

		Tytuł zasad:	Zasady udzielania pomocy finansowej
Data wejścia w życie :	07/01/2016	Numer zasad:	PA0003
Data przeglądu:	12/11/2024	Sekcja:	Cykl przychodów
Data aktualizacji:	12/11/2024	Poziom nadzoru:	Korporacyjny
Odpowiedzialność administracyjna:	Dyrektorzy regionalni, dostęp dla pacjentów Dyrektorzy regionalni, McLaren Medical Group (MMG)		

1. Cel

- 1.1 Kierując się wartościami uznawanymi przez McLaren Health Care (MHC) w celu poprawy zdrowia i samopoczucia naszych pacjentów oraz zwiększenia zaufania w nas pokładanego zapewniamy pomoc finansową tym pacjentom, którzy się do niej kwalifikują.

Wdrażając te zasady, McLaren Health Care będzie przestrzegać sekcji 501(r) Kodeksu podatkowego, Ustawy publicznej nr 107 oraz wszystkich innych aktów prawnych, regulacji i przepisów federalnych, stanowych i lokalnych, które mogą mieć zastosowanie do działań prowadzonych zgodnie z wymienionymi zasadami.

2. Zakres

- 2.1 MHC, jej spółki zależne i podmioty, w których ma kontrolę większościową. Niniejsze zasady odnoszą się wyłącznie do osób korzystających z usług w placówkach MHC lub podmiotach świadczących usługi profesjonalne. Niniejsze zasady nie obejmują usług świadczonych przez niezależnych dostawców. Zobacz: *Dodatek 6.2 Podmioty nieobjęte*, aby uzyskać listę wszystkich dostawców nieobjętych niniejszymi zasadami.

3. Definicje

- 3.1 N/D [nie dotyczy]

4. Zasady udzielania pomocy finansowej przez MHC

- 4.1 W okresie nie przekraczającym 240 dni po uzyskaniu pierwszego wykazu opłat MHC oferuje możliwość złożenia wniosku o pomoc finansową pacjentom nie mającym ubezpieczenia i pacjentom, którzy nie będą w stanie opłacić z własnej kieszeni kosztów niepokrywanych przez ubezpieczenie. Pomoc finansowa będzie możliwa wyłącznie w przypadku usług w izbie przyjęć, wypadków i usług niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
- 4.1.1 Aby w pełni przestrzegać EMTALA (Federalna ustawa o ratownictwie medycznym w nagłych wypadkach i aktywnej pracy), pacjenci MHC korzystający z usług w izbie przyjęć otrzymają leczenie niezależnie od ich zdolności do uiszczania opłat. Personel MHC nie będzie próbował pobierać żadnych opłat od pacjentów szukających pomocy w nagłych wypadkach przed jej udzieleniem. Personel MHC nie będzie próbował pobierać zaległych opłat przed wizytą w izbie przyjęć.

- 4.1.2 Usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia są określane jako usługi opieki zdrowotnej lub świadczenia określone przez lekarza, które są niezbędne do zapobiegania, diagnozowania lub leczenia choroby, urazu, niedomagania lub ich objawów, a które spełniają przyjęte standardy medyczne.
- 4.1.3 Usługi uważane za kosmetyczne lub do niekonieczne nie będą objęte niniejszymi zasadami.
- 4.1.4 W odniesieniu do dowolnej Bezpłatnej Kliniki powiązanej ze szpitalem McLaren, w przypadku gdy proces kontroli działalności dobroczynnej względem takiej kliniki jest równie lub bardziej rygorystyczny, niż polityka działalności dobroczynnej McLaren, wówczas takie usługi mogą zostać odniesione w ciężar działalności dobroczynnej.
- 4.1.5 Uczestniczące wiejskie ośrodki zdrowia będą przestrzegać wymogów NHSC (Narodowego Korpusu Służby Zdrowia) określonych w Sekcji 5 dotyczących uprawnień do świadczeń charytatywnych, formularza wniosku NHSC i programu opłat z ruchomą skalą zniżek.
- 4.2 Wytyczne dotyczące pomocy finansowej opierają się na obliczeniu 400% według Federalnych wskazówek dotyczących granicy ubóstwa (FPL) publikowanych co roku w Rejestrze federalnym. Wyznaczony personel będzie corocznie aktualizował wytyczne dotyczące pomocy finansowej w oparciu o dane z Rejestru federalnego. Zniżka zależy od wielkości rodziny i rocznego dochodu.

