

ASCENSION MID-MICHIGAN

(Ascension Genesys Hospital, Ascension St. Mary's Hospital, Ascension Standish Hospital, Ascension St. Joseph Hospital, Ascension Medical Group – Genesys & St. Mary's Providers and Ascension Mid-Michigan Covered Providers)

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO

7/1/2023

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Esta es la política de Ascension Mid-Michigan (la “Organización”) para garantizar una práctica justa en materia social para brindar atención de urgencia y otros cuidados médicamente necesarios en la organización de conformidad con su política de asistencia financiera (o FAP). Esta Política de facturación y cobro está diseñada específicamente para considerar las prácticas de facturación y cobro para los pacientes que necesitan recibir asistencia financiera y reciben atención en la Organización.

Todas las prácticas de facturación y cobro reflejarán nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la gestión. Los empleados y agentes de la Organización se comportarán de una manera que refleje las políticas y los valores de un centro patrocinado por el catolicismo, incluido el tratamiento de los pacientes y sus familias con dignidad, respeto y compasión.

Esta Política de facturación y cobro se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios que ofrece la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual empleados. La presente Política de Facturación y Cobro no se aplica a los arreglos de pago de la atención que no sea de “emergencia” y otra “atención médicamente necesaria” (tal como se definen esos términos en la FAP de la Organización).

DEFINICIONES

1. “**501(r)**” se refiere a la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y a los reglamentos promulgados en virtud de esta.
2. “**Acciones de Cobro Extraordinarias**” o “**ECA**” se refiere a cualquiera de las siguientes actividades de cobro que están sujetas a restricciones conforme a la 501(r):
 - a. Vender la deuda de un Paciente a otra parte, a menos que el comprador esté sujeto a determinadas restricciones según lo descrito a continuación.
 - b. Comunicar información adversa sobre el Paciente a agencias de información de créditos para el consumidor u oficinas de crédito.
 - c. Diferir, denegar o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de un Paciente de una o más facturas por atención provista previamente cubierta por la FAP.
 - d. Acciones que exigen un proceso legal o judicial, excepto los reclamos presentados en un proceso de quiebra o lesiones personales. Estas acciones incluyen, por ejemplo,
 - i. imponer un gravamen sobre la propiedad del Paciente,
 - ii. ejecutar una propiedad del Paciente,

- iii. imponer un gravamen o, de otro modo, confiscar la cuenta bancaria de un Paciente u otros bienes personales,
- iv. comenzar una acción civil contra un Paciente, y
- v. embargar el salario de un Paciente.

Una ECA no incluye nada de lo siguiente (incluso si los criterios para una ECA según lo antes establecido se cumplen en general de otro modo):

- a. la venta de la deuda de un Paciente si, antes de la venta, existe un acuerdo escrito legalmente vinculante con el comprador de la deuda, en virtud del cual
 - i. se le prohíbe participar en cualquier ECA para obtener el pago de la atención;
 - ii. se prohíbe al comprador que cobre intereses sobre la deuda en exceso de la tasa vigente conforme a la sección 6621(a)(2) del Código de Impuestos Internos en el momento de la venta de la deuda (u otra tasa de interés establecida mediante un aviso u otra directriz publicada en el Boletín de Impuestos Internos);
 - iii. la deuda puede devolverse a la Organización o puede ser recuperada por esta cuando la Organización o el comprador determinen que el Paciente es elegible para Asistencia financiera y
 - iv. el comprador debe observar los procedimientos especificados en el acuerdo que aseguren que el Paciente no paga, y no tiene obligación de pagar, al comprador y a la Organización juntos más de lo que es personalmente responsable de pagar conforme a la FAP si se determina que el Paciente es elegible para Asistencia financiera y la deuda no es devuelta a la Organización ni es recuperada por esta;
 - b. cualquier gravamen que la Organización tiene derecho a afirmar conforme a la ley estatal sobre los fondos de una sentencia, una conciliación o un compromiso adeudados a un Paciente como consecuencia de lesiones personales para las que la Organización proporcionó atención; o
 - c. la presentación de un reclamo en cualquier proceso de quiebra.
3. “FAP” significa la Política de Asistencia Financiera de la Organización, que es una política para brindar Asistencia Financiera a Pacientes elegibles para lograr la misión de la Organización y Ascension Health, y en cumplimiento con la 501(r).
4. **Solicitud de FAP** significa la Solicitud de Asistencia Financiera.
5. “Asistencia financiera” significa la asistencia que la Organización puede proporcionar a un Paciente conforme a la FAP de la Organización.
6. “Organización” significa Ascension Mid-Michigan. Para solicitar información adicional, enviar preguntas o comentarios o presentar una apelación, puede comunicarse con la oficina indicada a continuación o indicada en cualquier aviso o comunicación aplicable que reciba de la Organización:

