McLaren HEALTH CARE		**Título de política:**	Política de asistencia financiera
Fecha de inicio:	07/01/2016	**Número de política:**	PA0003
Fecha de revisión:	01/28/2025	**Sección:**	Ciclo de ingresos
Fecha de edición:	01/28/2025	**Nivel de supervisión:**	Corporativo
Responsabilidad administrativa:	Directores regionales, acceso de pacientes Directores Regionales, McLaren Medical Group (MMG)		

1. **Propósito**

1.1 En concordancia con los valores de McLaren Health Care (MHC) que buscan mejorar la salud y bienestar de nuestros pacientes y cuidar de forma responsable la confianza pública daremos Asistencia Financiera a los pacientes que califiquen para la misma.

Al implementar esta política, McLaren Health Care busca y deberá cumplir con el Código de Rentas Internas, en su sección 501(r), la Ley de Orden Público 107, así como todas otras leyes federales, estatales y locales además de normas y regulaciones que sean aplicables a la implementación de esta política.

2. **Alcance**

2.1 MHC, sus subsidiarias y empresas controladas por mayoría. Esta política incluye a todas las personas que busquen recibir servicios en una instalación de MHC o entidades de servicios profesionales únicamente. Los servicios que suministren proveedores independientes no se incluyen en las disposiciones de esta política. Por favor, vea la Referencia 6.2 Entidades no cubiertas para encontrar una lista de proveedores que no se incluyen en esta política.

3. Definiciones

3.1 N/A [no aplica]

4. **Política de asistencia financiera de MHC**

4.1 MHC ofrecerá a los pacientes sin seguro de gastos o pacientes que indiquen que no tienen la capacidad de pagar los costos que no están incluidos en su seguro la oportunidad de solicitar ayuda financiera por hasta 240 días a partir de su primer estado de cuenta después de ser dados de alta. Se considerará dar ayuda financiera únicamente para servicios de emergencia, catástrofes y necesidades médicas.

4.1.1 Para cumplir con EMTALA (Ley de Normas Razonables de Trabajo y Tratamientos de Emergencias Médicas, EMTALA por sus siglas en inglés) en su totalidad, los pacientes de MHC que requieran servicios de emergencia recibirán tratamiento sin discriminación y sin tomar en cuenta su capacidad de pagar. El personal de MHC no buscará recibir pago de los pacientes que requieran servicios de emergencias antes de recibir el tratamiento. El

personal de MHC no buscará recibir el pago por servicios previos antes de recibir atención en la sala de emergencias.

4.1.2 Los servicios de necesidades médicas se definen como servicios médicos o suministros que el médico considere necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, lesión, condición, afección o sus síntomas y los cuales cumplan con los estándares médicos aceptables.

4.1.3 Los servicios que se consideren cosméticos u opcionales no estarán cubiertos por esta política.

4.1.4 En cuanto a cualquier clínica gratuita asociada con un hospital McLaren, si el proceso de filtrado para beneficencia es igual o más estricto que la política de beneficencia de McLaren, dichos servicios podrán condonarse como beneficencia.

4.1.5 Las clínicas rurales participantes estarán sujetas a los requisitos del NHSC, tal como se establece en la Sección 5 relativa a la elegibilidad para beneficencia, el formulario de solicitud del NHSC y el programa de descuentos conforme a la escala móvil.

4.2 Los lineamientos de asistencia financiera se basan en 400% en el Índice Federal de la Pobreza (Federal Poverty Line, FPL por sus siglas en inglés), los cuales se publican anualmente en el Registro Federal. El personal designado tendrá acceso al Registro Federal y actualizará los lineamientos de asistencia financiera cada año. El descuento se basará en el tamaño de la familia y el ingreso anual.

PERSONAS EN LA FAMILIA/EL HOGAR	Hasta el 400% del FPL		
	Ingreso Mínimo	Ingreso Máximo	Descuento
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%
En caso de familias/ hogares con más de 8 miembros, añada $5,500 por persona adicional. *FPL = Nivel Federal de Pobreza* **Fuente:** (e índices para Hawaii y Alaska): https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines			

4.3 Los pacientes y/o representantes de los pacientes pueden solicitar asistencia financiera para servicios que ya se hayan recibido o que estén agendados. Para esto deberán contactar al Departamento de Ciclo de Ingresos de MHC sea en persona o por escrito. Por favor contacte a nuestros Consultores Financieros en el Hospital McLaren o llame a los teléfonos 586-710-8300 o 1-844-321-1557. Encontrará copias físicas gratuitas de la política de asistencia financiera, la solicitud y un resumen en lenguaje sencillo en todas las ubicaciones, en el sitio web de MHC, o puede solicitar una copia a la dirección que encontrará abajo. También podrá encontrar copias traducidas en el sitio web de MHC.

