



POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA de MyMichigan Medical Center Saginaw, MyMichigan Medical Center Towne Center, MyMichigan Medical Center Standish, MyMichigan Medical Center Tawas, MyMichigan Medical Group

Julio de 2024

POLÍTICA Y PRINCIPIOS

La política de las organizaciones que figuran a continuación de este párrafo (cada una de ellas parte de la "Organización"), es garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de urgencia y otros tipos de atención médicamente necesaria en los centros de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera para los pacientes que la necesitan y reciben atención médica de la Organización. Esta política se aplica en cada una de las siguientes Organizaciones dentro de las áreas de MyMichigan Medical Center Mid-Michigan Market, MyMichigan Medical Center Saginaw, MyMichigan Medical Center Towne Center, MyMichigan Medical Center Standish, MyMichigan Medical Center Tawas y MyMichigan Medical Group:

1. Toda asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana de cada persona y el bien común, nuestra consideración especial y solidaridad con las personas que viven en condiciones de pobreza y otras personas vulnerables, así como nuestro compromiso con una distribución de costos equitativa y la administración de recursos.
2. Esta política se aplica a todo tipo de atención de urgencia y otra atención médicamente necesaria que proporciona la Organización, incluso a los servicios de médicos contratados y de salud conductual. Esta política no se aplica a los cargos por atención que no sea de emergencia o médicamente necesaria.

La Lista de proveedores con la cobertura de la Política de Asistencia Financiera incluye a todos los proveedores que prestan servicios médicos en las instalaciones de la Organización y especifica cuáles cubre esta política y cuáles no. "501(r)" se refiere a la Sección 501(r) de la Ley del Impuesto sobre la Renta y los reglamentos promulgados en virtud de la misma.

"Importe generalmente facturado" o "AGB" se refiere, con respecto a la atención de urgencia y otra atención médicamente necesaria, al importe generalmente facturado a las personas que tienen un seguro que cubre la atención médica.

DEFINICIONES

Para los fines de esta política, se establecen las siguientes definiciones:

"501(r)" se refiere a la Sección 501(r) de la Ley del Impuesto sobre la Renta y los reglamentos promulgados en virtud de la misma.

"Importe generalmente facturado" o "AGB" se refiere, con respecto a la atención de urgencia y otra atención médicamente necesaria, al importe generalmente facturado a las personas que tienen un seguro que cubre la atención médica.

- "Comunidad" se refiere a los pacientes que residen en el área geográfica de servicio identificada en la Evaluación de las Necesidades Médicas de la Comunidad e incluye las siguientes áreas:

Comunidad de MyMichigan Medical Center			
Área de servicio por condado			
Alcona	Gladwin	Midland	Shiawassee
Arenac	Gratiot	Oakland	Tuscola
Bay	Iosco	Ogemaw	
Genesee	Lapeer	Saginaw	

También se considerará que un Paciente es miembro de la Comunidad de la Organización si la atención de emergencia y médicamente necesaria que el Paciente requiere es la continuidad de la atención de emergencia y médicamente necesaria recibida en otro centro de MyMichigan Medical Center donde el Paciente haya calificado para recibir asistencia financiera para dicha atención de emergencia y médicamente necesaria.

"Atención de urgencia" se refiere a la atención para tratar una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluso el dolor intenso) como para que la falta de atención médica inmediata pueda provocar un deterioro grave de las funciones corporales, una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o ponga en grave peligro la salud de la persona].

"Atención médicamente necesaria" se refiere a la atención que es (1) apropiada, indicada y esencial para la prevención, diagnóstico o tratamiento de la afección de un Paciente; (2) el tratamiento o nivel de servicio más apropiado para la afección del Paciente que se puede proporcionar de forma segura.

"Organización" se refiere a las instalaciones y proveedores de MyMichigan Medical Center.

"Paciente" se refiere a las personas que reciben atención de urgencia y otra atención médicamente necesaria por la Organización y a la persona económicamente responsable por la atención médica que recibe el paciente.

- (3) no se proporciona, esencialmente, para conveniencia del Paciente, su familia, médico o cuidador; y (4) es más probable que resulte en un beneficio para el Paciente y no en un perjuicio. Para que la atención médica programada en el futuro sea "atención médicamente necesaria", la atención y la fecha y hora de la misma las tiene que aprobar el Director médico de la Organización (o la persona designada). La determinación de la atención como médicamente necesaria la debe tomar un proveedor autorizado que esté proporcionando atención médica al Paciente y, a discreción de la Organización, por el médico que admite al Paciente, el médico que lo remite y/o el director médico u otro médico que lleve a cabo la evaluación (según el tipo de atención médica que se recomiende). En caso de que el médico que hace la evaluación determine que la atención médica solicitada por un Paciente cubierto por esta póliza no es médicamente necesaria, la determinación también la debe confirmar el médico que admite o remite al Paciente.