**Ascension Mid-Michigan
3273 Solutions Center
Chicago, IL 60677-3002**

7. “**Paciente**” significa una persona que recibe atención (o que ha recibido atención) de la Organización y cualquier otra persona responsable financieramente de dicha atención (incluidos miembros de la familia y tutores).

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

La Organización mantiene un proceso ordenado para emitir periódicamente estados de cuenta de facturación por los servicios prestados a los Pacientes y para comunicarse con estos. En caso de que un Paciente no pague los servicios provistos por la Organización, ésta podrá iniciar acciones para obtener el pago, incluidos, entre otros, intentos de comunicación por teléfono, correo postal, correo electrónico y en persona. La Organización rara vez utiliza acciones de cobro extraordinarias, o ECA, para obtener un pago. No obstante, para garantizar que los recursos de la Organización sigan estando disponibles y dirigidos a aquellos Pacientes con necesidades económicas conforme a nuestra política de asistencia financiera (FAP), la Organización puede recurrir a las ECA en situaciones extremas, que incluyen con respecto a saldos o pagos que se relacionan con servicios electivos que no son de emergencia u otra atención médicamente necesaria, situaciones en las que un Paciente tiene recursos sustanciales (p. ej., un alto patrimonio neto) y se niega a pagar la cantidad adeudada, o cuando la Organización cree que la falta de pago constituye un abuso intencional de los términos de su FAP o de esta política. En esas situaciones extremas, la Organización podrá utilizar una o más ECA, sujeta a las provisiones y restricciones incluidas en esta Política de Facturación y Cobro. La Organización no utiliza las ECA para las cuentas que tienen un saldo restante debido a que solo han obtenido una ayuda financiera parcial en virtud de las FAP de la Organización o con respecto a los copagos o cuentas que han obtenido una ayuda financiera completa conforme a la FAP. El vicepresidente senior/director de ingresos de Ascension tiene la autoridad final para determinar que la Organización ha hecho un gran esfuerzo para determinar la elegibilidad de asistencia financiera y que existen situaciones extremas tales que la Organización puede participar en las ECA caso por caso.

De acuerdo con la 501(r), esta Política de Facturación y Cobro identifica el gran esfuerzo que la Organización ha realizado para determinar si un Paciente es elegible según la FAP para la asistencia financiera o si existen situaciones extremas que justifiquen recurrir a una ECA. Una vez que se determina que existe una circunstancia extrema y que el paciente no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera según la FAP, la Organización podrá proceder con una o más ECA, según se describe en el presente documento.

1. Procesamiento de la Solicitud de FAP. Salvo en los casos que se indican a continuación, un Paciente puede presentar una solicitud de FAP en cualquier momento con respecto a la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que reciba de la Organización. Las determinaciones de elegibilidad para Asistencia financiera se procesarán de acuerdo con las siguientes categorías generales.
 - a. Solicitudes de FAP completas. En caso de que un paciente presente una Solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud, la Organización, de manera oportuna, suspenderá cualquier ECA para obtener el pago para la atención, efectuará una determinación de elegibilidad y proporcionará una notificación escrita, según lo previsto a continuación.