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

O al correo electrónico: FinancialAssistance@mclaren.org

4.3.1 Los pacientes y/o sus representantes deberán llenar el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera (Referencia 6.1) y deberán suministrar los documentos requeridos para dar validez a los datos del formulario.

4.3.1.1 Alguna de la información requerida puede incluir información demográfica del paciente, talones de pago, estados de cuenta bancarios, información de bienes, de gastos mensuales del hogar, así como otras deudas médicas, y de tarjetas de crédito.

4.3.1.2 Si se recibe una solicitud incompleta, el paciente recibirá una notificación escrita que contenga la información de contacto de McLaren además de instrucciones para llenar la solicitud.

4.4 Habrá empleados designados para filtrar a los individuos que soliciten asistencia financiera basados en los lineamientos establecidos en esta política y la información provista en Formato de Solicitud de Asistencia Financiera. Esto les permitirá determinar la elegibilidad del paciente, dicha decisión se comunicará al paciente/familiar.

4.5 Los descuentos de Asistencia Financiera Aplicables se utilizarán sobre la cuenta del paciente bajo la presente determinación.

4.5.1 Las cuentas de los pacientes que reciban aprobación para recibir Asistencia Financiera, sea que estén asegurados o no se analizarán para que la mayor cantidad sea la 'Cantidad General' (Amount Generally Billed, AGB por sus siglas en inglés) de MHC, la cual es un porcentaje contractual permitido que reciben los pacientes de Medicare, Comerciales y de Managed Care (Cuidado Limitado) mediante su seguro. Esto se conoce como "Lookback Method" (método de cálculo basado en situaciones pasadas) como se define en los lineamientos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act). MHC calculará y actualizará el AGB anualmente. Para mayor información respecto al AGB del MHC en donde se dio servicio al paciente llame al 586-710-8300 o al 1-844-321-1557.

4.5.2 Los pacientes serán responsables de saldar cualquier cantidad que no sea cubierta con este descuento. Se llevarán a cabo los procesos de cobro regulares para recibir el pago por cualquier deuda remanente. En caso de ausencia de pago, MHC podrá tomar acción en cuanto a saldos morosos, esto no antes de 120 días de que se haya entregado el primer estado de cuenta del paciente. Dichas acciones incluyen, pero no se limitan a, acciones de cobro extraordinarias (ECAs, por sus siglas en inglés). Estas acciones pueden incluir

recolección por medio de una agencia o un abogado, lo que se puede informar al Buró de Crédito. Si MHC tiene la intención the llevar a cabo alguna de estas acciones, se notificará al paciente de forma escrita y se buscará notificar verbalmente que puede solicitar Asistencia Financiera. Consulte por favor la 'Política de Facturación y Cobros'.

4.5.2.1 En caso de que McLaren reciba una solicitud completa de Asistencia Financiera de un paciente involucrado en ECAs, dichas actividades serán suspendidas hasta que se determine la elegibilidad del paciente.

4.5.2.2 Si se recibe una solicitud incompleta, las ECAs se suspenderán por un mínimo de 30 días posteriores a la recepción de la solicitud incompleta y el paciente recibirá una notificación escrita que contenga la información de contacto de McLaren además de instrucciones para llenar la solicitud. Una vez transcurridos 30 días, las ECAs podrán continuar.

4.6 Se podrá aplicar asistencia financiera presunta con base en información de terceras partes o en una determinación previa de asistencia financiera.

4.7 Si un paciente solicita asistencia financiera y recibe un descuento mayor al 50%, en ese caso cualquier ajuste de pago por medio de beneficencias se reversará y se aplicará el cuidado por FAP.

5. Política de Beneficencia del National Health Service Corps (NHSC) de MHC

5.1 Las disposiciones contenidas en esta sección aplicarán exclusivamente a los consultorios aprobados por el NHSC de McLaren HealthCare (MHC).

5.2 Política: Garantizar la disponibilidad de servicios gratuitos o con descuento para las personas que los necesiten. Los pacientes que reciban atención en un consultorio aprobado por el National Health Service Corps ("NHSC") de MHC serán evaluados para asistencia financiera conforme a los requisitos del NHSC, específicamente en lo relacionado con ingresos y tamaño del núcleo familiar, sin considerar otros factores ajenos a dichos criterios.

5.3 Propósito: Asegurar que todos los pacientes que soliciten servicios de atención médica en los consultorios del NHSC de MHC reciban la atención necesaria, independientemente de su capacidad de pago. En ningún caso se denegará la prestación de servicios debido a la falta de recursos económicos. Este programa tiene como finalidad proporcionar atención gratuita o con descuento a quienes no dispongan de los medios, o tengan medios limitados, para sufragar los costos de sus servicios médicos (no asegurados o con seguro insuficiente).

