McLaren HEALTH CARE		Titolo della politica:	Politica dell'assistenza finanziaria
Data effettiva:	07/01/2016	Numero politica:	PA0003
Data della revisione:	01/28/2025	Sezione:	Ciclo delle entrate
Data della modifica:	01/28/2025	Livello di supervisione:	Corporata
Responsabilità amministrativa:	Direttori regionali, Accesso ai pazienti Direttori regionali, McLaren Medical Group (MMG)		

1. Scopo

1.1 Mantenendo i valori dell'Assistenza Sanitaria della McLaren (MHC) per migliorare la salute ed il benessere dei nostri pazienti e per realizzare l'oggetto responsabile della nostra fiducia pubblica, forniremo Assistenza Finanziaria ai pazienti che si qualificheranno.

Implementando questa specifica, la McLaren Health Care intende rispettare e rispetterà l'Internal Revenue Code section 501(r), Public Act 107 (la sezione 501® del Codice dell'Agenzia delle Entrate Statunitense) e tutte le altre leggi, regole e regolamenti federali, statali e locali che possano essere implementati ad attività condotte nel rispetto della presente specifica.

2. Applicazione

2.1 Presso la MHC, le sue consociate, e le sue iniziative imprenditoriali controllate dalla maggioranza. La presente specifica si riferisce a tutte le persone che richiedono assistenza esclusivamente presso una delle sedi della MHC o delle entità di sua proprietà che erogano servizi professionali.
I servizi erogati da fornitori indipendenti non sono inclusi nelle clausole della presente specifica. Si prega di consultare i riferimenti 6.2 Entità non coperte per un elenco di tutti i fornitori non coperti da questa politica.

3. Definizioni

3.1 N/A

4. Politica dell'assistenza finanziaria di MHC

4.1 La MHC offrirà ai pazienti privi di copertura assicurativa sanitaria ed ai pazienti che indicheranno di non aver la possibilità di pagare la parte delle loro spese non coperte dall'assicurazione sanitaria, l'opportunità di far domanda di assistenza finanziaria fino a 240 giorni dalla data della loro prima fattura successiva alla dimissione. L'assistenza finanziaria verrà presa in considerazione esclusivamente per servizi relativi ad emergenze, catastrofi ed assistenza medica necessaria.

4.1.1 Per poter rispettare pienamente le specifiche della EMTALA (Atto Federale per le Cure di Pronto Soccorso e sul Lavoro Attivo), i pazienti della MHC che necessitino di cure di Pronto Soccorso, riceveranno cure senza discriminazioni e senza prendere in considerazione la loro capacità di poter pagare prima di ricevere le cure. Lo staff della MHC non cercherà di riscuotere alcun pagamento per saldi scaduti prima di una visita al Pronto Soccorso.

4.1.2 Prestazioni mediche necessarie vengono definite come prestazioni sanitarie o strumenti definiti dal vostro medico che siano necessari per prevenire, diagnosticare o curare una malattia, un infortunio, una condizione, malattia o i relativi sintomi e che risponda agli standard accettati della medicina.

4.1.3 Servizi che sono considerati cosmetici o prescelti non verranno coperti dalla presente specifica.

4.1.4 Per quanto riguarda qualsiasi ambulatorio gratuito che sia associato ad un ospedale del gruppo McLaren, se il processo di screening caritatevole per detto ambulatorio fosse equivalente o più severo dello standard caritatevole della McLaren, in tal caso dette prestazioni possono essere scaricate come donazione a scopo di beneficienza.

4.1.5 Le cliniche sanitarie rurali partecipanti seguiranno i requisiti NHSC come definito nella Sezione 5 sull'eleggibilità degli enti di beneficenza, modulo di domanda NHSC e programma di sconto a tariffe flessibili.

4.2 Le linee guida per l'assistenza finanziaria si basano sul 400% delle Linee Guida Federali sulla Soglia della Povertà (Federal Poverty Guidelines) (FPL), che vengono pubblicate annualmente nel Registro Federale. Il personale designato accederà ogni anno al Registro Federale ed aggiornerà le linee guida per l'assistenza finanziaria. Lo sconto si basa sulle dimensioni della famiglia e sul reddito annuale.