Asistencia financiera provista

La asistencia financiera descrita en esta sección se limita a los pacientes que viven dentro de la Comunidad:

- Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de Asistencia Financiera, los Pacientes con ingresos menores o equivalentes al 250% de los ingresos del nivel federal de pobreza ("FPL", por sus siglas en inglés), serán elegibles para recibir el 100% por atención de beneficencia sobre la porción de los cargos por servicios que el Paciente es responsable de pagar después del pago recibido del seguro, si lo hubiera, si se determina que dicho Paciente es elegible de acuerdo con la puntuación presunta (descrita en el Párrafo 5 a continuación) o presenta una solicitud de asistencia financiera (una "Solicitud") en la fecha, o antes, de que se cumplan 240 días después de la primera factura de alta del Paciente y la Organización apruebe la Solicitud. El Paciente podrá ser elegible para recibir asistencia financiera de hasta el 100% si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces la cantidad de asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo pendiente del Paciente después de tomar en cuenta cualquier pago ya abonado a la cuenta del Paciente. A los pacientes que sean elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará más de los cargos calculados como importe generalmente facturado.
- Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de Asistencia Financiera, los Pacientes con ingresos superiores al 250% del nivel federal de pobreza que no exceda el 400% del mismo recibirán un descuento basado en la escala de tarifas móviles sobre la porción de los cargos por servicios por los cuales el Paciente es responsable después del pago por parte de un seguro, si lo hubiera, si el Paciente presenta una Solicitud en la fecha, o antes, de que se cumplan 240 días después de la primera factura de alta del Paciente y la Organización apruebe la Solicitud. El Paciente podrá ser elegible para recibir asistencia financiera basada en la escala de tarifas móviles si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces la cantidad de asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo pendiente del Paciente después de tomar en cuenta cualquier pago ya abonado a la cuenta del Paciente. A los pacientes que sean elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará más de los cargos calculados como importe generalmente facturado. Los descuentos de la escala de tarifas móviles son los siguientes:

MyMichigan Medical Center Saginaw / MyMichigan Medical Center Towne Center / MyMichigan Medical Group

Los pacientes entre el 251% y el 275% del FPL recibirán un 95% de asistencia.
Los pacientes entre el 276% y el 300% del FPL recibirán un 90% de asistencia.
Los pacientes entre el 301% y el 350% del FPL recibirán un 85% de asistencia.
Los pacientes entre el 351% y el 375% del FPL recibirán un 80% de asistencia.
Los pacientes entre el 376% y el 400% del FPL recibirán un 71% de asistencia.

MyMichigan Medical Center Standish

Los pacientes entre el 251% y el 275% del FPL recibirán un 90% de asistencia.
Los pacientes entre el 276% y el 300% del FPL recibirán un 80% de asistencia.
Los pacientes entre el 301% y el 350% del FPL recibirán un 70% de asistencia.
Los pacientes entre el 351% y el 375% del FPL recibirán un 60% de asistencia.
Los pacientes entre el 376% y el 400% del FPL recibirán un 52% de asistencia.

MyMichigan Medical Center Tawas

Los pacientes entre el 251% y el 275% del FPL recibirán un 95% de asistencia.
Los pacientes entre el 276% y el 300% del FPL recibirán un 85% de asistencia.
Los pacientes entre el 301% y el 350% del FPL recibirán un 75% de asistencia.
Los pacientes entre el 351% y el 375% del FPL recibirán un 65% de asistencia.
Los pacientes entre el 376% y el 400% del FPL recibirán un 27% de asistencia.

