagée par un Hôpital pour solliciter ou recouvrer les paiements auprès des Patients.

Frais facturés : Les « Frais facturés » correspondent aux montants non réduits habituellement facturés par un Hôpital pour certains articles et services.

PROCÉDURES

A. Facturation aux tiers payants

1. Obtention des informations de couverture : les Hôpitaux sont tenus de faire tout leur possible pour obtenir auprès des Patients les informations concernant la couverture complète ou partielle des services fournis au patient par l'Hôpital au titre d'une assurance ou d'un financement de santé public ou privé.

2. Facturation aux tiers payants : les Hôpitaux sont tenus de réclamer avec assiduité tous les montants à percevoir de tiers payants, y compris mais sans s'y limiter, les payeurs conventionnés ou non, les organismes d'indemnisation, les assureurs responsabilité et automobile ainsi que les organismes de prise en charge par le gouvernement susceptibles d'être financièrement responsables des soins d'un Patient. Sutter Health facturera les soins à tous les tiers payants concernés en fonction des informations fournies ou vérifiées par le Patient ou son représentant en temps requis.

3. Résolution des litiges avec les tiers payants : avant d'engager une procédure de contentieux ou d'arbitrage à l'encontre d'un tiers payant, les Hôpitaux sont tenus de consulter et de respecter la Politique d'engagement d'une procédure de contentieux ou d'arbitrage à l'encontre d'un tiers payant.

B. **Facturation aux patients :** dans chaque Hôpital, la personne en charge des finances, ou son délégué, devra donner aux Services partagés de Sutter Health le pouvoir de solliciter les sommes à percevoir auprès des Patients.

1. Facturation aux patients assurés : les Hôpitaux devront transmettre sans délai aux Patients assurés une facture indiquant le montant de la Responsabilité du patient calculé à l'aide de l'Explication des prestations (EOB) et ordonné par le tiers payant.

2. Facturation aux patients non assurés : les Hôpitaux devront transmettre sans délai aux Patients non assurés une facture concernant les articles et services fournis par l'Hôpital, et correspondant aux Frais facturés par l'Hôpital après déduction de la Remise des patients non assurés standard ou de la Remise des patients non assurés ruraux, comme suit :

   a. Remise des patients non assurés standard : 40 % de réduction sur les Frais facturés pour services aux patients hospitalisés et 20 % réduction sur les Frais facturés pour services aux patients externes.

   b. Remise des patients non assurés ruraux : 20 % de réduction sur les Frais facturés pour services aux patients hospitalisés et externes pris en charge dans des Hôpitaux en zone rurale. Les établissements Sutter Lakeside Hospital and Center for Health, Sutter Coast Hospital et Sutter Amador Hospital sont des hôpitaux de zone rurale.

   La Remise des patients non assurés ne s'applique pas aux patients bénéficiant d'une Assistance financière ou de services déjà soumis à une remise (par exemple, les offres de remise groupées pour les services esthétiques). Les tarifs à l'unité et au forfait ne doivent pas donner lieu à un montant à percevoir inférieur au montant qui aurait pu être anticipé par l'Hôpital si la Remise des patients non assurés avait été appliquée au Frais facturés pour les services.

3. Informations relatives à l'assistance financière : toutes les factures adressées aux Patients doivent inclure la Notification de droits jointe en Annexe A à la présente Politique, qui comporte une synthèse de l'Assistance financière mise à la disposition des Patients concernés.

4. Relevé détaillé : tous les patients peuvent à tout moment demander à recevoir un relevé détaillé de leur compte.

5. Remise pour règlement rapide **:** toutes les factures adressées aux patients doivent inclure les informations concernant la Remise pour règlement rapide. La Remise pour règlement rapide est une déduction supplémentaire sur la facture de l'Hôpital dont peuvent bénéficier les Patients non assurés qui s'acquittent rapidement de leur facture. La Remise pour règlement rapide est une réduction de 10 % du montant dû par un Patient non assuré intervenant après déduction de toutes les autres remises. Un Patient non assuré peut prétendre à cette remise si le règlement est opéré au moment de la prestation ou dans un délai de 30 jours civils suivant la date de première facturation au patient.