PERSONE NELLA FAMIGLIA/ NUCLEO FAMILIARE	Fino al 400% della FPL		
	Reddito Minimo	Reddito Massimo	Sconto
1	$0	$62,600	100%
2	$0	$84,600	100%
3	$0	$106,600	100%
4	$0	$128,600	100%
5	$0	$150,600	100%
6	$0	$172,600	100%
7	$0	$194,600	100%
8	$0	$216,600	100%
Per le famiglie/nuclei familiari che abbiano più di 8 persone, aggiungere $5,500 per ogni ulteriore persona. *FPL = Federal Poverty Level (livello di povertà federale)* **Fonte** (linee guida comprendenti le Hawaii e l'Alaska): https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines			

4.3 I pazienti o i rappresentanti dei pazienti potranno richiedere l'assistenza finanziaria per prestazioni che hanno già ricevuto, o prestazioni che sono già state programmate, contattando il Dipartimento della MHC Revenue Cycle (Ciclo delle Entrate) di persona o per iscritto. Siete pregati di consultare i nostri consulenti finanziari presso l'ospedale McLaren o di telefonare al numero 586-710-8300 o al numero 1-844-321-1557. Copie cartacee della specifica richiesta per l'assistenza finanziaria, della richiesta e riassunti espressi con un linguaggio facilmente comprensibile sono a disposizione, gratuitamente, presso tutti i luoghi indicati nel sito web della MHC, ed inoltre è possibile richiederne una copia per posta all'indirizzo sotto indicato. Al sito web della MHC sono disponibili anche copie tradotte.

McLaren Corporate Business Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.

Shelby Township, MI 48315

Email: FinancialAssistance@mclaren.org

4.3.1 Verrà' chiesto ai pazienti ed/o ai rappresentanti dei pazienti di compilare il Modulo per la Richiesta di Assistenza Finanziaria (Referenze 6.1) e di fornire la documentazione a supporto delle informazioni sul modulo.

4.3.1.1 Le informazioni richieste potrebbero comprendere informazioni demografiche sul paziente, ricevute di pagamenti, estratti conto bancari, beni, spese mensili per la casa altre fatture mediche e debiti con le carte di credito.

4.3.1.2 Se venisse ricevuta una domanda incompleta, al paziente verrà inviato un avviso per iscritto che conterrà le informazioni di un contatto presso la McLaren e come completare la domanda.

4.4 Designati impiegati valuteranno gli individui per l'assistenza finanziaria secondo i criteri delle linee guida prestabilite dalla presente specifica e le informazioni fornite sul Modulo per la Richiesta di Assistenza Finanziaria, per poter determinare l'ammissibilità ed avvisare il paziente/la famiglia della determinazione.

4.5 Gli sconti implementabili per l'Assistenza Finanziaria verranno implementati al saldo del paziente in base a questa determinazione.

4.5.1 I pazienti che vengono approvati per l'Assistenza Finanziaria, sia che siano assicurati o meno, avranno una valutazione dei loro addebiti in modo che il massimo della responsabilità del paziente corrisponderà all'Importo Solitamente Fatturato (Amount Generally Billed o AGB) della MHC, che è un importo medio contrattuale che i pazienti della Medicare, quelli Commerciali e quelli della Gestione della Sanità ricevono attraverso la loro assicurazione sanitaria. Questo metodo è conosciuto come il "Metodo del Lookback" così come viene definito nelle Linee Guida dell'Atto per la Sanità Permissibile. La MHC calcolerà ed aggiornerà l'AGB ogni anno. Per ulteriori informazioni relative all'AGB della sede della MHC presso la quale sono state erogate le prestazioni al paziente, siete pregati di telefonare al numero: 586-710-8300 oppure al 1-844-321-1557.