- b. Determinaciones de elegibilidad presunta. Si se determina por presunción que un Paciente es elegible para recibir una ayuda inferior a la más alta disponible según la FAP, la Organización notificará al Paciente la base de la determinación y le dará un plazo razonable para solicitar una ayuda mayor.
 - c. Notificación y proceso cuando no se presenta una solicitud. A menos que se presente una Solicitud de FAP completa o se determine la elegibilidad conforme a los criterios de elegibilidad presunta de la FAP, la Organización se abstendrá de iniciar ECA durante al menos 120 días desde la fecha en la que se envía al Paciente el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta. En el caso de varios episodios de atención se podrán agregar estas disposiciones de notificación, en cuyo caso los plazos se basarían en el episodio más reciente de atención incluida en dicha incorporación. Antes de iniciar (1) o más ECA para obtener el pago de la atención de un Paciente que no ha presentado una solicitud FAP y antes de que se determine si las situaciones extremas justifican el uso de ECA, la Organización tomará las siguientes medidas.
 - i. Proporcionar al Paciente un aviso escrito en el que se indique la disponibilidad de Asistencia Financiera para los Pacientes elegibles, se identifiquen las ECA que se prevé tomar para obtener el pago por la atención y se establezca una fecha de vencimiento después de la cual pueden iniciarse dichas ECA que no sea antes de los 30 días posteriores a la fecha en la que se proporciona el aviso escrito;
 - ii. Proporcionar al Paciente el resumen en lenguaje simple de la FAP.
 - iii. Efectuar un esfuerzo razonable para notificar oralmente al Paciente sobre la FAP y el proceso de Solicitud de FAP.
 - d. Solicitudes de FAP incompletas. En el caso de un paciente que presenta una Solicitud de FAP incompleta, la Organización notificará al paciente por escrito sobre cómo completar la Solicitud de FAP y le dará treinta (30) días calendario para hacerlo. Se suspenderá cualquier ECA pendiente durante este tiempo y, en el aviso escrito, (i) se describirá la información o la documentación adicional necesaria conforme a la FAP o la Solicitud de FAP que se necesita para completar la solicitud, y (ii) se incluirá la información de contacto correspondiente.
2. Restricciones para diferir o denegar la atención. En una situación en la que la Organización tiene la intención de diferir o denegar, o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria, según lo definido en la FAP, debido a la falta de pago de un Paciente de una o más facturas por atención provista previamente cubierta por la FAP, se proporcionará al Paciente una Solicitud de FAP y un aviso escrito en el que se indique que se dispone de Asistencia financiera para los Pacientes elegibles.
3. Notificación de determinación.
- a. Determinaciones. Una vez que se recibe una Solicitud de FAP completa en la cuenta de un Paciente, la Organización evaluará la Solicitud de FAP para determinar la elegibilidad y notificar al Paciente por escrito la determinación final en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario. La notificación incluirá una determinación del pago del monto por el cual el Paciente será financieramente responsable. Si se deniega la Solicitud de FAP, se enviará un aviso en el que se explique el motivo de la denegación e instrucciones para la apelación o la reconsideración.

- b. Reembolsos. La Organización proporcionará un reembolso por el monto que haya pagado el Paciente por atención que supere el pago del monto del que es personalmente responsable conforme a la FAP, a menos que dicho monto en exceso sea menor que \$5.00.
 - c. Reversión de las ECA. En la medida que se determine que un Paciente es elegible para Asistencia financiera conforme a la FAP, la Organización tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el Paciente para obtener el pago por la atención. Dichas medidas razonablemente disponibles incluyen, en general, por ejemplo, medidas para desestimar cualquier sentencia contra el Paciente, levantar cualquier cargo o gravamen sobre los bienes del Paciente y eliminar del informe crediticio del Paciente cualquier información adversa que se informó a una agencia de información al consumidor u oficina de créditos.
4. Apelaciones. El Paciente puede apelar una denegación de elegibilidad para Asistencia financiera al proporcionar información adicional a la Organización en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones se examinarán por la Organización para una determinación final. Si la determinación final afirma la denegación previa de Asistencia Financiera, se enviará una notificación escrita al paciente.
5. Cobros. Tras la conclusión de los procedimientos anteriores (incluidos los grandes esfuerzos para determinar si un Paciente es elegible o no para recibir asistencia financiera según las FAP) y tras la determinación por parte de la Organización de que existen situaciones extremas que justifican el uso de las ECA, la Organización podrá proceder con las ECA contra Pacientes no asegurados y subasegurados con cuentas morosas, según lo determinado en los procedimientos de la Organización para establecer, procesar y supervisar las facturas y planes de pago de los Pacientes. Sujeta a las restricciones aquí identificadas, la Organización puede utilizar una agencia externa de cobro de deudas incobrables reconocida u otro proveedor de servicios para procesar las deudas incobrables, y dichas agencias o proveedores de servicios cumplirán con las disposiciones de 501(r) aplicables a terceros.