Los pacientes que reciban atención en un consultorio aprobado por el NHSC podrán utilizar el formulario vigente de Solicitud Confidencial de Asistencia Financiera del NHSC. Los solicitantes que reciban atención en dichos consultorios no estarán obligados a gestionar beneficios provenientes de seguros de terceros, estatales, federales u otros programas de beneficencia como requisito previo para ser considerados elegibles para la asistencia financiera.

Los consultorios aprobados por el NHSC de MHC ofrecerán un Programa de descuento conforme a una escala móvil a todas las personas que no puedan cubrir el costo de los servicios. En ningún caso se negará el acceso a los servicios a quienes carezcan de capacidad de pago en un consultorio aprobado por el NHSC. La elegibilidad para este programa será determinada con base en la capacidad de pago del individuo, sin que se les someta a discriminación por motivos de raza, género, origen nacional, discapacidad, religión, edad, orientación sexual o identidad de género. Las Guías Federales de Pobreza ("FPG", por sus siglas en inglés) se utilizarán para establecer y actualizar anualmente la escala de tarifas móviles ("SFS", por sus siglas en inglés), que sirven para determinar la elegibilidad. No obstante, los pacientes que reciban atención en un consultorio aprobado por el NHSC de MHC y cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 250 por ciento del nivel de pobreza (consulte las guías actuales en https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines) quedarán exentos de toda responsabilidad financiera por los servicios brindados en el consultorio aprobado por el NHSC (recibirán atención gratuita), conforme al programa de descuento según la escala móvil.

5.4 Procedimiento:

Las siguientes directrices deberán seguirse para implementar el Programa de descuentos conforme a una escala móvil.

1. Notificación: MHC notificará a los pacientes sobre el Programa de descuentos conforme a una escala móvil mediante:
    a) Información sobre la Política de Pagos disponible para todos los pacientes al momento de recibir el servicio.
    b) Notificación sobre el Programa de descuentos conforme a una escala móvil ofrecida a cada paciente durante el ingreso.
    c) Información sobre la disponibilidad del Programa de descuentos conforme a una escala móvil incluida en los avisos de cobro enviados por MHC.
    d) Una explicación del Programa de descuentos conforme a una escala móvil y del formulario de solicitud disponible en el sitio web de MHC.
    e) Notificación sobre el Programa de descuentos conforme a una escala móvil colocada en las áreas de espera de las clínicas.
2. Solicitud de descuento**:** Las solicitudes para servicios con descuento podrán ser realizadas por los pacientes, familiares, trabajadores sociales u otras personas que conozcan las dificultades financieras existentes del paciente. El Programa de descuentos conforme a una escala móvil estará disponible únicamente para las visitas a los consultorios. La información y los formularios pueden obtenerse en la recepción y en la oficina administrativa.
3. Administración: El procedimiento para solicitar el Programa de descuentos conforme a una escala móvil será gestionado por el equipo de Revisión de Asistencia Financiera de Acceso del Paciente. Se proporcionará a los pacientes información sobre la Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) y las políticas y procedimientos del Programa de descuentos conforme a una escala móvil. El personal ofrecerá asistencia para completar la solicitud. Se respetará la dignidad y confidencialidad de todas las personas que soliciten y/o reciban servicios de atención médica.
4. Completar la solicitud**:** El paciente o su representante deberán completar en su totalidad el Formulario Confidencial de Solicitud de Asistencia Financiera del NHSC. El personal estará disponible, según sea necesario, para asistir al paciente o a su representante con la solicitud. Al firmar la solicitud, las personas confirman los ingresos declarados en el formulario de solicitud.
5. Elegibilidad**:** Los descuentos se basarán únicamente en los ingresos y el tamaño del núcleo familiar.

a. Se define "familia" como: un grupo de dos o más personas (una de las cuales es el jefe del hogar) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas; todas esas personas (incluidos los miembros de subfamilias relacionadas) se consideran miembros de una sola familia. MHC aceptará integrantes del hogar no relacionados al calcular el tamaño del núcleo familiar.
b. Los ingresos incluyen: salarios brutos; sueldos; propinas; ingresos por negocios o trabajo por cuenta propia; compensación por desempleo; compensación por accidentes de trabajo; Seguridad Social; Seguridad de Ingreso Suplementario; pagos a veteranos; beneficios para sobrevivientes; pensiones o ingresos por jubilación; intereses; dividendos; regalías; ingresos por propiedades de alquiler, herencias y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención infantil; asistencia de personas externas al hogar y otras fuentes diversas.

