



Правила програми фінансової допомоги пацієнтам HFHS

Правила

Ці правила програми фінансової допомоги пацієнтам HFHS («правила») розроблені для визначення відповідності критеріям пацієнтів, котрі потребують фінансової допомоги й отримують невідкладне або інше необхідне за медичними показаннями обслуговування в закладах Henry Ford Health System (система охорони здоров'я імені Генрі Форда, HFHS); вони стосуються всіх закладів HFHS, наведених у Додатку А, та їх афілійованих клінік («заклади HFHS»). Уся фінансова допомога відображає прагнення HFHS ставитися до кожного пацієнта з гідністю, повагою та співчуттям.

Список постачальників послуг HFHS, що надають невідкладну або іншу необхідну за медичними показаннями допомогу в закладах HFHS, на яку поширюються або не поширюються ці правила, наведено окремо на веб-сторінці HFHS (henryford.com). Список постачальників послуг HFHS можна отримати безкоштовно в електронному вигляді або роздрукувати з веб-сторінки HFHS. Також із цією метою ви можете зателефонувати в один із закладів HFHS, наведених у Додатку А.

Визначення:

- **Суми, що зазвичай стягуються (Amounts Generally Billed, AGB):** означає суми, що зазвичай стягуються за невідкладну або іншу необхідну за медичними показаннями допомогу з осіб, котрі мають страхове покриття такої допомоги.
- **Невідкладна допомога:** означає лікування захворювання, що проявляється гострими симптомами достатнього ступеня важкості (зокрема, сильний біль), коли є підстави вважати, що відсутність негайної медичної допомоги може призвести:
 - до серйозної загрози здоров'ю людини (або стосовно вагітної жінки – здоров'ю жінки чи її майбутньої дитини);
 - до серйозного порушення функцій організму;
 - до серйозної дисфункції органу або частини тіла;
 - стосовно вагітної жінки з переймами до того, що (а) буде недостатньо часу до пологів для безпечного перевезення в іншу лікарню або (б) перевезення становитиме загрозу для здоров'я або безпеки жінки чи її майбутньої дитини.
- **Поручитель:** означає особу (не пацієнт), яка несе відповідальність за рахунки пацієнта.
- **Дохід сім'ї:** включає заробітки до утримання податків, допомогу з безробіття, компенсаційні виплати працівникам, виплати в межах соціального забезпечення, додаткову соціальну допомогу, державну допомогу, виплати ветеранам, допомогу сім'ї померлої особи, пенсійний дохід, відсотки, дивіденди, дохід від орендної плати, авторські гонорари, дохід від майна, трасти, допомогу на освіту, аліменти, виплати на утримання дитини, допомогу від осіб, що не є членами сім'ї, і доходи з інших різних джерел. Цей термін НЕ ВКЛЮЧАЄ допомогу в грошовій формі, наприклад продовольчі талони та субсидії на житло або приріст чи втрату капіталу. Якщо особа проживає разом із сім'єю, має бути включено дохід усіх членів сім'ї (у тому числі осіб, які спільно проживають), за винятком випадків, коли члени сім'ї сплачують орендну плату та (або) не є утриманцями домовласників. Не слід включати осіб, які не є родичами, наприклад сусідів по квартирі. Статус утриманця визначатиметься в кожному випадку окремо.
- **Комітет Henry Ford із фінансової допомоги:** складається з трьох членів керівництва, призначених віце-президентом з управління доходами.
- **Постачальник послуг HFHS:** медичний працівник із клінічними повноваженнями, необхідними для надання послуг у закладі HFHS.
- **Необхідні за медичними показаннями послуги:** відповідні та необхідні для діагностики або лікування вашого захворювання, надаються для діагностики, безпосереднього догляду та лікування вашого захворювання, відповідають стандартам належної медичної практики на місцях і не призначені головним чином для вашої зручності або зручності вашого постачальника медичних послуг.

Критерії надання фінансової допомоги

Критерії надання фінансової допомоги HFHS згідно з цими правилами визначатимуться для кожного випадку окремо одним із трьох методів за умови задовільних результатів перевірки фінансового становища (якщо застосовно), як описано нижче. Пацієнти, які не відповідають критеріям надання допомоги відповідно до цих правил, можуть відповідати критеріям фінансової допомоги інших програм фінансової допомоги, що пропонує HFHS, як-от програм, створених для різних громад. Більш докладна інформація про ці програми міститься на веб-сайті henryford.com.

Фінансова допомога згідно з цими правилами призначена для оплати в крайньому випадку. Перш ніж розглядати знижки в межах фінансової допомоги, HFHS може вимагати, щоб пацієнт подав заяву в Medicaid або інші державні програми допомоги.