Liczba osób w rodzinie/gospodarstwie domowym	Maksymalnie 400% FPL		
	Minimalny dochód	Maksymalny dochód	Zniżka
1	\$0	\$60,240	100%
2	\$0	\$81,760	100%
3	\$0	\$103,280	100%
4	\$0	\$124,800	100%
5	\$0	\$146,320	100%
6	\$0	\$167,840	100%
7	\$0	\$189,360	100%
8	\$0	\$210,880	100%

Dla rodzin/gospodarstw domowych mających więcej niż 8 osób, dodaje się 5380 dolarów na każdą dodatkową osobę.
Uwaga: Kwalifikowalność do ulg podatkowych z tytułu premii w roku ubezpieczenia 2023 opiera się na wytycznych dotyczących granicy ubóstwa na 2022 r. FPL = Federalna granica ubóstwa.
Źródło: dodatkowe wytyczne dla Hawajów i Alaski: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

- 4.3 Pacjenci i/lub przedstawiciele pacjentów mogą poprosić o pomoc finansową na usługi już otrzymane lub zaplanowane, kontaktując się osobiście lub na piśmie z Departamentem Cyklu Skarbowego MHC. Skontaktuj się z naszymi doradcami finansowymi znajdującymi się w McLaren lub zadzwoń pod numer 586-710-8300 lub 1-844-321-1557. Drukowane kopie zasad pomocy finansowej, wniosku i streszczenia napisane przystępnym językiem są dostępne bezpłatnie we wszystkich lokalizacjach, na stronie internetowej MHC, a także są wysyłane pocztą z poniższego adresu. Kopie w różnych językach są również dostępne na stronie internetowej MHC.

McLaren Corporate Business Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

LUB FinancialAssistance@mclaren.org

- 4.3.1 Pacjenci i/lub przedstawiciele pacjentów zostaną poproszeni o wypełnienie wniosku o pomoc finansową (Dodatek 6.1) i dostarczenie dokumentacji wspierającej informacje zawarte w formularzu.
 - 4.3.1.1 Wymagane informacje mogą obejmować dane demograficzne pacjenta, odcinki wypłat, wyciągi bankowe, aktywa, miesięczne wydatki danego gospodarstwa domowego, inne zaległe rachunki medyczne i zadłużenie na kartach kredytowych.
 - 4.3.1.2 W przypadku otrzymania niekompletnego wniosku pacjent otrzyma pisemne powiadomienie zawierające dane kontaktowe McLaren i informacje dotyczące właściwego sposobu wypełnienia wniosku.
- 4.4 Wyznaczeni pracownicy będą analizować podania o pomoc finansową, w oparciu o wytyczne ustanowione w niniejszych zasadach oraz informacje zawarte w danym wniosku o pomoc finansową, aby ustalić uprawnienia i powiadomić pacjenta/rodzinę o decyzji.
- 4.5 Dające się zastosować zniżki w ramach pomocy finansowej zostaną zastosowane do salda należności pacjenta po podjęciu decyzji.
 - 4.5.1 Pacjenci, którzy uzyskali pomoc finansową, niezależnie od tego, czy są ubezpieczeni, czy nie, będą poddani ocenie swoich opłat, tak aby maksymalna odpowiedzialność pacjenta wynosiła „Kwotę ogólnie naliczaną (AGB)” przez MHC, co stanowi kwotę średnią dozwoloną w umowie, którą pacjenci Medicare, opieki komercyjnej i zarządzanej otrzymują ze swojego ubezpieczenia. Nazywa się to „Lookback Method” zgodnie z wytycznymi Affordable Care Act. MHC będzie obliczać i aktualizować AGB corocznie. Aby uzyskać więcej informacji dotyczących AGB w lokalizacji MHC, gdzie pacjent korzystał z usług, należy zadzwonić pod numer 586-710-8300 lub 1-844-321-1557.
 - 4.5.2 Pacjenci są odpowiedzialni za wszelkie należne saldo nieobjęte tą zniżką. W celu uregulowania pozostałego zadłużenia będą stosowane normalne procedury windykacyjne. W przypadku nieotrzymania płatności, MHC może podjąć działania przeciwko zaległym saldom, w tym stosując nadzwyczajne czynności windykacyjne (ECAs), nie wcześniej niż po 120 dniach od przygotowania pierwszego zestawienia płatności pacjenta. Może to obejmować dalsze działania agencji windykacyjnej lub prawnika, co może zostać zgłoszone do Biura Kredytowego. Jeśli MHC zamierza zaangażować się w te działania, dostarczy

pisemne powiadomienie, a także spróbuje ustnie powiadomić pacjenta, że pomoc finansowa jest dostępna. Zapoznaj się z „Zasadami rozliczeń i windykacji”.

