



Current Status: Active

PolicyStat ID: 9349605

Beaumont

Origination:	9/7/2018
Effective:	4/21/2021
Last Approved:	4/21/2021
Last Revised:	4/21/2021
Next Review:	4/21/2022
Document Contact:	<i>Kristener Polzin: Sr Dir, Revenue Cycle Mgmt</i>
Area:	<i>Revenue Cycle</i>
Key Words:	
Applicability:	<i>Beaumont All Sites</i>

Assistenza finanziaria

Document Type: Policy (Italian)

I. OBIETTIVO E SCOPO:

A. Lo scopo di questa Politica è di descrivere le modalità con cui gli ospedali Beaumont Health e Beaumont Medical Group identificano e forniscono assistenza finanziaria ai pazienti che non sono assicurati e ai pazienti che necessitano di aiuti per pagare le proprie spese ospedaliere.

La presente Politica fa riferimento a tali ospedali con il nome generico di "Ospedali Beaumont" o "Ospedali", e singolarmente come "Ospedale Beaumont" o "Ospedale". Quando questa Politica fa riferimento a "Beaumont Health", fa riferimento a ogni singolo ospedale Beaumont e a ogni singolo Beaumont Medical Group.

Questa Politica è volta a soddisfare i requisiti riportati nella Sezione 501(r) del Codice delle entrate interno del 1986, con modifiche, che indica alcuni requisiti per gli Ospedali in merito all'assistenza finanziaria, ai limiti di importi e alle attività di fatturazione e di riscossione. I pazienti che non possono permettersi di pagare i servizi forniti dagli Ospedali possono richiedere assistenza finanziaria e possono ottenere assistenza finanziaria in conformità ai termini e alle condizioni di questa Politica.

C. La presente Politica è inoltre volta a soddisfare alcune regole di rendicontazione dei costi ospedalieri Medicare.

D. Le parole scritte in lettere maiuscole in questa Politica e non altrimenti definite hanno i significati indicati nella Sezione III riportata di seguito.

II. DEFINIZIONE DELLA POLITICA:

A. La politica di Beaumont Health prevede quanto segue:

1. Fornire Cure di emergenza e altre Cure mediche necessarie, senza discriminazione, a tutti i pazienti, indipendentemente dalla possibilità o meno che hanno di pagare tali cure;
2. Fornire assistenza finanziaria per Cure di emergenza e altre Cure mediche necessarie agli individui che possono ricevere detta assistenza secondo quanto previsto dalla presente Politica;
3. Non addebitare ai pazienti che hanno diritto all'assistenza finanziaria ai sensi della presente Politica le Cure di emergenza o altre Cure mediche necessarie in misura superiore agli Importi generalmente fatturati (ovvero, Beaumont Health non addebiterà a un paziente che è idoneo a ricevere assistenza finanziaria ai sensi della presente Politica per le Cure di emergenza o altre Cure mediche necessarie un importo superiore agli Importi lordi per tale assistenza moltiplicati per la percentuale generalmente fatturata (Amounts Generally Billed, in sigla AGB) e
4. Addebitare ai pazienti che hanno diritto all'assistenza finanziaria ai sensi della presente Politica un importo inferiore agli Importi lordi per servizi diversi dalle Cure di emergenza o altre Cure mediche necessarie.
5. Fornire sconti ai pazienti paganti non assicurati e idonei.

B. L'idoneità a ricevere assistenza finanziaria viene determinata in base (i) all'incapacità dimostrata del paziente di pagare i servizi o i beni a causa di inadeguate risorse finanziarie o (ii) dallo stato del paziente in quanto paziente pagante non assicurato e idoneo. Come specificato in questa Politica, nel valutare l'idoneità di un paziente a ricevere assistenza finanziaria a causa di inadeguate risorse finanziarie, Beaumont Health considera il Bilancio familiare del paziente oltre al Reddito familiare del paziente confrontandoli con le Linee guida federali per la povertà (aggiornate annualmente). Inoltre, per valutare l'idoneità all'assistenza finanziaria, un paziente deve collaborare nel fornire le informazioni richieste da Beaumont Health in conformità alla presente Politica e nel fare richiesta per Medicaid o per programmi di pagamenti terzi, se presenti.

Come descritto di seguito, la presente Politica:

1. Comprende i criteri di ammissibilità per l'assistenza finanziaria e stabilisce le circostanze in cui un paziente può beneficiare di cure gratuite o scontate.
2. Descrive il metodo per richiedere tale assistenza finanziaria, se presente.
3. Descrive il metodo con cui i pazienti possono essere presumibilmente definiti idonei a ricevere l'assistenza finanziaria e il metodo con cui i pazienti che sono presumibilmente idonei a beneficiare di un'assistenza

finanziaria inferiore al 100% possono richiedere un'assistenza finanziaria più cospicua.

