



Extraordinary care for every generation.

Titre de la politique : Politique d'assistance financière
Type de politique : Droits et éthique organisationnelle
Numéro de la politique : AP.130

Directeur des opérations : Directeurs du cycle des recettes
Propriétaire de la politique : Directeur du cycle des recettes

Dernière date d'approbation : avril 2025

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

Objectif : Le Covenant Medical Center (Covenant) s'engage à fournir une assistance financière aux patients qui ont besoin de soins de santé et qui ne sont pas assurés, insuffisamment assurés, qui ne sont pas éligibles aux programmes gouvernementaux et qui ne sont pas en mesure de payer leurs soins médicaux en raison de leur situation financière. Covenant veut s'assurer que la situation financière des personnes ne les empêche pas de rechercher ou de recevoir les services de soins de santé dont elles ont besoin. Covenant fournira, sans discrimination, des soins médicaux d'urgence à toutes les personnes, quelle que soit leur capacité à payer. Sur la base de cette politique d'assistance financière et des conditions requises, Covenant travaillera avec les patients qui ne sont pas en mesure de payer et qui ne sont pas éligibles à une aide financière extérieure ou à des programmes gouvernementaux de soins de santé.

Champ

d'application : toutes les installations de l'Alliance. Les installations comprennent les campus Covenant Cooper, Harrison et Mackinaw, le groupe médical Covenant, les bureaux MedExpress et le Mary Free Bed at Covenant. Voir l'annexe C pour des informations sur les prestataires non salariés.

Politique : Une assistance financière sera proposée aux patients qui remplissent les conditions requises, en fonction de leur incapacité à payer, conformément aux directives fédérales en matière de pauvreté qui répondent aux critères énoncés dans la présente politique. L'aide financière n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité personnelle. Les patients qui sollicitent une aide financière sont tenus de coopérer avec les exigences de Covenant pour bénéficier de l'aide financière. Actions incluant, mais sans s'y limiter, le fait de remplir des demandes pour d'autres options de couverture, de remplir le formulaire de demande d'assistance financière et de contribuer au coût de leurs soins en fonction

de leur capacité à payer. Cette politique est mise en place pour garantir l'accès aux soins médicaux à tous nos patients qui en ont besoin.

Définitions : Famille : Selon la définition du Census Bureau, il s'agit d'un groupe de deux personnes ou plus qui vivent ensemble et qui sont liées par la naissance, le mariage ou l'adoption. Selon les règles de l'Internal Revenue Service, si le patient déclare quelqu'un comme personne à charge sur sa déclaration de revenus, cette personne peut être considérée comme une personne à charge aux fins de la politique d'assistance financière.

Revenu des ménages : Le revenu des ménages est déterminé à l'aide de la définition du Census Bureau, qui utilise les sources de revenus suivantes :

- Gains/salaires, annexe C (formulaire 1040 de l'IRS pour les travailleurs indépendants), indemnités de chômage, indemnités pour accident du travail, sécurité sociale, revenu de sécurité complémentaire, aide publique, allocations aux anciens combattants, prestations de survivant, pensions ou revenus de retraite, intérêts, dividendes, loyers, redevances, revenus de successions, fiducies, aide à l'éducation, pension alimentaire, pension alimentaire pour enfants, aide extérieure au ménage, et autres sources diverses.
- Les prestations non monétaires (telles que les bons d'alimentation et les aides au logement) ne sont pas prises en compte.
- Déterminé sur une base avant impôt.
- Exclut les gains ou les pertes en capital ; et
- Si une personne vit en famille, le revenu de tous les membres de la famille qui vivent ensemble dans une unité familiale est pris en compte. Un locataire ou un pensionnaire n'est pas inclus.

Non assuré- Le patient n'a pas d'assurance ou d'assistance d'un tiers pour l'aider à s'acquitter de ses obligations de paiement.

Sous-assuré- Le patient bénéficie d'un certain niveau d'assurance ou de l'assistance d'un tiers, mais ses dépenses dépassent ses capacités financières.

Hors réseau - Le régime d'assurance du patient n'a pas de contrat avec le Covenant Medical Center, Inc. Les patients bénéficiant d'une assurance hors réseau pourront faire une demande d'aide financière.

Co-paiement/coassurance/déductible du patient - ils représentent les engagements financiers du patient une fois que le régime d'assurance a traité la demande de remboursement. Les patients ayant ces obligations financières peuvent demander une aide financière dans le cadre de cette politique.