6. Litiges : tout patient peu contester un élément ou un montant figurant sur sa facture. Les patients peuvent engager une procédure de contentieux par écrit ou par téléphone auprès d'un représentant du service clients. Dans le cas où un patient sollicite des justificatifs concernant la facture, les membres du personnel feront tout leur possible pour communiquer les justificatifs demandés dans un délai de dix (10) jours. Les Hôpitaux mettront le compte en attente pendant au moins trente (30) jours après le début du contentieux avant d'engager une quelconque procédure de recouvrement complémentaire.

C. PRATIQUES DE RECOUVREMENT

1. Pratiques générales de recouvrement : Sous réserve de la présente Politique, les Hôpitaux peuvent mettre en œuvre des activités de recouvrement acceptables en vue d'obtenir un règlement de la part de Patients débiteurs. Les activités de recouvrement générales peuvent comprendre la communication des relevés du patient, le passage d'appels téléphoniques et le renvoi de relevés au patient ou au garant. Les Hôpitaux sont tenus de mettre en place des procédures garantissant un effort d'investigation et de rectification, le cas échéant, en vue de répondre aux questions et aux réclamations des patients, ainsi qu'un suivi opportun auprès du patient.

2. Interdiction applicable aux Mesures de recouvrement extraordinaires : les Hôpitaux et les Agences de recouvrement ne doivent **pas** prendre de Mesure de recouvrement extraordinaire pour tenter de recouvrer une somme auprès d'un Patient.

3. Absence de recouvrement pendant une procédure de demande d'assistance financière : les Hôpitaux et les Agences de recouvrement ne doivent pas chercher à recouvrer une somme auprès d'un Patient ayant déposé une demande d'Assistance financière et doivent restituer toute somme perçue de la part dudit Patient avant ou pendant la durée de traitement de la demande du patient.

4. Interdiction d'utiliser les informations issues d'une demande d'assistance financière : les Hôpitaux et les Agences de recouvrement ne doivent pas utiliser, dans le cadre d'activités de recouvrement, les informations fournies par un Patient pendant la procédure de demande d'Assistance financière. Aucun élément du présent article n'interdit l'utilisation des informations obtenues par l'Hôpital ou l'Agence de recouvrement indépendamment du processus d'éligibilité à l'Assistance financière.

5. Plans de paiement :

    i. Patients concernés : les Hôpitaux et les Agences de recouvrement agissant en leur nom sont tenus de proposer aux Patients non assurés, ainsi qu'à tous les Patients remplissant les critères pour bénéficier d'une Assistance financière, la possibilité de conclure un accord de paiement échelonné de leurs frais de Responsabilité du patient (pour les Patients assurés) et de tous les autres montants à échoir. Les Hôpitaux peuvent également mettre en place des plans de paiement pour les Patients assurés signalant une incapacité à régler le montant des frais de Responsabilité du patient en une seule fois.

    ii. Conditions des plans de paiement : tous les plans de paiement sont sans taux d'intérêt. Les Patients ont la possibilité de négocier les conditions du plan de paiement. Dans le cas où un Hôpital et un Patient ne parviennent pas à trouver un accord concernant les conditions du plan de paiement, l'Hôpital est tenu de prolonger l'option du plan de paiement permettant au Patient de procéder à un règlement mensuel correspondant au maximum à dix pour cent (10 %) du revenu familial mensuel du Patient, après déduction des frais de subsistance essentiels. Les termes « Frais de subsistance essentiels » désignent les dépenses engagées pour les motifs suivants : loyer ou paiement et entretien du domicile, provisions alimentaires et ménagères, services d'eau, d'électricité et de téléphonie, habillement, frais médicaux et dentaires, assurance, frais scolaires ou de garde d'enfants, pension alimentaire, frais de transport et de véhicule, y compris l'assurance, le carburant et les réparations, paiements échelonnés, entretien du linge et ménage, ainsi que toute autre dépense extraordinaire.