4. Descrive la base per il calcolo degli importi addebitati ai pazienti idonei a ricevere assistenza finanziaria ai sensi della presente Politica, nonché gli importi a cui verranno applicate agevolazioni vantaggiose per le cure.
5. Definisce gli importi che Beaumont Health addebiterà per Cure di emergenza o altre Cure mediche necessarie fornite ai pazienti idonei a ricevere assistenza finanziaria in base a un importo non superiore agli importi fatturati genericamente a persone in possesso di un'assicurazione che copre tali cure.
6. Descrive il metodo con cui Beaumont Health determina gli importi fatturati genericamente.
7. Dichiaro che Beaumont Health mantiene in un documento separato un elenco che specifica quali fornitori (diversi dagli Ospedali Beaumont) che forniscono Cure di emergenza o altre Cure mediche necessarie negli Ospedali sono coperti da questa Politica e quali non lo sono, e spiega come un individuo possa facilmente ottenere una copia gratuita dell'elenco.
8. Dichiaro che Beaumont Health mantiene una Politica di fatturazione e riscossione separata che stabilisce le azioni che possono essere intraprese in caso di mancato pagamento e fornisce istruzioni su come membri del pubblico possano facilmente ottenere una copia della Politica di fatturazione e riscossione.
9. Descrive gli sconti di Beaumont Health ai pazienti paganti non assicurati idonei come indicato in questa Politica.

C. Beaumont Health fornisce Cure di emergenza a tutti i pazienti, indipendentemente dalla capacità di pagare, in conformità alla legge EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act).

III. DEFINIZIONI:

In questa Politica vengono utilizzate le seguenti definizioni:

A. Importi di norma fatturati ai pazienti (in sigla inglese AGB): ogni Ospedale Beaumont adotterà il "metodo di ricerca" per determinare l'AGB. In particolare, ogni Ospedale determinerà gli Importi generalmente fatturati per tutte le cure mediche moltiplicando gli addebiti lordi per tale assistenza in base alla percentuale AGB.

B. Percentuale AGB: ogni Ospedale Beaumont calcolerà la propria percentuale AGB dividendo la somma di tutti i crediti che sono stati concessi per tutte le cure mediche dalla commissione di Medicare e da tutte le compagnie di assicurazione sanitaria private durante un precedente periodo di dodici (12) mesi per la somma dei relativi Importi lordi per tali crediti. Per questi scopi, incluso nell'importo "autorizzato" vi è sia l'importo che Medicare o la compagnia di assicurazioni privata dovranno rimborsare, sia l'importo (se presente) che il beneficiario di Medicare o l'individuo assicurato è tenuto personalmente a pagare (sotto forma di coassicurazione o franchigie), indipendentemente dal fatto e dal momento in cui l'individuo paghi effettivamente tutta o parte della propria porzione e non tiene conto di eventuali agevolazioni o sconti applicati alla porzione individuale (in base alla presente Politica o in altro modo). Ogni Ospedale Beaumont calcolerà

annualmente una percentuale AGB rivista e applicherà la percentuale AGB rivista entro il 120° giorno dopo la fine del periodo di 12 mesi utilizzato per determinare la percentuale AGB.

Ciascuna percentuale AGB dell'Ospedale Beaumont sarà indicata nel sito Web di Beaumont Health. Inoltre, i membri del pubblico possono ottenere per iscritto la Percentuale AGB dell'Ospedale Beaumont gratuitamente chiamando il numero (248) 577-9205 o inoltrando una richiesta scritta al seguente indirizzo:

Customer Service Department
Beaumont Health System
26935 Northwestern Hwy.
Southfield, MI 48033

C. **Cure di emergenza:** le cure o il trattamento di una condizione medica di emergenza come definito dalla Legge sul trattamento medico di emergenza e sulla forza lavoro attiva (EMTALA).

D. **EMTALA:** legge sul trattamento medico di emergenza e sulla forza lavoro attiva (42 U.S.C. par. 1395dd) e le normative previste dalla Sottosezione G del Capitolo IV del Paragrafo 42 del Codice delle normative federali.

E. **Famiglia:** usando la definizione dell'U.S. Census Bureau, un gruppo di due o più persone che risiedono insieme e che sono imparentate per nascita, matrimonio o adozione. Inoltre, se il paziente è definito come a carico del reddito di un genitore o di un figlio adulto, la parte che dichiara il paziente come a carico sarà considerata un membro della Famiglia del paziente.

F. **Bilancio familiare:** il bilancio combinato (diverso dal Reddito familiare) del paziente, dei membri della Famiglia del paziente e di tutti i Garanti, come regolato in conformità a questa Politica. Il Bilancio familiare include, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, denaro presente nei conti bancari e conti di investimento, obbligazioni, certificati di deposito e beni fiduciari. Sono esclusi dal Bilancio familiare: proprietà di immobili; veicoli; e beni posseduti congiuntamente dal paziente e da un individuo che non è un membro della Famiglia, ma solo se l'accesso del paziente al bene è esclusivamente a beneficio del non familiare. Ai soggetti che richiedono assistenza finanziaria potrebbe venire chiesto di fornire documentazione riguardante il valore del Bilancio familiare.