Prestations épuisées - les patients dont les régimes d'assurance ont épuisé leurs prestations peuvent demander une aide financière en suivant les lignes directrices de la politique.

Michigan Public Act 280 Social Welfare Act - Covenant Medical Center reconnaît et respectera cette loi.

Conditions médicales d'urgence - Définies au sens de l'article 1867 de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd).

Patient en auto-paiement - Individus recevant des services médicaux qui ne bénéficient d'aucun programme d'assurance maladie et qui n'ont pas d'autre tiers payeur pour accepter la responsabilité financière du paiement des services médicaux. Tous les patients qui s'acquittent eux-mêmes de leurs frais pourront bénéficier d'une réduction, conformément aux paramètres de la politique administrative numéro 1.18.

Services facultatifs - Admissions, interventions chirurgicales ou procédures programmées. L'annulation ou le report de l'admission, de l'intervention chirurgicale ou de la procédure prévue ne met pas la vie en danger.

Montant généralement facturé - Le montant généralement facturé (AGB) pour les services d'urgence et autres services médicalement nécessaires est calculé annuellement sur la base d'une méthode rétrospective approuvée par l'Internal Revenue Service.

- L'AGB est calculé en incluant toutes les demandes de remboursement de l'année fiscale précédente qui ont été intégralement payées à l'établissement hospitalier pour des soins médicalement nécessaires par Medicare fee-for-service ainsi que par tous les assureurs de santé privés qui ont payé les demandes de remboursement. Il peut s'agir d'une coassurance, d'une participation aux frais et d'une franchise. L'AGB pour les soins d'urgence ou médicalement nécessaires fournis à une personne éligible à l'aide financière est déterminée en multipliant les frais bruts pour ces soins par le pourcentage des frais bruts (appelé pourcentage AGB). Le pourcentage AGB est calculé au moins une fois par an en divisant la somme des demandes de remboursement de Medicare et de Commercial entièrement payées et autorisées à l'établissement hospitalier par la somme des charges brutes associées à ces demandes. L'AGB pour la date d'entrée en vigueur la plus récente est de 30 %.

Limites :

L'aide financière de Covenant ne comprend pas tous les coûts qui peuvent être associés aux services médicaux. Voici quelques exemples d'articles ou de services qui ne sont pas inclus dans notre programme d'aide financière :

- Transport et hébergement : le patient est responsable des coûts liés au transport vers et depuis Covenant.
- Les actes médicaux facultatifs, c'est-à-dire les actes qui ne sont pas des urgences médicales ou qui ne sont pas nécessaires d'un point de vue médical. Exemple : Services pour l'autisme, services cosmétiques, aquathérapie (cette liste n'est pas exhaustive)
- Nourriture (autre que les repas pendant l'hospitalisation).
- Équipement médical durable : Les services sociaux peuvent disposer de bons limités pour aider à couvrir les coûts liés à l'équipement médical durable.
- Les ordonnances exécutées dans n'importe quelle pharmacie ambulatoire.
- Les soins de santé à domicile ou les services fournis par une entité n'appartenant pas à l'Alliance ne sont pas couverts par la présente police. Les soins de suivi peuvent être coordonnés par les services sociaux, mais l'approbation de l'aide financière est limitée aux services fournis sur place et facturés par une entité du Covenant.

Procédure : Une aide financière est disponible pour les personnes non assurées ou insuffisamment assurées, qui ne peuvent pas payer leurs soins, en fonction de leurs besoins financiers. Voir l'annexe A pour l'échelle mobile. L'aide financière est basée sur la situation de chaque personne et ne tient pas compte de l'âge, du sexe, de la race, de l'orientation sexuelle ou de l'appartenance religieuse. Les services éligibles au titre de la présente politique seront mis à la disposition du patient sur la base d'un tarif dégressif, en fonction des besoins financiers, tels que déterminés par les niveaux de pauvreté fédéraux (FPL) en vigueur au moment de la demande/décision. L'orientation des patients vers l'assistance financière peut être effectuée par tout membre du personnel de Covenant ou du personnel médical, y compris les médecins, les infirmières, les conseillers financiers, les greffiers, les travailleurs sociaux ou les gestionnaires de cas. Une demande d'assistance financière peut être faite par le patient ou par un membre de sa famille, un ami proche ou un associé du patient, sous réserve des lois applicables en matière de protection de la vie privée. Les demandes peuvent être faites avant, pendant ou après la prestation d'un service médical. L'annexe B indique les lieux où il est possible d'obtenir un formulaire de demande.