HFHS залишає за собою право скасувати затвердження фінансової допомоги, якщо стане відомо, що інформація, надана в процесі подачі заяви, була неточною або неповною. Якщо виникнуть такі обставини, пацієнт та (або) поручитель отримає відповідне повідомлення та має нести відповідальність за оплату.

Метод визначення відповідності критеріям (1) – традиційний:

- Постійне проживання в Сполучених Штатах Америки.
- Житло в межах основних зон надання послуг HFHS, що включають округи Уейн (Wayne), Маком (Macomb), Окленд (Oakland) і Джексон (Jackson). Якщо пацієнти, що звертаються по лікування до закладу HFHS, постійно мешкають за межами зазначених вище округів, пацієнт може відповідати критеріям фінансової допомоги, якщо місце постійного проживання знаходиться в радіусі п'яти миль від закладу HFHS.
- Пацієнт звертається по лікування до постачальника послуг HFHS у заклад HFHS.
- Сукупний річний дохід сім'ї до 400 % федерального прожиткового мінімуму (Federal Poverty Level, FPL). Якщо річний дохід пацієнта дорівнює 250 % федерального прожиткового мінімуму або менший за нього, пацієнт може мати право на знижку 100 %. Якщо річний дохід пацієнта становить від 251 % до 400 % федерального прожиткового мінімуму, пацієнт може претендувати на часткову знижку. Див. нижче таблиці змінних знижок для пацієнтів із страховим полісом і без нього.

Метод визначення відповідності (2) – екстрений:

- Пацієнти, які за 12-місячний період накопичили великий борг перед закладом HFHS за медичне обслуговування в результаті критичної медичної ситуації, що призводить до власних витрат, які перевищують 30 % сукупного річного доходу їхньої сім'ї.
- Постійне проживання в Сполучених Штатах Америки.
- Житло в межах основних зон надання послуг HFHS, що включають округи Уейн (Wayne), Маком (Macomb), Окленд (Oakland) і Джексон (Jackson). Якщо пацієнти, що звертаються по лікування до закладу HFHS, постійно мешкають за межами зазначених вище округів, пацієнт може відповідати критеріям фінансової допомоги, якщо місце постійного проживання знаходиться в радіусі п'яти миль від закладу HFHS.
- Пацієнт звертається по лікування до постачальника послуг HFHS у заклад HFHS.

Пацієнти, які відповідають зазначеним вище критеріям фінансової допомоги, матимуть право на такі знижки:

- непогашена заборгованість пацієнтів за медичні послуги буде встановлена на рівні 30 % від доходу сім'ї;
- пацієнти, котрі відповідають критеріям згідно з методом 1 та методом 2, отримають більшу з двох знижок.

Метод визначення відповідності (3) – на основі припущень:

- HFHS може визначити відповідність критеріям фінансової допомоги на основі припущень – з використанням оцінок третьої сторони, направлення від програм громади та позитивного рішення від державних програм на базі доходів.
- Пацієнти, котрі відповідають умовам для надання фінансової допомоги на основі припущень, можуть отримати право на часткову знижку або повну знижку в розмірі 100 % на невідкладне медичне обслуговування та іншу необхідну за медичними показаннями допомогу. Якщо річний дохід пацієнта дорівнює 250 % федерального прожиткового мінімуму або менший за нього, пацієнт може мати право на знижку 100 %. Якщо річний дохід пацієнта становить від 251 % до 400 % федерального прожиткового мінімуму, пацієнт може претендувати на часткову знижку. Див. нижче таблиці змінних знижок для пацієнтів із страховим полісом і без нього.

Несплачені суми, щодо котрих пацієнти мають право на фінансову допомогу

Несплачені пацієнтами суми, щодо котрих згідно з цими правилами визначається відповідність критеріям надання фінансової допомоги у вигляді знижки, можуть, зокрема, включати:

- суми співстрахування, франшизи та суми спільної оплати;
- нараховані суми для пацієнтів із покриттям від програми медичного страхування, котра не має договірних відносин з HFHS, або коли постачальних послуг HFHS не бере участі в мережі програми медичного страхування;
- нараховані суми для застрахованих пацієнтів, які вичерпали свої страхові виплати;
- нараховані суми за послуги пацієнтам, що не покриваються за програмою Commercial, Medicare або Medicaid;
- нараховані суми для пацієнтів, котрі перевищили тривалість перебування в лікарні, що покривається програмою Commercial, Medicare або Medicaid.