4.5.2.1 W przypadku, kiedy McLaren otrzyma wypełniony wniosek o pomoc finansową, gdy pacjent jest zaangażowany w ECAs, działania te zostaną zawieszane aż do momentu ustalenia uprawnień pacjenta do skorzystania z pomocy finansowej.

4.5.2.2 W przypadku otrzymania niekompletnego wniosku nadzwyczajne czynności windykacyjne (ECAs) zostaną zawieszane na co najmniej 30 dni po otrzymaniu niekompletnego wniosku, a pacjentowi zostanie wysłane pisemne powiadomienie zawierające dane kontaktowe McLaren i informacje o sposobie wypełnienia wniosku. Po 30 dniach nadzwyczajne czynności windykacyjne (ECAs) mogą zostać wznowione.

4.6 Ewentualna pomoc finansowa może być udzielona na podstawie informacji osób trzecich lub wcześniejszych ustaleń tej pomocy dotyczących.

4.7 Jeśli pacjent ubiega się o pomoc finansową i otrzyma rabat większy niż 50%, wówczas wszelkie wcześniejsze poniesione przez pacjenta koszty zostaną zwrócone i zastosowana zostanie opieka dobroczynna wynikająca z FAP.

5. Polityka charytatywna MHC Narodowego Korpusu Służby Zdrowia (NHSC)

5.1. Poniższe zasady mają zastosowanie wyłącznie do zatwierdzonych przez McLaren HealthCare (MHC) NHSC miejsc prowadzenia praktyki zawodowej

5.2. **Polityka:** Udostępnianie bezpłatnych lub zniżkowych usług osobom potrzebującym. Pacjenci otrzymujący opiekę w zatwierdzonym przez MHC ośrodku Narodowego Korpusu Służby Zdrowia ("NHSC") będą oceniani pod kątem pomocy finansowej na podstawie wymogów NHSC dotyczących dochodu i wielkości rodziny i nie będą oceniani na podstawie innych czynników.

5.3. **Cel:** Wszyscy pacjenci poszukujący usług opieki zdrowotnej w placówkach MHC NHSC mają pewność, że zostaną obsłużeni bez względu na ich zdolność płatniczą. Żadna osoba nie zostanie pozbawiona dostępu do usług ze względu na brak środków finansowych. Program ten ma na celu zapewnienie bezpłatnej lub zniżkowej opieki osobom, które nie mają środków lub mają ograniczone środki na opłacenie usług medycznych (nieubezpieczonym lub niedostatecznie ubezpieczonym).

Pacjenci korzystający z opieki w placówce zatwierdzonej przez NHSC mogą skorzystać ze wzoru aktualnego poufnego wniosku o pomoc finansową od NHC. Wnioskodawcy korzystający z opieki w placówkach NHSC nie są zobowiązani do ubiegania się o świadczenia z ubezpieczenia stron trzecich, stanowych, federalnych lub innych programów charytatywnych przed uzyskaniem prawa do pomocy finansowej.

Zatwierdzone przez MHC NHSC placówki oferują program zniżek w ramach opłat z ruchomą skalą zniżek dla wszystkich osób, które nie są w stanie zapłacić za świadczone usługi. Żadna osoba, która nie jest w stanie zapłacić w zatwierdzonej przez NHSC placówce, nie zostanie pozbawiona dostępu do usług. MHC będzie opierała warunki uczestnictwa w programie na zdolności płatniczej danej osoby i nie będzie dopuszczać się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, płeć, pochodzenie narodowe, niepełnosprawność, religię, wiek, orientację seksualną lub tożsamość płciową. Federalne wytyczne dotyczące ubóstwa ("FPG") są wykorzystywane do tworzenia i corocznej aktualizacji harmonogramu opłat z ruchomą skalą zniżek (SFS) w celu określenia kryteriów uczestnictwa. Jednak pacjenci korzystający z opieki w zatwierdzonym przez MHC ośrodku NHSC, którzy stanowią 250 procent lub mniej poziomu ubóstwa (aktualne wytyczne znajdują się na stronie <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>), otrzymają zwolnienie z wszelkich zobowiązań finansowych (bezpłatną opiekę) za usługi świadczone w zatwierdzonym przez NHSC ośrodku zgodnie z programem zniżek z tytułu opłat z ruchomą skalą zniżek.