4.5.2 I pazienti sono responsabili di qualsiasi saldo da pagare che non sia coperto da questo sconto. Per risolvere qualsiasi debito rimasto, seguiranno le normali procedure per i debitori insolventi. Nel caso in cui si verifichi un mancato pagamento, solo dopo 120 giorni dalla data della prima fattura del paziente, e non prima, la MHC potrà intraprendere un'azione relativa ai saldi insoluti, compresi, ma senza limitarsi ad attività di riscossione straordinarie (extraordinary collection activities) o (ECA). Ciò potrebbe comprendere di far seguire il caso da un'agenzia o da un avvocato che si occupi dei debitori insolventi, ed il caso potrebbe essere

riferito all'Ufficio Crediti. Se la MHC intendesse intraprendere dette azioni legali, fornirà un avviso scritto e cercherà inoltre di avvisare il paziente a voce che l'Assistenza Finanziaria è disponibile. Siete pregati di far riferimento alla "Specifica sulla Fatturazione e Riscossione".

4.5.2.1 Nel caso in cui la McLaren riceve una richiesta di Assistenza Finanziaria compilata, qualora il paziente fosse coinvolto in attività di riscossione straordinarie (ECA), dette attività verranno sospese fino a che non verrà definita l'ammissibilità.

4.5.2.2 Se venisse ricevuta una domanda incompleta, l'ECA verrà sospesa per un minimo di 30 giorni dal ricevimento della domanda incompleta ed al paziente verrà inviato un avviso scritto che conterrà le informazioni di contatto della McLaren e su come completare la domanda. Le procedure di ECA potranno riprendere dopo 30 giorni.

4.6 L'assistenza finanziaria presunta potrà essere implementata basandosi sulle informazioni ricevute da terzi o su una determinazione di assistenza finanziaria precedente.

4.7 Se un paziente facesse domanda per l'assistenza finanziaria e ricevesse uno sconto maggiore del 50% di qualsiasi altro adeguamento automatico caritatevole, in tal caso lo sconto sarà reversibile e verrà implementata l'assistenza finanziaria caritatevole.

5. Politica di beneficenza MHC National Health Service Corps (NHSC)

5.1 Quanto segue sarà applicabile solo ai centri di pratica approvati McLaren HealthCare (MHC) NHSC

5.2 **Politica:** Rendere disponibili servizi gratuiti o scontati a chi ne ha bisogno. I pazienti che ricevono assistenza presso un centro di pratica approvato dal MHC National Health Service Corps ("NHSC") saranno valutati per l'assistenza finanziaria in base ai requisiti NHSC di reddito e dimensione della famiglia e non saranno valutati in base ad altri fattori.

5.3 **Scopo:** tutti i pazienti che cercano servizi di assistenza sanitaria presso i centri MHC NHSC sono certi che saranno serviti indipendentemente dalla capacità di pagare. A nessuno viene rifiutato il servizio a causa della mancanza di mezzi finanziari per pagare. Questo programma è progettato per fornire assistenza gratuita o scontata a coloro che non hanno mezzi, o hanno mezzi limitati, per pagare i loro servizi medici (non assicurati o sottoassicurati).

I pazienti che ricevono assistenza presso un centro di pratica approvato dall'NHSC possono utilizzare l'attuale modulo Domanda di Assistenza Finanziaria Riservata dell'NHSC. I richiedenti che ricevono assistenza presso i centri NHSC non sono tenuti a richiedere benefici da assicurazioni di terze parti, programmi statali, federali o altri programmi di beneficenza prima di poter beneficiare di assistenza finanziaria.

I centri di pratica approvati da MHC NHSC offriranno un Programma di Sconto a Tariffe Flessibili (*Sliding Fee Scale Discount Program*) a tutti coloro che non sono in grado di pagare per i loro servizi. A nessuno che non sia in grado di pagare in un centro di pratica approvato dall'NHSC verrà negato l'accesso ai servizi. MHC baserà l'idoneità al programma sulla capacità di una persona di pagare e non discriminerà sulla base della razza, del colore, del sesso, dell'origine nazionale, della disabilità, della religione, dell'età, dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere di un individuo. Le

Linee guida federali sulla povertà ("FPG") sono utilizzate nella creazione e nell'aggiornamento annuale del piano tariffario flessibile (SFS) per determinare l'ammissibilità. Tuttavia, i pazienti che ricevono assistenza presso un centro di pratica approvato dall'MHC NHSC che rappresentano il 250% o meno del livello di povertà (vedere https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines per le attuali linee guida) riceveranno l'eliminazione di ogni responsabilità finanziaria (assistenza gratuita) per i servizi forniti presso il centro approvato dall'NHSC in linea con il programma di sconto a tariffe flessibili.