6. Verificación de ingresos: Los solicitantes podrán proporcionar uno de los siguientes documentos: W-2 del año anterior, los dos recibos de pago más recientes, una carta del empleador o el Formulario 4506-T (si no se presentó el W-2). Es posible que a los trabajadores por cuenta propia se les solicite presentar detalles de los ingresos y gastos de los últimos tres meses de su negocio. Se debe proporcionar información suficiente para determinar la elegibilidad para el programa. Se puede utilizar una declaración jurada de ingresos. Los pacientes que no puedan proporcionar verificación por escrito podrán presentar una declaración firmada de ingresos.

7. Descuentos: Los pacientes que acudan a consultorios aprobados por el NHSC y cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 250 % del nivel de pobreza recibirán un descuento completo del 100 % en los servicios de atención médica (es decir, recibirán atención gratuita). Los pacientes que acudan a consultorios aprobados por el NHSC son elegibles para este descuento para visitas en ubicaciones calificadas con fechas de servicio hasta 240 días antes y hasta 365 días después de la fecha de aprobación. Consulte el Apéndice 8.1 para obtener más información sobre la escala de tarifas móviles.

8. La resolución del Programa de descuentos conforme a una escala móvil se comunicará al solicitante por escrito. En caso de denegación, se indicará el motivo correspondiente. Las solicitudes del programa abarcarán los saldos pendientes de los pacientes correspondientes a los seis meses anteriores a la fecha de la solicitud, así como cualquier saldo generado dentro de los 365 días posteriores a la fecha de aprobación, salvo que su situación financiera cambie de manera significativa. El solicitante tendrá la posibilidad de volver a presentar una solicitud una vez transcurridos los 365 días o en cualquier momento en que se produzca un cambio significativo en los ingresos familiares. Al realizar una nueva solicitud, el periodo retroactivo aplicable será el menor entre seis meses o el tiempo transcurrido desde la expiración de su solicitud anterior.

9. Rechazo explícito de pago: Si un paciente manifiesta verbalmente que no está dispuesto a pagar o abandona las instalaciones sin cubrir los servicios, se le enviará una notificación por escrito para recordarle sus obligaciones de pago. En caso de que el paciente no haya solicitado la escala de tarifas móviles, el aviso incluirá información sobre la disponibilidad del Programa de descuentos conforme a una escala móvil. Si el paciente no realiza esfuerzos de pago o no responde en un plazo de 60 días, se considerará que ha realizado un rechazo explícito de pago. En ese momento, MHC podrá evaluar opciones como ofrecer un plan de pagos, eximir los cargos o remitir el caso a cobranzas. La política de Facturación y Cobranza de MHC se aplica únicamente a los pacientes del NHSC cuyos ingresos excedan el 250 % de las Guías Federales de Pobreza (FPG). Tal como se explicó anteriormente, aquellos con ingresos por debajo del 250 % de las FPG no están sujetos a cargos por atención, y por lo tanto, no se les aplica esta política de cobranzas.

10. Registros: El administrador del programa será responsable de conservar la información relacionada con las decisiones del Programa de descuentos conforme a una escala móvil. Los detalles sobre las solicitudes aprobadas y denegadas se registrarán en el sistema de gestión del consultorio y serán supervisados por el administrador del programa.
11. Revisión de políticas y procedimientos: El SFS se actualizará conforme a las Guías Federales de Pobreza más recientes. Además, MHC también analizará posibles cambios en las políticas y procedimientos y examinará las prácticas institucionales que representen barreras para que los pacientes con elegibilidad tengan acceso a nuestras provisiones de cuidado a la comunidad.
12. Presupuesto: Durante el proceso anual de presupuesto, se incluirá un monto estimado para los servicios del Programa de descuentos conforme a una escala móvil como una deducción de los ingresos.

6. Procedimiento

6.1 N/A

7. Referencias

7.1 Formulario de solicitud de asistencia financiera

7.2 Entidades no cubiertas

7.3 Políticas de facturación y cobro

8. Apéndice

8.1

		Nivel de pobreza		
		0-100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	101-200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	201-250% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)
Personas en la Familia	Ingreso Máximo	Descuento	Descuento	Descuento
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%

En caso de familias/ hogares con más de 8 miembros, añada $5,500 por persona adicional.

Revisiones anteriores: 07/19/2022, 01/11/2023, 02/20/2024, 12/11/2024

Sustituye la política: N/A

Insertar nombre de comité: N/A

Aprobaciones:

_____ _____

Katerina Serdenkovski **Fecha**
Vicepresidente, Ciclo de ingresos