G. **Reddito familiare:** le entrate totali percepite dal paziente, dai Familiari del paziente che hanno più di 15 anni di età e da tutti i garanti provenienti da qualsiasi tipo di fonte, inclusi, ad esempio, guadagni, indennità di disoccupazione, indennità dei lavoratori, sicurezza sociale, reddito di sicurezza supplementare, assistenza pubblica, pagamenti dei veterani, prestazioni ai superstiti, redditi pensionistici, interessi, dividendi, affitti, royalty, reddito proveniente da trust, assistenza all'istruzione, alimenti, sostegno ai figli e altra assistenza. A tale scopo, i conti di pensionamento saranno valutati in base al loro valore di rendita, con il valore equivalente annuo trattato come Reddito familiare; come durata della rendita saranno utilizzati venticinque anni e come tasso di crescita annuale sarà utilizzato il 3,5%. Durante la procedura di screening volta a valutare la presunta idoneità, Beaumont Health può stimare il reddito familiare di un paziente utilizzando un modello di calcolo sviluppato da terzi, che utilizza informazioni sui rapporti di credito, dati auto-segnalati, fonti di dati di marketing e redditi medi per altri residenti in prossimità dell'indirizzo segnalato del paziente.

H. **Linee guida federali sulla povertà:** le Linee guida federali sul reddito in condizioni di povertà pubblicate di volta in volta nel Registro federale dal Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti e in vigore alla data del servizio. Le attuali Linee guida federali sulla povertà applicabili a questa Politica, come aggiornate di volta in volta, sono allegate come Appendice A (vedi allegato scheda in alto a destra).

I. **Importi lordi:** le tariffe stabilite dall'Ospedale per la fornitura di beni e servizi sanitari.

J. **Garante:** una persona diversa dal paziente che è responsabile del pagamento delle spese mediche del paziente.

K. **Cure mediche necessarie:** tali servizi sono ragionevoli e necessari per diagnosticare e fornire un trattamento preventivo, palliativo, curativo o riparatore per le condizioni fisiche o mentali in conformità a standard di assistenza sanitaria professionalmente riconosciuti generalmente accettati nel momento in cui vengono forniti i servizi. Le Cure mediche necessarie non includono servizi estetici, interventi di chirurgia estetica, altri servizi opzionali, articoli scontati e servizi forniti tramite accordi sui prezzi forfettari, servizi personali (ad es. spese per la camera) o articoli di prima necessità per il paziente.

L. **Paziente non assicurato:** una persona fisica che non ha copertura di terzi da parte di una compagnia di assicurazioni commerciale, un piano ERISA, un programma sanitario federale (inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, Medicare, Medicaid, SCHIP e CHAMPUS), un risarcimento del lavoratore o altra assistenza di terzi per assistere detto individuo nel pagamento dei propri obblighi finanziari per le cure mediche.

IV. PROCEDURA:

A. Riferimento paziente

Il personale ospedaliero responsabile della programmazione degli appuntamenti o della registrazione dovrà indirizzare tutti i pazienti senza assicurazione e impossibilitati a pagare le cure a un Consulente per i sussidi per determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria. Anche i pazienti con un'assicurazione che non possono permettersi di pagare la quota a loro carico dell'importo totale dovranno essere indirizzati a un Consulente per i sussidi.

B. Idoneità ad agevolazioni per le cure

1. Criteri di idoneità

a. L'idoneità a ricevere assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure viene determinata in base all'incapacità dimostrata del paziente di pagare i servizi o i beni a causa di inadeguate risorse finanziarie. Un paziente non ha diritto all'assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure ai sensi della presente Politica se il Bilancio familiare del paziente è valutato a \$ 50.000 o a un valore superiore, indipendentemente dal Reddito familiare del paziente.

b. Un paziente con un Bilancio familiare valutato a meno di \$ 50.000 che soddisfi i seguenti criteri sarà idoneo per un'agevolazione finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure per gli importi dovuti per Cure di emergenza o altre Cure mediche necessarie dal paziente (ma non per gli importi dovuti da un pagatore terzo), in base a una scala variabile, nell'importo indicato:

- Se il Reddito familiare di un paziente è inferiore o uguale al 200% delle Linee guida federali sulla povertà, il paziente riceverà un'agevolazione per le cure pari al 100% rispetto agli importi dovuti dal paziente.
- Se il Reddito familiare di un paziente è pari ad almeno il 201% ma inferiore o uguale al 300% delle Linee guida federali sulla povertà, il paziente riceverà un'agevolazione per le cure pari alla particolare percentuale AGB dell'ospedale rispetto agli importi dovuti dal paziente. (Per esempio, se la percentuale AGB dell'ospedale all'epoca fosse del 76%, il paziente riceverebbe un'agevolazione per le cure del 76% rispetto agli importi dovuti dal paziente).