5.4 **Procedura:** Le seguenti linee guida devono essere seguite nella fornitura del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili.

1. Notifica: MHC informerà i pazienti del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili tramite:
   a) Le informazioni sulla politica di pagamento saranno disponibili per tutti i pazienti al momento del servizio.
   b) La notifica del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili sarà offerta a ciascun paziente al momento del ricovero.
   c) Le informazioni relative alla disponibilità del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili saranno incluse negli avvisi di riscossione inviati da MHC.
   d) Una spiegazione del nostro Programma di Sconto a Tariffe Flessibili e il nostro modulo di domanda sono disponibili sul centro web di MHC.
   e) MHC espone la notifica del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili nell'area di attesa della clinica.
2. Richiesta di sconto: le richieste di servizi scontati possono essere effettuate da pazienti, familiari, personale dei servizi sociali o altri che sono a conoscenza delle difficoltà finanziarie esistenti. Il Programma di Sconto a Tariffe Flessibili sarà reso disponibile solo per le visite cliniche. Informazioni e modulistica sono reperibili presso il front desk e l'Ufficio commerciale.
3. Amministrazione: la procedura del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili sarà amministrata attraverso il team di Revisione dell'Assistenza Finanziaria per l'Accesso al Paziente. Ai pazienti saranno fornite informazioni sulla FAP e sulla politica e procedura del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili. Il personale deve offrire assistenza per la compilazione della domanda. La dignità e la riservatezza saranno rispettate per tutti coloro che cercano e/o ricevono servizi di assistenza sanitaria.
4. Completamento della domanda: il paziente/la parte responsabile deve completare la domanda di assistenza finanziaria riservata NHSC nella sua interezza. Il personale sarà disponibile, se necessario, per assistere il paziente/la parte responsabile con la domanda. Firmando la domanda, le persone confermano il proprio reddito come indicato nel modulo specifico.
5. Idoneità: gli sconti saranno basati solo sul reddito e sulla dimensione della famiglia.
   a. La famiglia è definita come: un gruppo di due o più persone (uno dei quali è il capofamiglia) imparentate per nascita, matrimonio o adozione
      e residenti insieme; tutte queste persone (compresi i membri della sottofamiglia correlati) sono considerate membri di un'unica famiglia. MHC accetterà membri della famiglia non imparentati nel calcolo della dimensione della famiglia.
   b. Il reddito include: salari lordi, stipendi, mance, reddito da attività e lavoro autonomo, indennità di disoccupazione, indennità dei lavoratori, previdenza sociale, reddito di sicurezza supplementare, pagamenti dei veterani, benefici per i superstiti, pensione o reddito da pensione, interessi, dividendi, royalties, reddito da immobili in affitto, proprietà e trust, assegno per alimenti, mantenimento dei figli, assistenza dall'esterno della famiglia e altre fonti varie.