L'aide financière sera calculée sur la base d'une échelle mobile mise à jour annuellement par le Covenant Central Business Office. Pour être éligible, le patient doit remplir les conditions suivantes :

1. Recevoir un refus de Medicaid sur la base d'un revenu trop élevé et/ou d'un actif trop important, un refus de l'équipe de révision médicale de Medicaid, un refus d'un programme alternatif avec lien, ou ne pas être handicapé et ne pas recevoir de refus parce que le patient n'a pas complété le processus de demande de Medicaid. Des exceptions à cette règle peuvent être autorisées avec l'approbation administrative du directeur de Covenant ou de l'administration des patients (ou, dans le cas de la Covenant Visiting Nurse Association, de son directeur ou de la personne désignée).
 - a. Si un patient bénéficie d'une couverture Medicaid et doit payer des services non couverts (médicaments auto-administrés, formation à l'accouchement), Covenant considérera que ces frais peuvent faire l'objet d'un ajustement au titre de l'assistance financière. Les patients qui remplissent les conditions requises pour bénéficier des programmes PlanFirst/Spenddown de Medicaid devront remplir une demande d'assistance financière pour qu'une décision soit prise.
 - b. Si le patient est éligible au titre de la loi publique 280, section 400.105b, sa responsabilité personnelle sera calculée sur la base du paiement prévu par Medicaid pour le service.
2. Recevoir une demande d'aide financière aux patients dûment remplie, accompagnée des pièces justificatives (y compris, entre autres pièces justificatives énumérées dans la demande, les bulletins de salaire actuels (3 dernières périodes de paie), les relevés bancaires, les déclarations de revenus de l'année précédente, une lettre signée de l'employeur et les chèques de sécurité sociale ou d'invalidité), comme indiqué dans la demande ou la vérification interne.
3. L'aide financière de Covenant HealthCare est destinée aux patients qui sont citoyens américains, qui ont un visa de travail ou un statut de résident permanent aux États-Unis d'Amérique.
4. Le patient/ménage doit répondre aux directives d'assistance financière de Covenant.
 - a. Ils doivent répondre à des besoins financiers déterminés sur la base d'un examen individuel :
 - i. Une procédure de candidature. Le patient ou son sponsor peut être tenu de fournir des informations personnelles, financières et autres informations pertinentes accompagnées de pièces justificatives (y compris, entre

autres pièces justificatives énumérées dans la demande, les talons de paie actuels (3 dernières périodes de paie), les relevés bancaires, les déclarations de revenus de l'année précédente, une lettre signée de l'employeur et des chèques de sécurité sociale ou d'invalidité comme indiqué dans la demande. Le fait de ne pas fournir les documents demandés peut entraîner le refus de l'aide financière.

- ii. L'examen des données accessibles au public qui fournissent des informations sur la capacité de paiement d'un patient ou de son promoteur (comme l'évaluation de la solvabilité et de la tendance à payer) ;
 - iii. Efforts raisonnables de la part de Covenant pour trouver d'autres sources de paiement et de couverture dans le cadre de programmes de paiement publics et privés. Des efforts raisonnables peuvent être faits pour aider les patients à postuler à ces programmes. Covenant HealthCare aidera les patients à faire une demande de couverture Medicaid. On s'attend à ce que les patients coopèrent à la demande de couverture.
 - iv. En tenant compte des actifs disponibles du patient et de toutes les autres ressources financières dont il dispose ; et
 - v. Un examen des factures impayées du patient pour des services antérieurs et l'historique des paiements du patient.
5. Indiquer les dépenses médicales inhabituelles ou les événements tragiques sur le profil financier du patient.
- a. Aux fins d'une évaluation non discriminatoire, Covenant prendra en compte le revenu du ménage.
 - b. Covenant HealthCare reconnaît que des événements de santé importants peuvent entraîner une charge financière catastrophique pour le patient et sa famille. Covenant HealthCare se réserve donc le droit d'examiner les cas catastrophiques au cas par cas. Une charge financière catastrophique est une charge financière représentant 25 % ou plus du revenu annuel du ménage. (Toutes les exigences de la section de la procédure énumérée doivent être respectées avant la détermination)
6. Le médecin traitant doit déterminer si les services aux patients sont médicalement nécessaires.
7. La notation présumptive **peut être** utilisée pour déterminer l'éligibilité à une aide financière.