3. Sujeto a las demás disposiciones de esta Política de asistencia financiera, un Paciente con ingresos superiores al 400% del nivel federal de pobreza puede ser elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con una "Evaluación de recursos" para obtener cierta cantidad de descuento en los cargos al Paciente por servicios de la Organización, con base en la deuda médica total del Paciente. Un paciente será elegible para recibir asistencia financiera conforme a la Evaluación de recursos si la deuda total de gastos médicos del paciente es excesiva e incluye la deuda con MyMichigan Medical Center y cualquier otro proveedor de atención médica por atención de urgencia y otro tipo de atención médicamente necesaria, y la deuda sea igual o mayor al ingreso bruto de las personas que viven en la casa del paciente. El nivel de asistencia financiera que se otorga conforme a la Evaluación de recursos es el mismo que se otorga a un paciente con ingresos iguales al 400% del nivel federal de pobreza según el Párrafo 2 anterior, si el Paciente presenta una Solicitud en la fecha, o antes, de que se cumplan 240 días después de la primera factura de alta del Paciente y la Organización apruebe la Solicitud. El Paciente podrá ser elegible para recibir asistencia financiera basada en la Evaluación de recursos si presenta la Solicitud después de los 240 días posteriores a la primera factura de alta del Paciente, pero entonces la cantidad de asistencia financiera disponible para un Paciente en esta categoría se limitará al saldo pendiente del Paciente después de tomar en cuenta cualquier pago ya abonado a la cuenta del Paciente. A los pacientes que sean elegibles para esta categoría de asistencia financiera no se les cobrará más de los cargos calculados como importe generalmente facturado.
4. Un Paciente podría no ser elegible para recibir asistencia financiera como se describe en los Párrafos 1 al 3 anteriores si, conforme a los resultados de una "Evaluación de bienes", se considera que el Paciente tiene bienes suficientes para pagar. La Evaluación de bienes implica una evaluación exhaustiva de la capacidad de pago de un Paciente, la cual se basa en las categorías de valor cuantificado de bienes de la Solicitud del Programa de Asistencia Financiera. Un Paciente con tipos de bienes cuyas cantidades superen el 250% del nivel federal de pobreza, no será elegible para recibir asistencia financiera.
5. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se puede determinar en cualquier punto del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de puntuación presunta para un Paciente con suficiente saldo sin pagar, dentro de los primeros 240 días después de la primera factura de alta del Paciente para determinar la elegibilidad para recibir el 100% por atención de beneficencia sin importar que el Paciente no haya presentado una solicitud de asistencia financiera con datos completos ("Solicitud del Programa de Asistencia Financiera"). Si al Paciente se le otorga el 100% por atención de beneficencia sin que haya presentado una Solicitud del Programa de Asistencia Financiera con datos completos y sólo mediante una puntuación presunta, la cantidad de asistencia financiera para la que el Paciente es elegible se limita al saldo sin pagar del Paciente después de tomar en cuenta cualquier pago ya abonado a la cuenta del Paciente. Una

determinación de elegibilidad basada en una puntuación presunta sólo corresponde al caso de atención médica al cual se aplica la puntuación presunta.

6. Para un Paciente que tiene ciertos planes de seguro que consideran a la Organización como "fuera de la red", la Organización puede reducir o negar la asistencia financiera que de otro modo estaría disponible para el Paciente basándose en una revisión de la información del seguro del Paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
7. A los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera se les podría hacer un cargo de una tarifa nominal fija de hasta \$50.00 (consultar la Tabla de copagos para asistencia financiera a continuación)

Tipo de servicio de atención médica	Copago del Programa de Asistencia Financiera
<i>Hospitalización o urgencias</i>	\$50.00
<i>Cirugía y/o tratamientos ambulatorios</i>	\$25.00
<i>Servicios ambulatorios de diagnóstico</i>	\$10.00

8. El Paciente puede apelar cualquier negación de elegibilidad para recibir asistencia financiera, proporcionando información adicional a la Organización dentro de los catorce (14) días naturales siguientes después de recibir la notificación de la negación. La Organización hará una revisión de todas las apelaciones para tomar una determinación final. Si la determinación final confirma la negación previa para recibir asistencia financiera, se le enviará al Paciente una notificación por escrito. El proceso para que los pacientes y sus familias apelen las decisiones de la Organización relativas a la elegibilidad para recibir asistencia financiera es el siguiente:
 - El formulario de la Solicitud de apelación se incluye con todas las Cartas de notificación de negación de elegibilidad y de Aprobación parcial del Programa de Asistencia Financiera.
 - Los pacientes que soliciten la reconsideración de la determinación de elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera deben llenar el formulario de Solicitud de apelación y enviarlo por correo o entregarlo en la dirección que aparece en la parte inferior del formulario.
 - El comité de apelaciones de asistencia financiera de la Organización tomará en consideración todas las apelaciones, y las decisiones del comité se enviarán por escrito al Paciente o familia que haya presentado la apelación.