6. Verifica del reddito: i richiedenti possono fornire una delle seguenti informazioni: modulo W-2 dell'anno precedente, due buste paga più recenti, lettera del datore di lavoro o modulo 4506-T (se W-2 non è stato presentato). Ai lavoratori autonomi può essere richiesto di presentare i dettagli degli ultimi tre mesi di entrate e spese per l'azienda. Devono essere rese disponibili informazioni adeguate a determinare l'idoneità al programma. Può essere utilizzata anche l'autodichiarazione dei redditi. I pazienti che non sono in grado di fornire una verifica scritta possono fornire una dichiarazione dei redditi firmata.
7. Sconti: i pazienti dei centri approvati dall'NHSC con redditi pari o inferiori al 250% della povertà riceveranno uno sconto completo del 100% per i servizi di assistenza sanitaria (cioè riceveranno assistenza gratuita). I pazienti dei centri approvati dall'NHSC hanno diritto a questo sconto per le visite presso sedi qualificate per le date di servizio 240 giorni prima e fino a 365 giorni dopo la data di approvazione. Consultare l'Appendice 8.1 per il piano tariffario flessibile.
8. Notifica del richiedente: la determinazione del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili sarà fornita al/ai richiedente/i per iscritto o, se applicabile, il motivo del rifiuto. Le domande del programma coprono i saldi dei pazienti in sospeso per sei mesi prima della data di domanda e qualsiasi saldo sostenuto entro 365 giorni dalla data approvata, a meno che la loro situazione finanziaria non cambi in modo significativo. Il richiedente ha la possibilità di ripresentare la domanda dopo la scadenza dei 365 giorni o in qualsiasi momento in cui si sia verificata una variazione significativa del reddito familiare. Quando il richiedente ripresenta la domanda, il periodo di riferimento sarà inferiore a sei mesi o alla scadenza della sua ultima domanda.
9. Rifiuto di pagare: Se un paziente esprime verbalmente una riluttanza a pagare o lascia i locali senza pagare per le prestazioni, sarà contattato per iscritto in merito ai suoi obblighi di pagamento. Se il paziente non ha richiesto il piano tariffario flessibile, le informazioni relative alla disponibilità del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili saranno incluse con preavviso. Se il paziente non si sforza di pagare o non risponde entro 60 giorni, ciò costituisce un rifiuto di pagare. A questo punto, MHC può esplorare opzioni non limitate a, ma che includono l'offerta al paziente di un piano di pagamento, la rinuncia alle spese o il rinvio del paziente alle riscossioni. La politica di fatturazione e riscossione di MHC è applicabile ai pazienti con NHSC che superano il 250% di FPG. Come descritto in precedenza, quelli al di sotto del 250% di FPG non sono addebitati per la cura e quindi non sono soggetti alla politica di riscossione.
10. Registrazione dei dati: le informazioni relative alle decisioni del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili saranno mantenute dall'amministratore del programma. I dettagli relativi alle approvazioni e ai rifiuti delle domande saranno mantenuti dal sistema di gestione della pratica e monitorati dall'amministratore del programma.
11. Revisione della politica e delle procedure: l'SFS sarà aggiornato in base alle attuali linee guida federali sulla povertà. MHC esaminerà anche possibili cambiamenti nella nostra politica e procedure e per esaminare le pratiche istituzionali che possono servire come ostacoli che impediscono ai pazienti idonei di avere accesso alle nostre disposizioni di assistenza comunitaria.
12. Budget: durante il processo di budget annuale, un importo stimato del servizio del Programma di Sconto a Tariffe Flessibili verrà inserito nel budget come detrazione dalle entrate.

6. Procedura

6.1 N/A

7. Referenze

7.1 Modulo della domanda per l'assistenza finanziaria

7.2 Entità non coperte

7.3 Politica di fatturazione e riscossione

8. Appendice

8.1

		Livello di povertà		
		0-100% del livello di povertà federale (FPL)	101-200% del livello di povertà federale (FPL)	201-250% del livello di povertà federale (FPL)
Persone nella famiglia	Reddito massimo	Sconto	Sconto	Sconto
1	$62,600	100%	75%	50%
2	$84,600	100%	75%	50%
3	$106,600	100%	75%	50%
4	$128,600	100%	75%	50%
5	$150,600	100%	75%	50%
6	$172,600	100%	75%	50%
7	$194,600	100%	75%	50%
8	$216,600	100%	75%	50%

Per le famiglie/nuclei familiari che abbiano più di 8 persone, aggiungere $5,500 per ogni ulteriore persona.

Revisioni precedenti: 07/19/2022, 01/11/2023, 02/20/2024, 12/11/2024

Sostituisce la politica: N/A

Inserire il nome della Commissione: N/A

Approvazioni:

_____ _____

Katerina Serdenkovski **Data**

Vice Presidente, Ciclo delle Entrate