Une fois que les conditions susmentionnées sont remplies, il se produit ce qui suit :

1. Une décision finale sera prise dans un délai de quatorze (14) jours calendaires.
2. La décision d'assistance financière est valable et utilisable pendant six (6) mois à compter de son approbation.
3. L'aide financière sera accordée sur la base des meilleures informations disponibles après que tous les efforts pour contacter le patient et obtenir des informations financières ont été épuisés. La décision peut être prise au cours de la procédure de recouvrement si les efforts de collecte d'informations sont épuisés à ce moment-là.
4. Il est préférable, mais non obligatoire, qu'une demande d'assistance financière et une détermination des besoins financiers soient effectuées avant toute prestation de services médicalement nécessaires non urgents et programmés à l'avance. La nécessité d'une aide financière peut être réévaluée ultérieurement ou lorsque de nouvelles informations relatives à l'éligibilité du patient à l'aide financière sont connues.
5. Il incombe au programme ou au service désigné de fournir à tous les patients éligibles toutes les informations et tous les documents nécessaires à l'obtention d'une aide financière. La personne désignée par le programme est chargée de veiller à ce que tous les critères nécessaires soient remplis, que l'allocation soit accordée et que l'ajustement soit traité. Les seuils d'approbation de l'ajustement sont indiqués sur la feuille de calcul de la demande d'aide financière. Tous les documents relatifs à l'aide financière sont conservés par la personne désignée au sein du programme/département. Une classification d'assistance financière sera recommandée par le bureau central des affaires de Covenant et approuvée par un administrateur dûment autorisé avec l'accord du directeur du cycle des recettes.
6. Si un patient ne peut pas effectuer un paiement substantiel ou s'engager dans un plan de paiement pour régler sa facture médicale approuvée, toutes les procédures hospitalières électives et non urgentes ainsi que les services connexes peuvent être reportés.
7. La falsification d'informations, le mensonge ou une documentation incomplète de la part du patient, de son parrain ou de la partie responsable peuvent entraîner un refus de l'aide financière.
8. Cela dit, les montants facturés pour les services médicaux urgents et nécessaires aux patients éligibles à l'assistance financière au titre de la

présente politique ne seront pas supérieurs au montant généralement facturé aux personnes bénéficiant d'une assurance couvrant les mêmes soins.

Raisons du refus :

Covenant peut refuser une demande d'aide financière pour diverses raisons, y compris, mais sans s'y limiter :

1. Revenu suffisant.
2. Des niveaux d'actifs suffisants.
3. Le patient ne coopère pas ou ne réagit pas aux efforts de collaboration.
4. Demande d'aide financière incomplète malgré des efforts raisonnables pour travailler avec le patient.
5. Une demande d'assurance ou de responsabilité en cours qui pourrait être une source de paiement.
6. Retenir les paiements d'assurance et/ou les fonds de règlement d'assurance, y compris les paiements d'assurance envoyés au patient pour couvrir les services fournis par Covenant, et les demandes d'indemnisation pour dommages corporels et/ou liés à un accident.

Politiques de collecte :

La direction de l'hôpital dispose de politiques et de procédures pour les pratiques de recouvrement, qui comprennent les mesures que l'hôpital peut prendre si le patient ne paie pas. Ces actions de recouvrement comprennent l'envoi éventuel de rapports aux agences de crédit. Ces politiques tiennent compte de la mesure dans laquelle le patient remplit les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière, de ses efforts de bonne foi pour solliciter un programme gouvernemental ou une aide financière de la part de Covenant, et de ses efforts pour respecter ses accords de paiement avec Covenant. Pour les patients qui remplissent les conditions requises pour bénéficier de l'assistance financière et qui coopèrent de bonne foi pour régler leurs factures d'hôpital à prix réduit, Covenant peut proposer des plans de paiement prolongés, n'enverra pas les factures impayées à des agences de recouvrement externes et cessera toute action de recouvrement.