    iii. Déclaration du caractère inopérant du plan de paiement : un plan de paiement prolongé peut être déclaré inopérant dès lors que le Patient ne procède pas à tous les règlements consécutifs à verser pendant une période de 90 jours. Avant de déclarer inopérant le plan de paiement prolongé, l'Hôpital ou l'Agence de recouvrement doit faire tout son possible pour contacter le Patient par téléphone et lui signaler par écrit que le plan de paiement prolongé risque de prendre un caractère inopérant, en lui indiquant qu'il a la possibilité de renégocier ledit plan de paiement prolongé. Avant de déclarer inopérant le plan de paiement prolongé, l'Hôpital ou l'Agence de recouvrement doit tenter de renégocier les conditions du plan de paiement prolongé non respecté, si le patient le demande. Aux fins du présent article, la notification et l'appel téléphonique au patient peuvent être adressés aux dernières coordonnées connues du patient. Après la déclaration du caractère inopérant d'un plan de paiement, l'Hôpital ou l'Agence de recouvrement peut engager des activités de recouvrement dans le respect de la présente politique.

6. Agences de recouvrement : les Hôpitaux peuvent confier la gestion de leurs comptes patients à une Agence de recouvrement, sous réserve des conditions suivantes :

    i. L'Agence de recouvrement doit conclure un accord écrit avec l'Hôpital ;

    ii. L'accord écrit conclu par l'Hôpital et l'Agence de recouvrement doit stipuler que les fonctions de l'Agence de recouvrement doivent être exécutées dans le respect de la mission, de la vision et des valeurs fondamentales de Sutter Health, des conditions de la Politique d'assurance financière, de la présente Politique de facturation et de recouvrement, de l'Hospital Fair Pricing Act et du Health and Safety Code, articles 127400 à 127446 ;

    iii. L'Agence de recouvrement doit s'engager à ne pas prendre de Mesures de recouvrement extraordinaires pour recouvrer la créance d'un patient ;

iv. L'Hôpital est tenu de conserver la propriété de la créance (en d'autres termes, la créance ne doit pas être « cédée » à l'Agence de recouvrement) ;

v. L'Agence de recouvrement doit mettre en place des procédures d'identification des patients susceptibles de bénéficier d'une Assistance financière, communiquer à ces patients la disponibilité et les détails de la Politique d'assistance financière, et orienter les patients sollicitant une Assistance financière vers les Services financiers des patients de l'Hôpital, joignables au 855-398-1633 ou sur le site sutterhealth.org. L'Agence de recouvrement ne doit pas chercher à recouvrer une somme auprès d'un Patient ayant déposé une demande d'Assistance financière et doit restituer toute somme perçue de la part dudit patient avant ou pendant la durée de traitement de la demande du patient.

vi. Tous les tiers payants doivent avoir reçu une facture appropriée, le règlement d'un tiers payant ne doit pas être en attente et la créance en souffrance doit être de la responsabilité financière du patient. Une Agence de recouvrement ne doit pas facturer au patient les montants que le tiers payant est tenu de régler.

vii. L'Agence de recouvrement doit communiquer à chaque patient un exemplaire de l'Annexe A, la Notification de droits.

viii. Au moins 120 jours doivent s'être écoulés depuis le premier envoi de la facture de l'Hôpital au Patient.

ix. Le Patient ne doit pas être en cours de négociation d'un plan de paiement ou de règlement par versements partiels réguliers d'un montant raisonnable.

D. **Assurance de responsabilité civile**

Aucun des termes de la présente politique n'empêche les entités affiliées de l'Hôpital ou les agences de recouvrement tierces de solliciter une assurance de responsabilité civile dans le respect de la Politique relative aux droits de rétention de tiers.

RÉFÉRENCE[1]

Article 501 (r) de l'Internal Revenue Code

26 Code of Federal Regulations, articles 1.501(r)-1 à 1.501(r)-7

California Health and Safety Code, articles 124700 à 127446

La présente politique est destinée à être lue en parallèle de la Politique de facturation et de recouvrement de Sutter Health.