Ciascuna percentuale AGB dell'ospedale determinata annualmente viene indicata sul sito Web di Beaumont Health ed è inoltre disponibile contattando il numero (248) 577-9205 o inviando una richiesta scritta al seguente indirizzo:

Customer Service Department
Beaumont Health System
26935 Northwestern Hwy.
Southfield, MI 48033

c. Le attuali Linee guida federali sulla povertà sono indicate nell'Allegato A.

d. Se il paziente è definito come a carico del reddito di un genitore o di un figlio adulto, il reddito della parte che dichiara il paziente come a carico, unitamente a qualsiasi altro Reddito familiare, sarà considerato la base per determinare l'idoneità.

e. Se l'attuale Reddito familiare è aumentato significativamente nell'ultimo anno, Beaumont Health può sospendere una decisione in merito all'assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure in presenza di una base ragionevole per ritenere che il Reddito familiare tornerà ai livelli precedenti. In deroga a qualsiasi disposizione contraria di questa Politica, se il Reddito familiare è significativamente diminuito nel corso dell'ultimo anno, Beaumont Health può negare l'assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure qualora vi fosse una base ragionevole per ritenere che il Reddito familiare tornerà ai livelli precedenti entro l'anno successivo.

f. L'assistenza finanziaria non è applicabile alla responsabilità di pagamento di una compagnia di assicurazioni o di un piano di benefit in un piano di assistenza sanitaria, indipendentemente dal fatto che la compagnia di assicurazioni o il piano sanitario abbiano effettuato il pagamento al paziente o a

Beaumont Health.

g. Se il paziente riceve un risarcimento finanziario o una liquidazione da un soggetto terzo autore di illecito civile che ha causato l'infortunio del paziente che ha portato a dover richiedere servizi medici e beni forniti da Beaumont Health, il paziente deve utilizzare l'importo della liquidazione o del risarcimento per pagare gli importi e non avrà diritto a ricevere assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure.

h. Oltre a soddisfare i criteri del Reddito familiare e del Bilancio familiare di cui sopra, per poter beneficiare dell'assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure ai sensi della presente Politica, un paziente deve inoltre:

- Compilare la Richiesta di assistenza finanziaria fornita da Beaumont Health;
- Fornire tutta la documentazione richiesta da Beaumont Health in conformità alla presente Politica e al modulo di Richiesta di assistenza finanziaria;
- Richiedere programmi di assistenza finanziaria pubblici da parte di Beaumont Health, compresi, per esempio, Medicaid, Sicurezza sociale, disabilità, ecc.; e
- Collaborare con Beaumont Health nel determinare se il paziente sia o meno idoneo a ricevere assistenza finanziaria ai sensi di questa Politica.

i. Beaumont Health fornirà adeguata assistenza ai pazienti alla ricerca di benefici pubblici per cui possono essere idonei (come, per esempio, Michigan Medicaid, previdenza sociale, ecc.). Beaumont Health potrebbe usare i servizi di fornitori esterni per assistere i pazienti nel richiedere tali benefit.

j. La determinazione dell'idoneità di un paziente all'assistenza finanziaria è soggetta a modifiche qualora si venisse a sapere che le informazioni fornite durante il processo di richiesta o in altro modo erano imprecise o incomplete. In tali circostanze, il paziente verrà avvisato e sarà responsabile del pagamento.

k. L'assistenza finanziaria è disponibile ai sensi della presente Politica solo per i residenti negli Stati Uniti, a meno che non venga concessa un'eccezione specifica prima della prestazione dei servizi.

2. Idoneità presunta per l'assistenza finanziaria come agevolazione per le cure

a. Beaumont Health può utilizzare una terza parte per condurre una valutazione elettronica dei database dei dati pubblici per stimare il Reddito familiare di un paziente e per valutare le necessità finanziarie. Questo modello predittivo include i dati pubblici per calcolare un punteggio di possibilità socioeconomica e finanziaria che includa stime per il reddito, il bilancio e la liquidità. La tecnologia elettronica è progettata per valutare ciascun paziente secondo gli stessi standard ed è calibrata rispetto alle approvazioni dello storico per l'assistenza finanziaria nella procedura di richiesta tradizionale. Il reddito familiare e le informazioni sulla dimensione ottenute da terzi verranno utilizzate insieme alla scala mobile della Politica di assistenza finanziaria per determinare l'importo dell'assistenza finanziaria sotto

forma di agevolazione per le cure per la quale il paziente è presumibilmente idoneo.

b. Un paziente beneficiario di Medicaid sarà ritenuto presumibilmente idoneo a ricevere assistenza finanziaria in misura del 100% sotto forma di agevolazione per le cure.

