



*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

1.º de julio de 2021

POLÍTICA/PRINCIPIOS

La política de Ascension Mid-Michigan (en lo adelante la Organización) es garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia o médicamente necesaria en la Organización conforme a su Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, 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 todas las atenciones de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesaria que ofrece la Organización, incluidos los servicios médicos y de salud conductual contratados. La presente Política de Facturación y Cobro no rige los convenios de pago de la atención médica que no sea de "emergencia" y otro tipo de "atención médicamente necesaria" (en función de la definición de esos términos en la FAP de la Organización).

DEFINICIONES

1. **501(r)** se refiere al artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos y sus reglamentos.
2. **Acción de Cobro Extraordinaria (Extraordinary Collections Actions, ECA)** significa cualquiera de las siguientes actividades de cobro que están sujetas a restricciones conforme a 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. Proveer 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 por parte 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 de 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 conforme al cual
 - i. se prohíbe al comprador participar en cualquier ECA para obtener el pago por la atención;
 - ii. se prohíbe al comprador que cobre intereses sobre la deuda en exceso de la tasa vigente conforme al artículo 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 ser devuelta 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, ningún monto superior al que es personalmente responsable de pagar conforme a la FAP si se determina que el Paciente es elegible para la Asistencia Financiera y la deuda no es devuelta a la Organización ni es recuperada por esta;
 - b. cualquier gravamen que la Organización tenga derecho a hacer valer conforme a la ley estatal por medio 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 de Ascension Health, y en cumplimiento con 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.



Anexo A

6. **Organización** se refiere a 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 correspondiente que reciba de la Organización:

Oficina de Servicios Financieros para el Paciente
Ascension Mid-Michigan CFO
One Genesys Parkway
Grand Blanc, Michigan 48439

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 a los Pacientes por los servicios prestados y para comunicarse con los Pacientes. En caso de falta de pago de un Paciente por los servicios prestados por la Organización, esta puede tomar medidas para la obtención del mismo, incluso, por ejemplo, realizar intentos para comunicarse por teléfono, correo electrónico y en persona, y una o más ECA, conforme a las disposiciones y restricciones incluidas en esta Política de Facturación y Cobro.

El Departamento del Ciclo de Ingresos tiene la plena autoridad para establecer que la Organización ha dispuesto lo necesario para determinar la elegibilidad de la Asistencia Financiera y que la Organización se puede comprometer con las ECA.

De acuerdo con 501(r), esta Política de Facturación y Cobro identifica los esfuerzos razonables que debe emprender la Organización para determinar si un Paciente es elegible conforme a su FAP para Asistencia Financiera antes de participar en una Acción de Cobro Extraordinaria (ECA). Una vez efectuada una determinación, la Organización puede proceder con una o más ECA, según lo aquí descrito.

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 cuando se trate de una emergencia o de otro tipo de atención médica necesaria prestada por 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, la Organización, de manera oportuna, suspenderá cualquier ECA para obtener el pago para la atención, efectuará una determinación de elegibilidad y proporcionará una notificación por escrito, según lo previsto más adelante.
 - b. **Determinaciones de elegibilidad presunta.** Si se determina que un Paciente es considerado elegible para recibir una asistencia inferior a la máxima disponible conforme a la FAP, la

Organización notificará al paciente de los motivos de la determinación y le dará un plazo razonable para solicitar una asistencia más favorable antes de iniciar una ECA.

- c. Aviso 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 una 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 basarán en el episodio más reciente de atención incluida en dicha incorporación. Antes de iniciar una (1) o más ECA para obtener el pago por atención de un Paciente que no ha presentado una Solicitud de FAP, la Organización tomará las siguientes medidas:
 - i. Proporcionarle al Paciente un aviso por 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 se pueden iniciar dichas ECA que no sea antes de los 30 días posteriores a la fecha en la que se proporciona el aviso por escrito.
 - ii. Proporcionarle al Paciente el resumen de la FAP en palabras sencillas.
 - iii. Efectuar un esfuerzo razonable para notificarle 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 presente una Solicitud de FAP incompleta, la Organización le notificará 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 por escrito, (i) se describirá la información o la documentación adicional necesaria conforme a la FAP o a 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 tenga la intención de diferir o denegar o exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria, tal como se definen 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 le proporcionará al Paciente una Solicitud de FAP y un aviso por escrito en el que se indique que se dispone de Asistencia Financiera para Pacientes elegibles.
3. Notificación de determinación.
- a. Determinaciones. Una vez que se reciba una Solicitud de FAP en la cuenta de un Paciente, la Organización evaluará la Solicitud de FAP para determinar la elegibilidad y notificarle 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. En caso de que la solicitud de FAP sea negada, 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 este es personalmente responsable conforme a la FAP, a menos que dicho monto excedente sea menor que USD 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 dio a una agencia de información al consumidor o a una 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 serán examinadas 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. Una vez concluidos los procedimientos anteriores, la Organización puede proceder con una ECA contra Pacientes no asegurados y con seguro insuficiente con cuentas morosas, según se determine en los procedimientos de la Organización para establecer, procesar y hacer seguimiento de facturas y planes de pago del Paciente. Sujeta a las restricciones aquí identificadas, la Organización puede utilizar una agencia externa reconocida de cobro de deudas incobrables u otro proveedor de servicios para procesar las deudas incobrables, y dichas agencias o proveedores de servicios cumplirán con las disposiciones de 501(r) que corresponden a terceros.