Covenant n'imposera pas de mesures de recouvrement extraordinaires telles que des saisies de salaire, des privilèges sur les résidences principales ou d'autres

actions légales à un patient sans avoir d'abord fait des efforts raisonnables pour déterminer si ce patient est éligible à l'assistance financière en vertu de la présente politique d'assistance financière. Les efforts raisonnables comprennent

1. Valider le montant des factures impayées par le patient et s'assurer que toutes les sources de paiement par des tiers ont été identifiées et facturées par l'hôpital.
2. Une tentative pour offrir au patient la possibilité de demander une aide financière en utilisant les lignes directrices de la présente politique. Si le patient n'a pas satisfait aux exigences de l'hôpital en matière de candidature, ces efforts seront documentés.
3. Proposer au patient un plan de paiement. Toutefois, si le patient n'a pas respecté les termes de ce plan, cela sera documenté

Rien dans cette politique n'empêchera Covenant de chercher à se faire rembourser par des tiers payeurs, des règlements de responsabilité civile ou d'autres tiers également responsables.

Covenant ne s'engagera pas dans des actions de recouvrement extraordinaires avant d'avoir fait un effort raisonnable pour déterminer si un patient est éligible à une aide financière en vertu de cette politique. Si un patient ne soumet pas de demande d'aide financière pendant la période de notification (120 jours après le premier relevé de facturation), Covenant peut engager une activité de recouvrement à l'encontre du patient. L'activité de recouvrement se déroulera selon les procédures décrites dans une politique de recouvrement distincte (numéro de politique de Covenant PTAG025, Politique de recouvrement interne et de renvoi des créances irrécouvrables), qui peut être obtenue auprès de Covenant dans l'un des lieux énumérés à l'annexe B (gratuitement) ou à l'adresse suivante : www.covenanthealthcare.com/main/financialassistance.aspx

Si une agence de recouvrement identifie un patient comme répondant aux critères d'éligibilité à l'assistance financière de Covenant, le compte du patient peut être pris en considération pour une assistance financière jusqu'à 120 jours après que le compte a été renvoyé pour une activité de recouvrement (soit un total de 240 jours après la fourniture du premier relevé de facturation au patient). L'activité de recouvrement sera suspendue sur ces comptes et Covenant enverra au patient un avis contenant les informations ou les documents supplémentaires nécessaires pour mener à bien le processus d'assistance financière. Si le solde total du compte est ajusté le compte sera renvoyé à Covenant. Si un ajustement partiel a lieu, si le patient ne coopère pas à la procédure d'assistance financière ou si le patient n'est pas éligible à l'assistance financière, l'activité de recouvrement reprendra.

Communication de la politique d'assistance financière aux patients et à la communauté :

Covenant s'engage à offrir une assistance financière aux patients éligibles qui n'ont pas les moyens de payer leurs services médicaux. Les sites du Covenant Medical Center et du Covenant HealthCare System feront connaître cette politique sur les lieux et dans les communautés que nous servons. Les informations seront également incluses sur Internet à l'adresse www.covenanthealthcare.com.

Entre autres, un résumé bilingue en langage clair sera affiché aux principaux points d'enregistrement de l'hôpital et comprendra des instructions sur la manière d'obtenir une version imprimée de la politique et une demande d'aide financière. Les sites affiliés publieront un résumé en langage clair de la présente politique sur leur page web et mettront une copie de la présente politique à disposition en la publiant sur leur page web, y compris la possibilité de télécharger gratuitement une copie de la politique. Les personnes de la communauté desservie pourront obtenir une copie de la politique dans des lieux situés sur chaque site affilié à Covenant ou sur demande. Les conventions doivent également inclure des résumés en langage clair de la présente politique dans les déclarations des patients.

L' égalité des chances :

Covenant s'engage à respecter les multiples lois fédérales et d'État qui empêchent toute discrimination fondée sur la race, le sexe, l'âge, la religion, l'origine nationale, l'état civil, l'orientation sexuelle, les handicaps, le service militaire ou toute autre classification protégée par les lois fédérales, d'État ou locales.

Covenant ne tiendra pas compte des créances irrécouvrables, des provisions contractuelles, des sous-paiements perçus pour les opérations, les programmes publics, les cas payés par une contribution caritative, les remises de courtoisie professionnelle, les services communautaires ou les programmes de sensibilisation, ou le statut de l'emploi comme moyen de déterminer l'aide financière.

Exigences réglementaires :

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, la direction et les installations du Pacte se conforment à toutes les autres lois, règles et réglementations fédérales, étatiques et locales susceptibles de s'appliquer aux activités menées en vertu de cette politique.