c. Se un paziente è presumibilmente idoneo ad avere diritto a un'assistenza finanziaria in misura del 100% sotto forma di agevolazione per le cure, l'Ufficio commerciale notificherà al paziente la determinazione per iscritto, e al paziente non sarà richiesto di completare una richiesta di assistenza finanziaria. Se un paziente è presumibilmente idoneo ad avere diritto ad un'assistenza finanziaria in misura inferiore al 100% sotto forma di agevolazione per le cure, l'Ufficio commerciale informerà il paziente in merito alla base per la determinazione dell'idoneità presunta e al modo in cui il paziente può richiedere ulteriore assistenza finanziaria ai sensi della presente Politica e concederà al paziente un ragionevole periodo di tempo per richiedere un'assistenza più generosa prima di avviare azioni straordinarie di riscossione per ottenere l'importo scontato dovuto per le cure.

d. Periodo al quale si applica una determinazione dell'idoneità all'assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure

i. Una determinazione di idoneità per ricevere assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure si applicherà solo a un particolare caso di cura. L'idoneità a ricevere assistenza finanziaria per una particolare cura non qualifica automaticamente un paziente a ricevere assistenza analoga per servizi o beni forniti in futuro.

C. Come richiedere assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure

1. Procedura di richiesta e scadenza

a. A meno che non si determini presuntivamente l'idoneità per un'agevolazione per le cure in misura del 100%, per richiedere assistenza finanziaria (o per assistenza finanziaria più generosa, nel caso di un individuo presumibilmente idoneo per un'assistenza finanziaria inferiore al 100%), un paziente o il Garante del paziente deve completare la Richiesta di assistenza finanziaria fornita da Beaumont Health e fornire tutta la documentazione richiesta in conformità con la presente Politica e la Richiesta di assistenza finanziaria.

b. I pazienti devono compilare la Richiesta di assistenza finanziaria il più presto possibile dopo aver ricevuto servizi o beni da Beaumont Health. I pazienti saranno autorizzati a richiedere assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure fino a 240 giorni dopo la data del primo estratto conto di fatturazione successivo alla dimissione per l'episodio di assistenza in questione. La mancata compilazione e invio della richiesta entro un periodo di 240 giorni può comportare la negazione dell'assistenza finanziaria.

2. Prova del Reddito familiare e del Bilancio familiare

a. Tutti coloro che richiedono assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure dovranno fornire prove del Reddito familiare e del Bilancio familiare. Su richiesta di Beaumont Health, a un richiedente può venire chiesto di fornire copie di quanto segue, laddove applicabile:

- Buste paga relative ad almeno le ultime quattro settimane o una dichiarazione da parte del datore di lavoro attestante gli stipendi lordi
- I moduli RS W-2 emessi durante l'ultimo anno
- Il modulo IRS 1040 più recente
- I due estratti conto degli ultimi due mesi per ciascun conto corrente, libretto di risparmio, conto sul mercato monetario o altro conto bancario o di investimento
- Dichiarazioni scritte relative agli ultimi due mesi per tutte le altre entrate (per es. indennità di disoccupazione, disabilità, pensione, ecc.)
- Lettera di rifiuto di indennità di disoccupazione
- Documentazione dei valori dei Redditi familiari

b. La mancata fornitura di uno di questi documenti può comportare il rifiuto di assistenza finanziaria, sebbene a un richiedente non venga negata l'assistenza finanziaria in base alla mancata fornitura di informazioni o documentazione che la presente Politica o la Richiesta di assistenza finanziaria non richiedono esplicitamente. Se un richiedente non ha nessuno dei documenti elencati per dimostrare il Reddito familiare o il Bilancio familiare, il richiedente può contattare l'ufficio di consulenza finanziaria dell'Ospedale negli uffici e ai numeri di telefono elencati nell'Appendice B per discutere di altre prove che possano essere fornite per dimostrare l'idoneità.

c. Beaumont Health può condividere le informazioni sull'assistenza finanziaria dei pazienti con tutti i centri affiliati a Beaumont Health per la disposizione e la facilità di gestione dell'assistenza finanziaria ai pazienti visitati in più sedi. Nessuna informazione verrà condivisa al di fuori di Beaumont Health se non autorizzato o richiesto per legge.

3. Dove ottenere la Richiesta di assistenza finanziaria e altre informazioni sull'Assistenza finanziaria

a. Ciascun Ospedale Beaumont rende disponibili questa Politica di assistenza finanziaria, la Richiesta della politica di assistenza finanziaria e una sintesi in linguaggio semplice di questa Politica di assistenza finanziaria e la Politica di fatturazione e riscossione sul sito Web di Beaumont Health all'indirizzo <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>, nelle seguenti lingue:

- i. Inglese
- ii. Albanese
- iii. Arabo
- iv. Cinese
- v. Tedesco

- vi. Italiano
- vii. Giapponese
- viii. Coreano
- ix. Polacco
- x. Russo
- xi. Spagnolo
- xii. Vietnamita

b. Inoltre, su richiesta e a titolo gratuito, sono disponibili copie cartacee di questa Politica di assistenza finanziaria, della Richiesta di assistenza finanziaria, dell'elenco dei fornitori coperti e non coperti, una sintesi in linguaggio semplice di questa Politica di assistenza finanziaria e la Politica di fatturazione e riscossione nelle aree di accettazione di ciascun Ospedale e nel Pronto soccorso e, durante il normale orario di lavoro, presso l'ufficio di consulenza finanziaria dell'Ospedale di pertinenza presente nell'elenco in Appendice B.

c. I Consulenti per i sussidi di Beaumont Health sono disponibili per rispondere a domande sull'assistenza finanziaria e per aiutare i pazienti a compilare la Richiesta di assistenza finanziaria. L'ufficio e il numero di telefono del Consulente per i sussidi di ciascun Ospedale è indicato nell'Appendice B.

4. Dove inviare la Richiesta di assistenza finanziaria

La Richiesta di assistenza finanziaria completata dovrà essere inviata, unitamente alla documentazione di supporto richiesta, alla seguente sede dei Servizi finanziari per i pazienti di Beaumont Health:

Beaumont Health
Attn: Customer Service
26935 Northwestern Hwy.
Southfield, MI 48033
Telefono: (248) 577-9205

5. Tempistiche di elaborazione di una Richiesta di assistenza finanziaria

Il personale di Beaumont Health esaminerà la Richiesta di assistenza finanziaria e determinerà l'idoneità del paziente all'assistenza finanziaria. La procedura di esame della richiesta viene completata di norma entro 30 giorni. Una volta presa una decisione in merito all'idoneità a ricevere assistenza finanziaria, l'Ufficio commerciale invierà una lettera per comunicare la decisione al richiedente. Una Richiesta di assistenza finanziaria incompleta verrà restituita al richiedente insieme a una descrizione scritta delle informazioni e della documentazione aggiuntive richieste affinché l'individuo possa completare la Richiesta.

6. Controversie

Un paziente può richiedere il riesame di qualsiasi decisione da parte di Beaumont Health di negare l'assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure o di fornire un'agevolazione per le cure inferiore al 100%,

notificando la persona indicata per l'Ospedale presso l'ufficio elencato nell'Allegato C della base della controversia e del rimedio desiderato entro 30 giorni dal ricevimento da parte del paziente dell'avviso in merito alle circostanze che hanno dato origine alla controversia. Un paziente può comunicare la controversia per iscritto o in forma orale. L'individuo indicato dall'Ospedale nell'Appendice C, o un suo incaricato, esaminerà la controversia del paziente e informerà il paziente in merito alla decisione in forma scritta. Un paziente che sceglie di non partecipare o a cui è stata negata l'assistenza finanziaria ai sensi delle componenti di idoneità testate in base ai mezzi o presunte della presente Politica può comunque beneficiare di uno sconto sul pagamento a carico dei non assicurati ai sensi della presente Politica.

7. Coordinamento con i crediti esigibili di Medicare

Qualsiasi importo deducibile o di coassicurazione rivendicato come inesigibilità di Medicare deve essere escluso dalla rendicontazione sull'agevolazione per le cure dell'Ospedale.

D. Base di calcolo degli importi addebitati ai pazienti idonei a ricevere assistenza finanziaria

1. Beaumont Health non addebiterà ai pazienti idonei all'assistenza finanziaria ai sensi della presente Politica per Cure di emergenza o altre Cure necessarie dal punto di vista medico più degli Importi generalmente fatturati alle persone in possesso di un'assicurazione che copre tale assistenza (ovvero, più degli Importi lordi per tale assistenza moltiplicati per la percentuale AGB). I membri del pubblico possono facilmente ottenere la percentuale AGB in vigore in un determinato momento e una descrizione di accompagnamento del calcolo per iscritto e a titolo gratuito come segue:

- a. Sul seguente sito Web: <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>.
- b. Su richiesta presso l'ufficio di consulenza finanziaria di competenza elencato nell'Appendice B.

2. Per determinare l'importo dovuto per le Cure di emergenza o altre Cure mediche necessarie di un paziente idoneo a ricevere assistenza finanziaria sotto forma di agevolazione per le cure ai sensi della presente Politica, verrà applicata l'adeguata percentuale di agevolazione per le cure determinata come da Sezione IV.B.1.b di questa Politica agli Importi lordi per tali cure moltiplicata per la Percentuale AGB. Per i pazienti assicurati, gli Importi lordi aggiustati saranno utilizzati per calcolare solo la responsabilità finanziaria diretta del paziente (per es. copagamenti, franchigie e altri importi di coassicurazione) in base al piano di benefici per la salute applicabile; la responsabilità finanziaria del piano sanitario sarà basata sui termini del piano e sulle tariffe concordate con l'Ospedale, senza ulteriori agevolazioni, indipendentemente dal fatto che il piano sanitario abbia emesso un pagamento al paziente o a Beaumont Health. La combinazione dei pagamenti da parte della compagnia di assicurazione e dei pagamenti del paziente potrebbe superare l'AGB.