5.4. Procedura:

Podczas korzystania z Programu opłat z ruchomą skalą zniżek należy przestrzegać poniższych wytycznych.

1. Powiadomienie: MHC powiadomi pacjentów o Programie opłat z ruchomą skalą zniżek;
 - a) Informacje o zasadach płatności będą dostępne dla wszystkich pacjentów w momencie świadczenia usługi.
 - b) Powiadomienie o Programie opłat z ruchomą skalą zniżek zostanie zaoferowane każdemu pacjentowi przy przyjęciu.
 - c) Informacje dotyczące dostępności Programu opłat z ruchomą skalą zniżek zostaną dołączone do powiadomień o windykacji wysyłanych przez MHC.
 - d) Wyjaśnienie naszego Programu opłat z ruchomą skalą zniżek oraz formularz zgłoszeniowy są dostępne na stronie internetowej MHC.
 - e) MHC umieszcza powiadomienie o programie zniżek w poczekalni ośrodka medycznego.
2. Wniosek o zniżkę: Wnioski o zniżki na usługi mogą być składane przez pacjentów, członków rodziny, pracowników opieki społecznej lub inne osoby, które są świadome istniejących trudności finansowych. Program opłat z ruchomą skalą zniżek będzie dostępny tylko w przypadku wizyt w ośrodku medycznym. Informacje i formularze można uzyskać w recepcji i biurze biznesowym.
3. Administracja: Procedura programu opłat z ruchomą skalą zniżek będzie administrowana przez zespół ds. weryfikacji pomocy finansowej w ramach programu Patient Access (Dostęp dla pacjentów). Pacjenci otrzymają informacje na temat zasad i procedur FAP oraz programu opłat z ruchomą skalą zniżek. Personel powinien zaoferować pomoc w wypełnieniu wniosku. Godność i poufność będą szanowane przez wszystkich, którzy szukają i/lub otrzymują usługi opieki zdrowotnej.
4. Wypełnianie wniosku: Pacjent/osoba odpowiedzialna musi w całości wypełnić poufny wniosek o pomoc finansową NHSC. Personel będzie dostępny w razie potrzeby, aby pomóc pacjentowi/osobie odpowiedzialnej w wypełnianiu wniosków. Podpisując wniosek, osoby potwierdzają swoje dochody ujawnione w formularzu wniosku.
5. Kwalifikowalność: Zniżki będą oparte wyłącznie na dochodach i wielkości rodziny.
 - a) Rodzina jest definiowana jako: grupa dwóch lub więcej osób (z których jedna jest gospodarzem domu) spokrewnionych przez urodzenie, małżeństwo lub adopcję i

zamieszkujących razem; wszystkie takie osoby (w tym spokrewnieni członkowie podrodziny) są uważane za członków jednej rodziny. MHC zaakceptuje niespokrewnionych członków gospodarstwa domowego przy obliczaniu wielkości rodziny.