Фінансова допомога згідно з цими правилами надається додатково до знижки для пацієнтів без страхового поліса, установлені в наших правилах знижок для незастрахованих пацієнтів; ці правила можна отримати, зателефонувавши у відділ фінансової допомоги за номером (313) 874-7800.

Таблиці змінних знижок

Пацієнти без страхового поліса

Для пацієнтів із доходом нижче 400 % FPL, котрі відповідають критеріям і не мають страхового поліса, відповідальність пацієнта встановлюється в розмірі відсотка від допустимої суми Medicare, як показано в таблиці нижче.

Дохід сім'ї	% від ставки Medicare
350 % – 400 % FPL	91 %
300 % – 350 % FPL	61 %
250 % – 300 % FPL	30 %
< 250 % FPL	0 %

Пацієнтам без страхового поліса з доходом нижче 250 % FPL, котрі відповідають критеріям, надається знижка 100 %.

Пацієнти зі страховим полісом

Пацієнтам із доходом нижче 400 % FPL, котрі відповідають критеріям і мають страховий поліс, надається знижка на їхні зобов'язання, як показано в таблиці нижче.

Дохід сім'ї	Знижка на заборговані суми
350 % – 400 % FPL	25 %
300 % – 350 % FPL	50 %
250 % – 300 % FPL	75 %
< 250 % FPL	100 %

Перевірка фінансового становища

Для визначення відповідності пацієнта критеріям фінансової допомоги HFHS застосовує змінні знижки, що враховують доходи сім'ї пацієнта й відповідні активи.

Згідно з цими правилами, пацієнт не має права на фінансову допомогу, якщо відповідні активи сім'ї пацієнта становлять 100 000 дол. США або більше, незалежно від доходів пацієнта. Активи, що не належать до списку захищених, вважаються наявними для сплати за медичні послуги. HFHS може враховувати надлишкові наявні активи як доходи поточного року при встановленні рівня знижки, запропонованої пацієнту.

Захищені активи:

- 100 % від першого 1 000 000 дол. США частки в єдиному основному особистому помешканні та 50 % частки в наступному основному помешканні
- Індивідуальний пенсійний рахунок (IRA), 401k, пенсійні плани / пенсії у грошовій формі
- Обґрунтовано необхідні активи для ведення бізнесу
- Особисте майно
- Заощаджувальні плани для навчання в коледжі

Пацієнти, котрі не відповідають критеріям фінансової допомоги

З пацієнтів без страхового поліса, котрі не відповідають критеріям фінансової допомоги згідно з цими правилами або іншими програмами фінансової допомоги, запропонованими HFHS, стягуватиметься оплата за послуги з урахуванням знижок для незастрахованих пацієнтів. Додаткова інформація міститься в правилах знижок для пацієнтів без страхового поліса на веб-сторінці <https://www.henryford.com/visitors/billing>.

Пацієнт може оскаржити відмову на подану заяву про отримання фінансової допомоги; для цього слід написати до комітету фінансової допомоги Henry Ford протягом 30 днів після відмови закладу HFHS, де він отримав медичне обслуговування. Відповідність критеріям фінансової допомоги підлягає схваленню з боку відділу управління доходами HFHS за участі команд із медичної допомоги.

За особливими обставинами може бути зроблено винятки. Вони розглядатимуться в кожному випадку окремо. Будь-який виняток не становить собою зміну правил і не гарантує, що таке саме рішення буде застосоване в майбутньому. Пацієнти можуть зв'язатися з нами за номером **(313) 874-7800** або електронною поштою **financialassistanceapp@hfhs.org**, якщо вони мають додаткові запитання щодо заяв про фінансову допомогу.

Обмеження щодо плати для пацієнтів, які мають право на фінансову допомогу

Нарахування пацієнтам, які відповідають критеріям фінансової допомоги, не перевищуватиме рівень AGB за невідкладне або інше необхідне за медичними показаннями обслуговування, а також їхні витрати не будуть більшими, ніж загальна вартість послуг за всі інші медичні послуги. Кожен заклад HFHS використовує ретроспективний метод розрахунку одного чи кількох відсотків AGB. Відсоток AGB розраховується діленням суми, яку сплатили за програмою Medicare та виплатили приватні медичні страхові компанії за обслуговування пацієнтів у закладі HFHS протягом 12-місячного періоду, на сукупну нараховану суму за цими рахунками.

Заява про надання фінансової допомоги

Пацієнти та (або) поручителі можуть подати заяву про отримання фінансової допомоги в будь-який час протягом 240 днів із моменту виставлення HFHS першого рахунка пацієнтові та (або) поручителеві. HFHS у свою чергу обробить заяву та встановить відповідність критеріям протягом 30 календарних днів після отримання повної заяви. Особу письмово повідомлять про визначення відповідності критеріям і підстави для такого рішення.