Otros tipos de asistencia para pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, según lo descrito anteriormente, aún pueden calificar para recibir otros tipos de asistencia que ofrece la Organización. En interés de la equidad, se incluyen aquí los siguientes tipos de asistencia que aunque no están basados en las necesidades y tampoco están destinados a estar sujetos a la Sección 501(r) se incluyen para conveniencia de la comunidad a la cual presta servicios la Organización.

1. Los pacientes que no tengan seguro y no sean elegibles para recibir asistencia financiera recibirán un descuento basado en el descuento que se otorga al seguro (el pagador) que paga más a esa Organización. El pagador que más pague debe representar al menos el 3% de la población de la Organización, lo cual se calcula por el volumen o los ingresos brutos de los pacientes. Si un solo seguro no representa este nivel mínimo de volumen, se debe promediar

más de un contrato de seguro de manera que las condiciones de pago que se utilicen para promediar representen al menos el 3% del volumen de negocio de la Organización para ese año en específico.

2. Los pacientes asegurados y no asegurados que no son elegibles para recibir asistencia financiera pueden recibir un descuento por pronto pago. También podría otorgarse el descuento por pronto pago además del descuento por falta de seguro que se describe en el párrafo anterior.

Limitaciones en los cargos para los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

A los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará individualmente más del importe generalmente facturado por la atención de urgencia y otra atención médicamente necesaria y no más del importe bruto de los cargos por el resto de la atención médica. La Organización calcula uno o varios porcentajes del importe generalmente pagado utilizando el método de referencia basado en reclamaciones anteriores pagadas al hospital (método "*look-back*"), incluyendo el pago por servicio de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privadas que pagan reclamaciones a la Organización, todo de conformidad con la Sección 501(r). Usted puede obtener una copia gratuita de los detalles del cálculo de los porcentajes del importe generalmente pagado en el sitio web de la Organización o comunicándose con cualquiera de los siguientes departamentos u oficinas del hospital: Servicio al cliente, Asesor financiero, Cajero, Oficina de proveedores cubiertos.

Cómo solicitar asistencia financiera y otro tipo de asistencia

Un Paciente podría calificar para recibir asistencia financiera a través de la elegibilidad basada en la puntuación presunta o solicitando asistencia financiera presentando una Solicitud del Programa de Asistencia Financiera con los datos completos. La solicitud del Programa de Asistencia Financiera y las instrucciones para llenarla están disponibles en el sitio web de la Organización o comunicándose con cualquiera de los siguientes departamentos u oficinas del hospital: Servicio al cliente, Asesor financiero, Cajero, Oficina de proveedores cubiertos. La Organización requiere que las personas sin seguro trabajen con un asesor financiero para solicitar Medicaid o la ayuda de otros programas de asistencia pública para los cuales se considere que el paciente es potencialmente elegible con el fin de calificar para recibir asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado mediante puntuación presunta). A un Paciente se le puede negar la asistencia financiera si proporciona información falsa en una Solicitud del Programa de Asistencia Financiera o en relación con el proceso de elegibilidad a través de puntuación presunta, si el paciente se niega a asignar los beneficios del seguro o el derecho a recibir el pago directamente de una compañía de seguros que pueda tener la obligación de pagar por la atención médica prestada, o si el paciente se niega a trabajar con un asesor financiero para solicitar Medicaid o la ayuda de otros programas de asistencia pública para los cuales se considere que el paciente es potencialmente elegible con el fin de calificar para recibir asistencia financiera (excepto cuando sea elegible y aprobado mediante puntuación presunta). La Organización podría tomar en cuenta una Solicitud del Programa de Asistencia Financiera con los datos completos que se haya recibido antes de seis meses de cualquier fecha de determinación de elegibilidad para tomar una determinación sobre la elegibilidad aplicable un caso reciente de atención médica. La Organización no tomará en cuenta una Solicitud del Programa de Asistencia Financiera con datos completos que se haya presentado más de seis meses antes de cualquier fecha en que se determine la elegibilidad.

Facturación y cobros

Las medidas que la Organización puede tomar en caso de incumplimiento de pago se describen aparte, en la política de facturación y cobros. Usted puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobros en el sitio web de la Organización o comunicándose con cualquiera de los siguientes departamentos u oficinas del hospital: Servicio al cliente, Asesor financiero, Cajero, Oficina de proveedores cubiertos.

Interpretación

Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, tiene por objeto cumplir con lo establecido en la Sección 501(r) y se deberá interpretar y aplicar conforme a esta normativa, excepto donde se indique específicamente.