- b) Dochód obejmuje: wynagrodzenie brutto; pensje; napiwki; dochód z działalności gospodarczej i samozatrudnienia; odszkodowanie dla bezrobotnych; odszkodowanie dla pracowników; ubezpieczenie społeczne; dodatkowy dochód z ubezpieczenia; zasiłki dla weteranów; renty rodzinne; renty lub emerytury; odsetki; dywidendy; tantiemy; dochód z wynajmu nieruchomości, nieruchomości i trustów; alimenty; alimenty na dzieci; pomoc spoza gospodarstwa domowego; i inne różne źródła.
6. Weryfikacja dochodów: Kandydaci mogą dostarczyć jeden z następujących dokumentów: W-2 z poprzedniego roku, dwa ostatnie odcinki wypłaty, pismo od pracodawcy lub formularz 4506-T (jeśli W-2 nie został złożony). Osoby samozatrudnione mogą być zobowiązane do przedstawienia szczegółowych informacji na temat dochodów i wydatków z ostatnich trzech miesięcy. Należy udostępnić odpowiednie informacje w celu określenia kwalifikowalności do programu. Można wykorzystać oświadczenie o dochodach. Pacjenci, którzy nie są w stanie przedstawić pisemnej weryfikacji, mogą dostarczyć podpisane oświadczenie o dochodach.
7. Zniżki: Pacjenci zatwierdzonych przez NHSC placówek o dochodach na poziomie lub poniżej 250% ubóstwa otrzymają pełną 100% zniżkę na usługi opieki zdrowotnej (tj. otrzymają bezpłatną opiekę). Pacjenci zatwierdzonych przez NHSC lokalizacji kwalifikują się do tej zniżki na wizyty w kwalifikujących się lokalizacjach dla dat usług 240 dni przed i do 365 dni po dacie zatwierdzenia. Harmonogram opłat z ruchomą skalą zniżek umieszczony w Załączniku 8.1.
8. Powiadomienie wnioskodawcy: Wnioskodawca(-y) otrzyma(-ją) pisemną decyzję w sprawie Programu opłat z ruchomą skalą zniżek lub, w stosownych przypadkach, powód odmowy. Wnioski w ramach programu obejmują zaległe salda pacjentów za sześć miesięcy przed datą złożenia wniosku oraz wszelkie salda powstałe w ciągu 365 dni od zatwierdzonej daty, chyba że ich sytuacja finansowa ulegnie znaczącej zmianie. Wnioskodawca ma możliwość ponownego złożenia wniosku po upływie 365 dni lub w przypadku znaczącej zmiany dochodu rodziny. Gdy wnioskodawca ponownie złoży wniosek, okres weryfikacji będzie krótszy niż sześć miesięcy lub od daty wygaśnięcia ostatniego wniosku.
9. Odmowa zapłaty: Jeśli pacjent ustnie wyrazi niechęć do zapłaty lub opuści lokal bez uiszczenia opłaty za usługi, skontaktujemy się z nim na piśmie w sprawie jego zobowiązań płatniczych. Jeśli pacjent nie złożył wniosku o skorzystanie z programu opłat z ruchomą skalą zniżek, wraz z powiadomieniem zostanie przekazana informacja o dostępności programu opłat z ruchomą skalą zniżek. Jeśli pacjent nie podejmie starań, aby zapłacić lub nie odpowie w ciągu 60 dni, oznacza to odmowę zapłaty. W tym momencie MHC może rozważyć różne opcje, w tym zaproponowanie pacjentowi planu płatności, odstąpienie od opłat lub skierowanie pacjenta do działu windykacji. Zasady MHC dotyczące rozliczeń i windykacji mają zastosowanie do pacjentów NHSC, którzy przekraczają 250% FPG. Jak opisano powyżej, osoby poniżej 250% FPG nie są obciążane opłatami za opiekę, a zatem nie podlegają polityce windykacji.
10. Prowadzenie dokumentacji: Informacje związane z decyzjami podejmowanymi w ramach Programu opłat z ruchomą skalą zniżek będą przechowywane przez administratora programu. Szczegóły dotyczące zatwierdzania i odrzucania wniosków będą przechowywane w systemie zarządzania praktyką i monitorowane przez administratora programu.

11. Przegląd zasad i procedur: SFS zostanie zaktualizowany w oparciu o aktualne federalne wytyczne dotyczące ubóstwa. MHC dokona również przeglądu możliwych zmian w naszej polityce i procedurach oraz w celu zbadania praktyk instytucjonalnych, które mogą służyć jako bariery uniemożliwiające kwalifikującym się pacjentom dostęp do naszych usług opieki środowiskowej.
12. Budżet: Podczas corocznego procesu budżetowego szacunkowa kwota usługi Programu opłat z ruchomą skalą zniżek zostanie zawarta w budżecie jako odliczenie od przychodów.

6. Procedura

6.1 N/D

7. Dodatki

- 7.1 Wniosek o pomoc finansową
- 7.2 Podmioty nieobjęte
- 7.3 Zasady rozliczeń i windykacji

8. Załącznik

8.1

		Poziom ubóstwa		
		0-100% od federalnego poziomu ubóstwa (FPL)	101-200% od federalnego poziomu ubóstwa (FPL)	201-250% od federalnego poziomu ubóstwa (FPL)
Liczba osób w rodzinie	Maksymalny dochód	Zniżka	Zniżka	Zniżka
1	\$60,240	100%	75%	50%
2	\$81,760	100%	75%	50%
3	\$103,280	100%	75%	50%
4	\$124,800	100%	75%	50%
5	\$146,320	100%	75%	50%
6	\$167,840	100%	75%	50%
7	\$189,360	100%	75%	50%
8	\$210,880	100%	75%	50%

Dla rodzin/gospodarstw domowych mających więcej niż 8 osób, dodaje się 5380 dolarów na każdą dodatkową osobę.

Poprzednie aktualizacje: 07/19/2022, 01/11/2023, 02/20/2024

Zastępuje zasady: N/D

Wstawić nazwę komisji: N/D

Zatwierdzenia:

12/01/2024

Derek Morkel

Data

Starszy Wiceprezes i Dyrektor IT