Для виконання критеріїв на отримання фінансової допомоги пацієнт / поручитель повинен заповнити заяву про фінансову допомогу пацієнту. Форму заяви можна знайти на веб-сторінці фінансової допомоги HFHS: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance>. Пацієнт може надіслати заповнену заяву на затвердження разом із необхідними документами електронною поштою або факсом у заклад HFHS, де він отримав лікування. Адреси та номери факсів закладів HFHS наведені в Додатку А.

Якщо пацієнт не може завантажити форму заяви через веб-сторінку HFHS, у Додатку А наведена контактна інформація закладів, звернувшись до яких він може отримати друковану форму заяви поштою. Для перегляду форми заяви різними мовами перейдіть за наступним посиланням: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance/documents>.

Якщо пацієнт має запитання стосовно заяви та (або) потребує допомоги з її заповнення, у Додатку А наведена контактна інформація для звернення до закладу HFHS, де пацієнт отримує медичну допомогу.

Необхідні документи можуть включати такі:

- Декларація про федеральний податок на прибуток за останній податковий рік (форма 1040), включаючи всі застосовні шкали
- Останні звіти про заробітну плату та податки (форма W-2) і (або) звіт про інші доходи (форма 1099)
- Остання копія квитанцій про нарахування заробітної плати за останні 2 місяці із зазначенням заробітку з початку року на поточний момент для кожного члена сім'ї або довідка від роботодавця з підтвердженням заробітної плати до стягнення податків
- Довідки про інші доходи (наприклад, доходи від надання в оренду тощо)
- Остання копія банківських виписок (поточні / ощадні рахунки) за 2 останні місяці
- Копія чинних водійських прав штату Мічиган або посвідчення особи штату Мічиган
- Відповідь від Medicaid, Healthy Michigan або Marketplace із відмовою та (або) документація COBRA (якщо застосовно)
- Особиста заява від пацієнта про фінансові потреби

HFHS залишає за собою право вимагати додаткову документацію, якщо знадобиться подальша верифікація доходів і (або) роз'яснення на підставі наданої супровідної документації. HFHS не може відмовити у фінансовій підтримці, якщо заявник не зміг надати документацію, котра прямо не вимагається в цих правилах або формі заяви про надання фінансової допомоги.

Виставлення рахунків і стягнення

Заходи з виставлення рахунків і стягнення, котрих HFHS може вжити в разі відсутності платежів, описані в окремих правилах виставлення рахунків і стягнення коштів із пацієнта, які можна отримати безкоштовно, звернувшись у відділ фінансової допомоги за номером (313) 874-7800, або на веб-сторінці Henry Ford Health System: www.henryford.com.

Додаток А:**Надішліть документи в заклад, де ви отримали медичну допомогу.**

Заклад	Адреса	Номер телефону / факсу / електронна пошта
Henry Ford Allegiance Health Hospitals	Henry Ford Allegiance Health Department 64787 Drawer 64000 Detroit, MI 48264	Телефон: (517) 205-4920
Henry Ford Hospital and Medical Centers	Henry Ford Hospital Patient Financial Assistance Planning Office 2799 West Grand Blvd. K-1, West 107 Clinic Building Detroit, MI 48202	Телефон: (313) 916-4510 Факс: (313) 916-4501
Henry Ford Kingswood Hospital & Henry Ford Maplegrove Center	Behavioral Health Services Attn: BHS Revenue Services 1 Ford Place, Room 1F111 Detroit, MI 48202	Телефон: (313) 874-9501 Факс: (313) 874-6895
Henry Ford Macomb Hospitals	Henry Ford Macomb Hospital Attn: Financial Support 15855 19 Mile Rd. Clinton Township, MI 48038	Телефон: (586) 263-2696 Факс: (586) 263-2697
Henry Ford West Bloomfield Hospital	Henry Ford West Bloomfield Hospital Attn: Revenue Services 6777 West Maple West Bloomfield, MI 48322	Телефон: (248) 325-0201 Факс: (248) 325-0235
Henry Ford Wyandotte Hospital & Henry Ford Medical Center – Brownstown	Henry Ford Wyandotte Hospital Attn: Hospital Patient Financial Assistance Programs 2333 Biddle Ave. Wyandotte, MI 48192	Телефон: (734) 916-4501 Факс: (734) 246-7926
Головний офіс Henry Ford Health System		Телефон: (313) 874-7800 Електронна адреса: financialassistanceapp@hfhs.org