[1] Lorsque vous faites référence à d'autres politiques archivées dans PolicyStat, vous pouvez créer un lien hypertexte pour y accéder rapidement.

Annexe A -- Notification de droits

Merci d'avoir récemment choisi les services de Sutter Health. Veuillez trouver ci-joint un relevé des frais associés à votre séjour à l'hôpital, **à régler sans délai.** Pour prétendre à des remises, vous devez remplir certains critères financiers, présentés ci-après, ou procéder à un règlement rapide.

Merci de noter qu'il s'agit là d'une facture concernant uniquement les services hospitaliers. Certains frais supplémentaires pourront vous être facturés pour les services fournis par les médecins pendant votre séjour à l'hôpital, comme par exemple les notes d'honoraires des médecins et des éventuels anesthésistes, pathologistes, radiologues, ambulanciers ou autres professionnels médicaux non employés par l'hôpital. Le cas échéant, leurs services feront l'objet d'une facture séparée.

Résumé de vos droits : la législation fédérale et d'État exige des agents de recouvrement qu'ils vous réservent un traitement équitable et leur interdit d'émettre de fausses déclarations ou de proférer des menaces d'actes de violence, d'user d'un langage obscène ou grossier, ou encore de communiquer de façon inappropriée avec des tiers, y compris votre employeur. À l'exception de certaines circonstances exceptionnelles, les agents de recouvrement ne doivent pas vous contacter avant 8h00 ni après 21h00. De manière générale, un agent de recouvrement n'est pas autorisé à communiquer des informations concernant votre créance à un tiers autre que votre avocat ou votre conjoint. Un agent de recouvrement peut contacter un tiers afin de confirmer votre localisation ou de faire exécuter une décision judiciaire. Pour obtenir plus d'informations concernant les activités de recouvrement des créances, vous pouvez contacter la Federal Trade Commission par téléphone au 1-877-FTC-HELP (328-4357) ou en ligne sur le site www.ftc.gov.

Il se peut que des services de conseil en crédit à but non lucratif ainsi qu'une assistance au consommateur, fournis par des cabinets juridiques locaux, soient proposés dans votre région. Veuillez contacter le bureau des Services financiers des patients au 855-398-1633 pour obtenir des recommandations.

Sutter Health a conclu des accords avec plusieurs agences de recouvrement externes afin de recouvrer les paiements auprès des patients. Les Agences de recouvrement sont tenues de respecter les politiques en vigueur au sein de l'hôpital. Les Agences de recouvrement sont également tenues de reconnaître et d'adhérer aux éventuels plans de paiement convenus entre l'hôpital et le patient.

Assistance financière (Soins bénévoles) : Sutter Health s'engage à fournir une assistance financière aux patients à faibles revenus répondant aux critères d'éligibilité et aux patients ayant contracté une assurance exigeant d'eux qu'ils prennent en charge une partie considérable de leurs frais de santé. Sont résumées ci-après les conditions d'éligibilité à l'Assistance financière ainsi que la procédure de demande à suivre par les patients désireux de solliciter une Assistance financière. Les catégories de patients suivantes peuvent prétendre à une Assistance financière :

- Patients ne disposant pas d'une source de paiement tierce, telle qu'une compagnie d'assurance ou un programme gouvernemental, pour prendre en charge une partie de leurs frais médicaux **et** dont le revenu familial est inférieur ou égal à 400 % du seuil de pauvreté fédéral.
- Patients couverts par une assurance mais dont le (i) revenu familial est inférieur ou égal à 400 % du seuil de pauvreté fédéral ; **et** dont les (ii) frais médicaux engagés pour eux-mêmes ou les membres de leur famille (au sein d'une entité affiliée de l'hôpital ou versés à d'autres prestataires au cours des 12 derniers mois) sont supérieurs à 10 % du revenu familial du patient.
- Patients couverts par une assurance mais dont les prestations ont expiré avant ou pendant leur séjour à l'hôpital, et dont le revenu familial est inférieur ou égal à 400 % du seuil de pauvreté fédéral.