Confidentialité :

Le personnel de Covenant respectera la confidentialité et la dignité individuelle de chaque patient. Covenant respectera toutes les exigences de l'HIPAA en matière de traitement des informations personnelles sur la santé

Approbation et examen par le Conseil :

Cette politique a été adoptée par le conseil d'administration de Covenant Medical Center, Inc. le 22 juillet 2013 et doit être revue par le conseil d'administration chaque année.

Date d'entrée en vigueur : juillet 2013

Date de révision : avril 2026

Révisé : avril 2025

Révisé et approuvé par :

Équipe de direction
Conseil d'administration

Annexe A**2024 Barème dégressif Effet 1/2/24**

	100%	75%
Taille de la famille	200% du seuil de pauvreté fédéral ou moins	201 % à 300 % du seuil de pauvreté fédéral
1	30,120	45,180
2	40,880	61,320
3	51,640	77,460
4	62,400	93,600
5	73,160	109,740
6	83,920	125,880
7	94,680	142,020
8	105,440	158,160

2025 Barème dégressif

	100%	75%
Taille de la famille	200% du seuil de pauvreté fédéral ou moins	201 % à 300 % du seuil de pauvreté fédéral
1	31,300	46,950
2	42,300	63,450
3	53,300	79,950
4	64,300	96,450
5	75,300	112,950
6	86,300	129,450
7	97,300	145,950
8	108,300	162,450
9	119,300	178,950
10	130,300	195,450

Pour les familles/ménages de plus de 10 personnes, ajouter 5 500 \$ par personne supplémentaire.

Annexe B

Obtention d'une politique d'assistance financière (pour son acronyme en anglais, FAP) Demande et fournisseurs couverts

La FAP couvre les services hospitaliers fournis dans les installations de Covenant et les services professionnels fournis par les médecins employés de Covenant. Elles sont énumérées ci-dessous. Le formulaire de demande de FAP peut être obtenu à l'adresse suivante : www.covenanthealthcare.com/main/FinancialAssistance.aspx

Les formulaires de demande peuvent également être obtenus aux endroits suivants :

- **Covenant HealthCare**
1447 N. Harrison
Saginaw, MI 48602
- **Covenant HealthCare**
515 N. Michigan Ave.
Saginaw, MI 48602
- **Covenant HealthCare**
5400 Mackinaw
Saginaw, MI 48604
- **Covenant HealthCare**
700 Cooper Ave.
Saginaw, MI 48602
- **Bureaux de médecins/cliniques du Covenant Medical Group (liste ci-dessous)**

SOINS PRIMAIRES

Bay Primary Care
Bridgeport Family Physicians
Colony Medical Group
CMG – Family Practice
CMG – West Branch
Covenant Primary Care – Birch Run
Covenant Primary Care – Freeland
Covenant Saginaw Family Physicians
Dawn R. Johnson, DO
Frankenmuth Family Care
Gratiot Family Practice
Gratiot Primary Care
Hemlock Family Medicine
Heritage Family Practice
Saginaw Bay Internal Medicine
Saginaw Township Family Physicians
Soins primaires de la vallée de Saginaw
Sebawing Primary Care
Silverwood Family Medicine

SOINS SPÉCIALISÉS

Covenant Cardiology
Covenant Center for Advanced Orthopedics
Covenant Digestive Care Center
Covenant Med -Express
Covenant Neurology
Covenant Neurosurgery
Covenant Oncology
Covenant Pediatric Neurology
Covenant Pediatric Surgery
Covenant Physical Medicine & Rehabilitation
Covenant Plastic Surgery
Covenant Pulmonary and Critical Care
Covenant Sports Medicine
Covenant Wound Healing Center
Covenant Professional Radiology Services

Cette liste est destinée à identifier les prestataires employés par Covenant, mais les prestataires changent fréquemment. Pour plus d'informations sur un fournisseur particulier, vous pouvez appeler : (989) 583-2959 ou (989) 583-6024. Une assistance peut également être fournie dans les bureaux de la caisse situés au 1447 N. Harrison ou au 700 Cooper.

Annexe C

Prestataires non employés

Les prestataires non salariés ne seront pas couverts par la politique d'assistance financière (FAP) de Covenant HealthCare.

- Anesthésie en équipe
- Diagnostics avancés
- Mackinaw Surgery Center
- Médecins de la CMU
- Pédiatrie

Cette liste est susceptible d'être modifiée et ne prétend pas être exhaustive.