3. In conformità alla legge del Michigan, Beaumont Health non addebiterà a un paziente non assicurato con Reddito familiare pari o inferiore al 250% delle Linee guida federali sulla povertà più del 115% del tasso di rimborso di Medicare (per es. Beaumont Health garantirà uno sconto automatico per assicurare la conformità con questa norma).

4. Beaumont Health addebiterà a un paziente che ha diritto all'assistenza finanziaria ai sensi della presente Politica un importo inferiore agli Importi lordi per servizi diversi dalle Cure di emergenza o dalle Cure mediche necessarie.

E. Categorie aggiuntive di addebiti dovuti

Per evitare fraintendimenti, si fa notare che questa Politica copre esplicitamente quanto segue per i pazienti che altrimenti si qualificano per un'agevolazione per le cure ai sensi della presente Politica:

1. Addebiti per pazienti con copertura assicurativa fornita da un soggetto che non ha un rapporto contrattuale con Beaumont Health (piani fuori rete);
2. Addebiti per servizi non coperti forniti a pazienti idonei nell'ambito di Medicaid o di altri programmi di assistenza per indigenti;
3. Addebiti per i pazienti che hanno superato la durata della degenza nell'ambito di Medicaid o di altri programmi di assistenza per indigenti; e
4. Addebiti per i pazienti altrimenti assicurati che hanno esaurito i loro benefit e sono responsabili per il pagamento di eventuali importi residui.

F. Sconto per pazienti (paganti) non assicurati

1. Idoneità

Beaumont Health fornisce uno sconto ai pazienti non assicurati idonei. Per essere idonei a ricevere lo sconto il paziente non deve essere coperto da nessun piano di assicurazione medica o da garante terzo.

2. Importo dello sconto

Lo sconto è pari alla Percentuale AGB del particolare Ospedale rispetto agli importi dovuti dal paziente. (Per esempio, se la percentuale AGB dell'Ospedale all'epoca fosse del 76%, il paziente riceverebbe uno sconto del 76% sui normali addebiti relativamente agli importi dovuti). Lo sconto si applica tramite il codice importo 200027 (Sconto per pazienti non assicurati).

La percentuale AGB di ciascun Ospedale determinata di volta in volta viene indicata sul sito Web di Beaumont Health ed è inoltre disponibile contattando il numero (248) 577-9205 o inviando una richiesta scritta al seguente indirizzo:

Customer Service Department
Beaumont Health System
26935 Northwestern Hwy.
Southfield, MI 48033

3. Esclusioni

I seguenti articoli e servizi non sono idonei per lo sconto del paziente pagante non assicurato in conformità alla presente Politica:

- a. Servizi con prezzo forfettario (Guarantor Type 112)
- b. Chirurgia estetica (BI 11)
- c. Riabilitazione cardiaca di Fase III (BI 42)
- d. Riabilitazione adulti in regime di day hospital (BI 58)
- e. Programma prescolare (BI 76)
- f. Passività relative agli obblighi assicurativi del paziente (ad es. copagamenti, franchigie e importi di coassicurazione)

G. Fatturazione e riscossione

1. Ciascun Ospedale Beaumont ha elaborato politiche e procedure per le pratiche di riscossione interna ed esterna che tengano conto della misura in cui un paziente ha diritto o meno all'assistenza finanziaria, allo sforzo in buona fede del paziente di presentare domanda per un programma governativo e allo sforzo in buona fede del paziente di rispettare eventuali accordi di pagamento con Beaumont Health. Per i pazienti che hanno diritto all'assistenza finanziaria e che collaborano in buona fede per pagare le fatture in essere, Beaumont Health può offrire piani di pagamento estesi, non impone Azioni di riscossione straordinarie (come definito nella Sezione 501 (r) del codice delle entrate interno del 1986, e modifiche) e non invierà le fatture non pagate a agenzie di riscossione esterne.

2. Tutti gli estratti conto di fatturazione inviati ai pazienti includono una nota scritta esplicita che informa i destinatari della disponibilità di assistenza finanziaria ai sensi della presente Politica e include il numero di telefono dell'ufficio dell'Ospedale che può fornire informazioni su questa Politica e sulla procedura di Richiesta di assistenza finanziaria, nonché il diretto indirizzo del sito Web in cui è possibile ottenere copie della presente Politica, del modulo di Richiesta di assistenza finanziaria e un riepilogo in linguaggio semplice della presente Politica.

3. Le azioni che Beaumont Health può intraprendere in caso di mancato pagamento sono descritte in una Politica di fatturazione e riscossione a parte. Una copia della Politica di fatturazione e riscossione è disponibile sul sito Web di Beaumont Health all'indirizzo <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance> o contattando il relativo Consulente per i sussidi dell'Ospedale indicato nell'Appendice B.

