



ระบบสุขภาพ Henry Ford Health System ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายด้วยการให้เกียรติ ความเคารพ และความ การุญ ผู้ป่วยสามารถคาดหวังถึงการบริการทางการแพทย์ที่มีค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่ยุติธรรมได้จาก HFHS ที่ให้บริการและความช่วยเหลือในการหาทางเลือกเพื่อช่วยผู้ป่วยในการจัดการค่ารักษาพยาบาลของตน

คุณมีสิทธิขอรับความช่วยเหลือสำหรับค่ารักษาพยาบาลของคุณผ่านทางโครงการ โครงการการให้ ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย ของเรา

ฉันจะมีสิทธิขอรับความช่วยเหลือได้อย่างไร?

คุณต้องเข้าเกณฑ์ข้อกำหนดเพื่อมีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน เกณฑ์เหล่านี้ได้นำมาแสดงไว้ในตาราง ด้านล่าง:

เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีสิทธิ	เกณฑ์การ คัดเลือกผู้มีสิทธิ วิธีที่ 1 กรณีปกติทั่วไป	เกณฑ์การ คัดเลือกผู้มีสิทธิ วิธีที่ 2 กรณีการล้มละลาย จากค่ารักษาพยาบาล	เกณฑ์การ คัดเลือกผู้มีสิทธิ วิธีที่ 3 โดยการสำนัษฐาน
เป็นผู้พำนักอาศัยถาวรในประเทศสหรัฐอเมริกา	X	X	X
มีที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการหลักของ HFHS	X	X	
กำลังดำเนินการเพื่อเข้ารับการรักษาบำบัดรักษากับผู้ให้บริการ ดูแลสุขภาพของ HFHS ที่สถานพยาบาลของ HFHS	X	X	X
รายได้ต่ำกว่า 400 % ของระดับความยากจนของ รัฐบาลกลาง	X		X
ค่ารักษาพยาบาลของ HFHS มีค่ามากกว่า 30% ของ รายได้ครัวเรือน		X	

**เราอาจประเมินผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบสิทธิขอความช่วยเหลือแบบย้อนหลัง ได้โดยอิงตามเกณฑ์ที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น*

เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีสิทธิ วิธีที่ 1 หรือ 3 (กรณีปกติทั่วไป หรือ โดยการสำนัษฐาน): หากคุณมีรายได้ต่อปีน้อยกว่า หรือเท่ากับ 250% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง คุณอาจมีสิทธิได้รับส่วนลด 100% หากคุณมีรายได้ต่อปีอยู่ ระหว่าง 251% ถึง 400% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง คุณอาจมีสิทธิได้รับส่วนลดบางส่วน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีสิทธิ วิธีที่ 2 (การล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล): หากคุณเข้าเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีสิทธิ วิธีที่ 2 ยอดค้างชำระค่ารักษาพยาบาลที่เข้าเงื่อนไขของคุณจะถูกหักลดลงในระดับ 30% ของรายได้ครัวเรือนของคุณ

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ถูกคิดค่าบริการมากกว่าจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป สำหรับบริการฉุกเฉินและการดูแลรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ ที่จำเป็น และไม่เกินค่าบริการรวมสำหรับการดูแลรักษา ทางการแพทย์ทั้งหมด สถานพยาบาลของ HFHS แต่ละแห่งจะใช้ วิธีการตรวจสอบย้อนหลังเพื่อคำนวณค่าเปอร์เซ็นต์ ของจำนวนเงินเรียกเก็บโดยทั่วไปหนึ่งรายการหรือหลายรายการ ค่าเปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปจะ คำนวณได้จากการหารผลรวมของค่าบริการตามที่ใช่ของโครงการ Medicare และของผู้ประกันสุขภาพภาคเอกชนที่ ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลของ HFHS ในระหว่างช่วงระยะเวลา 12 เดือนหารด้วยผลรวมผลรวม จำนวนเงินที่เรียกเก็บทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสำหรับการเรียกครองค่าสินไหมทดแทนดังกล่าว

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันที่ไม่ผ่านเกณฑ์ขอรับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้นโยบายฉบับนี้หรือโครงการช่วยเหลือทาง การเงินอื่น ๆ ของ HFHS จะถูกคิดค่าบริการโดยอิงตามอัตราส่วนลดสำหรับผู้ป่วยไม่มีประกัน สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูรายละเอียดได้ในส่วนนโยบายส่วนลดสำหรับผู้ป่วยไม่มีประกัน (Uninsured Discount Policy) ได้ทางเว็บไซต์: <https://www.henryford.com/visitors/billing>

ฉันจะสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือได้อย่างไร

สำหรับการสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน คุณต้องกรอกข้อมูลในใบสมัครโครงการ Patient Financial Assistance Program และให้ออกสารประกอบต่าง ๆ คุณมีเวลา 240 วันที่จะดำเนินการในการสมัครภายหลังที่คุณได้รับใบแจ้งค่าบริการครั้งแรก หลังจากที่ได้รับใบสมัครของคุณที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว คุณจะได้รับการแจ้งผลการตัดสินใจภายใน 30 วัน

หากคุณต้องการขอรับสำเนาเอกสารฟรีสำหรับของนโยบายฉบับสมบูรณ์ของเราและ/หรือใบสมัคร คุณสามารถ:

- ขอรับและกรอกใบสมัครในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้โดยการลงชื่อเข้าใช้ใน MyChart แล้วเลือกเมนูเลื่อนลง Financial Assistance ที่อยู่ด้านใต้แท็บ Billing
- สำหรับการดาวน์โหลดสำเนาเอกสารฟรี คุณสามารถเข้าไปยังเว็บไซต์ของเราได้ที่ www.henryford.com/financialassistance หรือ
- ติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า CBO ของเราได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ (313) 874-7800 เพื่อร้องขอให้จัดส่งใบสมัครทางไปรษณีย์

ฉันสามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมได้อย่างไร

- โปรดติดต่อทีมงานโครงการความช่วยเหลือทางการเงินได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ (313) 874-7800 หรือ
- ติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายลงทะเบียนของเรา หรือเข้าไปติดต่อเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยด้านการเงินได้ที่สถานพยาบาลต่าง ๆ ที่แสดงไว้ด้านล่าง

คุณสามารถดูรายการเอกสารประกอบการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่เกี่ยวข้องทั้งหมดได้ที่ https://www.henryford.com/visitors/billing/financial_assistance/documents ที่ให้บริการในหลายภาษา

สถานที่ตั้งและบุคคลติดต่อของแต่ละแผนกที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการขอรับการช่วยเหลือทางการเงินและสำเนาเอกสารใบสมัครฟรี:

สถานพยาบาล	ที่อยู่	หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร/อีเมล
Henry Ford Allegiance Health Hospitals	Henry Ford Allegiance Health Department 64787 Drawer 64000 Detroit, MI 48264	โทรศัพท์: (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	โทรศัพท์: (313) 916-4510 โทรสาร: (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	โทรศัพท์: (313) 874-9501 โทรสาร: (313) 874-6895
Henry Ford Macomb Hospitals	Henry Ford Macomb Hospital Attn: Financial Support 15855 19 Mile Rd. Clinton Township, MI 48038	โทรศัพท์: (586) 263-2696 โทรสาร: (586) 263-2697
Henry Ford West Bloomfield Hospital	Henry Ford West Bloomfield Hospital Attn: Revenue Services 6777 West Maple West Bloomfield, MI 48322	โทรศัพท์: (248) 325-0201 โทรสาร: (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	โทรศัพท์: (734) 916-4501 โทรสาร: (734) 246-7926