Vous pouvez solliciter une Assistance financière en remplissant le formulaire de demande disponible auprès des Services financiers des patients, situés au sein des départements Accès/enregistrement des patients de l'Hôpital, en appelant les Services financiers des patients au 855-398-1633 ou sur le site Web de Sutter Health ou de l'Hôpital (www.sutterhealth.org).Vous pouvez également soumettre une demande en sollicitant le conseil d'un représentant des Services financiers des patients qui vous aidera à compléter la demande.Pendant la procédure de demande, il vous sera demandé de communiquer des informations relatives au nombre de personnes qui composent votre famille, à vos revenus mensuels ainsi que d'autres informations qui permettront à l'hôpital de déterminer votre éligibilité à une Assistance financière.Il pourra vous être demandé de produire un bulletin de paye ou votre déclaration d'impôts afin d'aider Sutter à vérifier vos revenus.

Une fois la demande soumise, l'hôpital examinera les informations et vous signifiera par écrit votre statut d'éligibilité ou d'inéligibilité. Si des questions surviennent pendant la procédure de demande, vous pouvez contacter le bureau des Services financiers des patients au (855) 398-1633.

Si vous désapprouvez la décision de l'hôpital, vous pouvez communiquer votre contestation au bureau des Services financiers des patients.

Plusieurs exemplaires de la Politique d'assistance financière de cet Hôpital, du résumé en langage clair et du formulaire de demande, ainsi que des demandes d'adhésion aux programmes gouvernementaux, sont disponibles dans plusieurs langues et remis en mains propres auprès des bureaux de notre Service d'enregistrement des patients ou de nos Services financiers des patients, sur le site www.sutterhealth.org et par e-mail.Vous pourrez également obtenir un exemplaire de la Politique d'assistance financière en contactant le bureau de nos Services financiers des patients au 855-398-1633.

Conformément à l'Article 1.501(r)-5 de l'Internal Revenue Code, Sutter Health adopte la méthode prospective MediCare concernant les montants généralement facturés ; cependant, les patients éligibles à une assistance financière ne sont pas financièrement responsables de montants supérieurs aux montants généralement facturés car les patients éligibles ne règlent aucun frais.

Demandes en cours de traitement : si une demande a été soumise pour un autre programme de couverture santé simultanément à votre demande de soins bénévoles, aucune des deux demandes ne pourra faire obstacle à votre éligibilité à l'autre programme.

Assurance santé/Programme gouvernemental/Assistance financière : si vous bénéficiez d'une assurance santé, de prestations Medicare, Medi-Cal, California Children's Services, ou de toute autre source de paiement de cette facture, veuillez contacter les Services financiers des patients au 855-398-1633. Le cas échéant, les Services financiers des patients factureront vos soins à ces entités.

Si vous ne bénéficiez pas d'une assurance ou d'une couverture santé fournie par un programme gouvernemental tel que Medi-Cal ou Medicare, vous pouvez prétendre à une assistance aux programmes gouvernementaux. Les Services financiers des patients peuvent vous communiquer des formulaires de demande et vous assister dans l'exécution de la procédure de demande.

Si vous avez reçu une allocation d'Assistance financière octroyée par l'Hôpital qui, selon vous, couvre les services faisant l'objet de cette facture, veuillez contacter les Services financiers des patients au 855-398-1633.

Programme californien d'échange de prestations de santé : vous pouvez peut-être prétendre à une couverture santé au titre du programme Covered California. Contactez les Services commerciaux de l'hôpital pour obtenir plus de précisions et d'assistance concernant votre éligibilité à une couverture santé au titre du programme Covered California.

Coordonnées : les Services financiers des patients sont à votre disposition pour répondre à vos questions concernant votre facture d'hôpital ou si vous souhaitez solliciter une Assistance financière ou bénéficier d'un programme gouvernemental. Le numéro de téléphone est le 855-398-1633. Notre standard téléphonique est ouvert de 8h00 à 17h00, du lundi au vendredi.