H. Fornitori coperti dalla presente Politica

Un elenco di fornitori (la "Lista dei fornitori") con contratto, o altrimenti autorizzati a prestare assistenza ai pazienti in Beaumont Health e che specifica quali fornitori sono coperti da questa Politica, viene aggiornato separatamente da questa Politica. La Lista dei fornitori è valida solo alla data in cui è stata creata o dell'ultimo aggiornamento, come specificato nella Lista fornitori. È possibile ottenere un Elenco dei fornitori gratuito online all'indirizzo

<https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance> o contattando uno degli uffici dei Consulenti per i benefici elencati nell'Appendice B.

I. **Politica relativa alle cure mediche di emergenza**

Beaumont Health fornisce alle persone, senza discriminazioni, cure per condizioni mediche di emergenza ai sensi dell'EMTALA, indipendentemente dal fatto che abbiano diritto all'assistenza finanziaria ai sensi della Politica. Beaumont Health vieta qualsiasi azione che scoraggi gli individui dal cercare cure mediche di emergenza, come richiedere il pagamento anticipato delle tariffe o condurre attività di recupero crediti nel Pronto soccorso o in altri luoghi dell'Ospedale dove tali attività potrebbero interferire con la fornitura, senza discriminazioni, di cure mediche di emergenza.

Allegati

Appendice F: Riepilogo della Politica di assistenza finanziaria sanitaria di Beaumont Health

Appendice E: Metodo di calcolo degli importi di norma fatturati ai pazienti

Appendice D: Assistenza finanziaria - Fornitori partecipanti

Appendice C: Referente dell'Ospedale per controversie in merito ai criteri di determinazione dell'idoneità a ricevere assistenza finanziaria

Appendice B: Uffici dei consulenti per i benefici

Appendice A: Linee guida federali sulla povertà

Firme approvate

Descrizione fase	Approvatore	Data
	Donna Waters: VP Revenue Cycle	21/4/2021
Politica e moduli - Approvazione del Comitato direttivo (se necessario)	Kristener Polzin: Sr Dir, Patient Revenue	23/3/2021
	Jonathan Horenstein: VP Compliance Accred and Reg	23/3/2021
	Joshua Wymer: Sr Dir, Rev Cyc Data Analytics	8/3/2021
	Kristener Polzin: Sr Dir, Patient Revenue	24/2/2021

Applicabilità

Beaumont Corporate Shared Services, Beaumont Medical Group, Beaumont Pharmacy Solutions, Dearborn, Farmington Hills, Grosse Pointe, Post Acute Care, Royal Oak, Taylor, Trenton, Troy, Wayne

Appendice A

Linee guida federali correnti sulla povertà

Linee guida federali 2021 per i 48 stati confinanti e del District of Columbia		
Persone nella famiglia/nucleo familiare	Agevolazioni per cure al 100%	Agevolazione per le cure pari alla percentuale AGB dell'Ospedale
	<i>200% dell'FPG o inferiore</i>	<i>Da 201% a 300% dell'FPG</i>
1	\$25,760	\$38,640
2	\$34,840	\$52,260
3	\$43,920	\$65,880
4	\$53,000	\$79,500
5	\$62,080	\$93,120
6	\$71,160	\$106,740
7	\$80,240	\$120,360
8	\$89,320	\$133,980
*	\$9,080	\$13,620

* Per famiglie/nuclei familiari con più di 8 persone, aggiungere per ciascun membro della famiglia/nucleo familiare aggiuntivo.

Beaumont

Appendice B: Uffici consulenti per i benefici

Beaumont Hospital – Taylor

Attention: Benefit Advisors
18101 Oakwood Blvd.
Dearborn, Michigan 48124
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Trenton

Attention: Benefit Advisors
18101 Oakwood Blvd.
Dearborn, Michigan 48124
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Troy

Attention: Benefit Advisors
44201 Dequindre Road
Troy, Michigan 48085
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Wayne

Attention: Benefit Advisors
18101 Oakwood Blvd.
Dearborn, Michigan 48124
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Dearborn

Attention: Benefit Advisors
18101 Oakwood Blvd.
Dearborn, Michigan 48124
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Farmington Hills

Attention: Benefit Advisors
28050 Grand River
Farmington Hills, Michigan 48336
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Grosse Pointe

Attention: Benefit Advisors
468 Cadieux Road
Grosse Pointe, MI 48230
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Royal Oak

Attention: Benefit Advisors
3601 W. 13 Mile Road
Royal Oak, MI 48073
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont

Appendice C: Contatto dell'Ospedale per controversie in merito alle determinazioni a ricevere assistenza finanziaria

Beaumont Hospital – Dearborn

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Farmington Hills

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Grosse Pointe

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Royal Oak

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Taylor Attention:

Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Trenton

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Troy

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Wayne

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993