



## HFHS-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung von Patienten

### Grundsätze

Diese HFHS-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung von Patienten („Richtlinie“) befasst sich mit dem Anspruch auf finanzielle Unterstützung für Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen und vom Henry Ford Health System („HFHS“) eine Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Versorgung erhalten, und gilt für jede der in Anhang A aufgeführten HFHS-Einrichtungen und ihre angeschlossenen Kliniken („HFHS-Einrichtungen“). In jeder Form der finanziellen Unterstützung spiegelt sich die Selbstverpflichtung von HFHS wider, seine Patienten mit Würde, Respekt und Mitgefühl zu behandeln.

Die Liste der HFHS-Anbieter, die Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Leistungen in HFHS-Einrichtungen erbringen, die unter diese Richtlinie fallen bzw. nicht fallen, wird auf der HFHS-Website ([henryford.com](http://henryford.com)) separat gepflegt. Die Liste der HFHS-Leistungserbringer kann kostenlos über die HFHS-Website online abgerufen oder telefonisch bei einer der in Anhang A aufgeführten HFHS-Einrichtungen in Papierform angefordert werden.

### Definitionen

- **Allgemeine Verrechnungssätze (Amounts Generally Billed, AGB):** bezeichnet die allgemeinen Gebühren, die einer Person für eine versicherte Notfall- oder eine sonstige medizinisch notwendige Behandlungsleistung in Rechnung gestellt werden.
- **Notfallversorgung:** die Behandlung eines Krankheitsbildes, das sich durch akute Symptome in einem solchen Schweregrad (z. B. starke Schmerzen) äußert, dass bei Ausbleiben sofortiger medizinischer Versorgung vernünftigerweise von Folgendem auszugehen ist:
  - Die Gesundheit der betreffenden Person (bzw. im Falle einer Schwangerschaft die der Frau oder des ungeborenen Kindes) ist ernsthaft gefährdet oder
  - Körperfunktionen sind ernsthaft beeinträchtigt oder
  - Organe oder Körperteile sind ernsthaft in ihrer Funktion beeinträchtigt oder
  - Bei einer schwangeren Frau, bei der die Wehen eingesetzt haben, (a) bleibt nicht mehr genug Zeit, sie vor der Entbindung sicher in ein Krankenhaus zu überführen, oder (b) die Überführung würde Gefahr für die Gesundheit oder die Sicherheit der Frau oder des ungeborenen Kindes darstellen.
- **Zahlungsverantwortliche Person:** die Person, die für die Rechnung des Patienten verantwortlich ist (sofern es nicht der Patient selbst ist).
- **Haushaltseinkommen:** das Einkommen vor Steuern, Arbeitslosengeld, Arbeitnehmerentschädigung (Workers' Compensation), Sozialversicherung, zusätzliche Sozialversicherungszahlungen, öffentliche Unterstützung, Sonderzahlungen an Kriegsveteranen, Hinterbliebenenleistungen, Renten- oder Ruhestandseinkommen, Zinsen, Dividenden, Mieteinnahmen, Lizenzgebühren, Einkommen aus Nachlässen, Treuhandfonds, Ausbildungsunterstützung, Unterhalt, Kindergeld, Unterstützung von außerhalb des Haushalts und sonstige Quellen. ENTHÄLT KEINE nicht zahlungswirksamen Leistungen wie Lebensmittelmarken und Wohnbauförderung oder Veräußerungsgewinne oder -verluste. Wenn eine Person bei einer Familie lebt, muss das Einkommen aller Haushaltsmitglieder (einschließlich Lebenspartnern) einbezogen werden, es sei denn, die Haushaltsmitglieder zahlen Miete und/oder sind nicht unterhaltsberechtig. Nichtverwandte wie Mitbewohner sind hierbei ausgenommen. Der Angehörigenstatus wird auf Einzelfallbasis bestimmt.
- **Henry-Ford-Ausschuss für finanzielle Unterstützung:** besteht aus drei Mitgliedern der Führungsebene, die von der Ressortleitung Erlösmanagement ernannt werden.
- **HFHS-Leistungserbringer:** eine medizinisch qualifizierte Person, die über die entsprechende Berechtigung verfügt, um in einer HFHS-Einrichtung medizinische Leistungen zu erbringen.
- **Medizinisch notwendige Dienstleistungen:** dienen der Diagnose oder Behandlung eines medizinischen Zustands, werden für die Diagnose, direkte Versorgung bzw. Behandlung Ihres

Gesundheitsproblems bereitgestellt, erfüllen die Standards guter medizinischer Praxis in der Region und dienen nicht in erster Linie der Bequemlichkeit des Patienten oder Leistungserbringers.

### **Voraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung**

Der Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung durch HFHS im Rahmen dieser Richtlinie wird jeweils anhand einer der folgenden drei Methoden bestimmt, sofern die Vermögensprüfung (siehe unten) eine Anspruchsberechtigung ergeben hat. Patienten, die die Voraussetzungen dieser Richtlinie nicht erfüllen, haben möglicherweise Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen anderer von HFHS angebotener Finanzhilfeprogramme, einschließlich verschiedener öffentlicher Hilfsangebote. Weitere Informationen zu diesen Programmen finden Sie unter [henryford.com](http://henryford.com).

Eine finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie soll als letzter Ausweg in Anspruch genommen werden. Bevor eine finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen wird, kann HFHS von seinen Patienten verlangen, dass sie einen Antrag auf Medicaid oder auf Unterstützung durch sonstige öffentliche Hilfsprogramme stellen.

HFHS behält sich das Recht vor, die Bewilligung der finanziellen Unterstützung aufzuheben, falls festgestellt wird, dass die während des Antragsverfahrens bereitgestellten Informationen ungenau oder unvollständig waren. Sollte dieser Umstand eintreten, wird der Patient bzw. die zahlungsverantwortliche Person darüber benachrichtigt, für die Zahlung verantwortlich zu sein.

### **Anspruchsermittlung – Methode 1 (herkömmlich):**

- Patienten mit ständigem Wohnsitz in den USA
- Persönlicher Wohnsitz in einem der Primärversorgungsbereiche von HFHS (die Countys Wayne, Macomb, Oakland und Jackson). Für Patienten, die eine Behandlung in einer HFHS-Einrichtung außerhalb der oben aufgeführten Countys suchen, kann Anspruch auf finanzielle Unterstützung bestehen, wenn sich ihr ständiger Wohnsitz in einem Umkreis von acht Kilometern um die HFHS-Einrichtung befindet.
- Bei Behandlung durch einen HFHS-Leistungserbringer in einer HFHS-Einrichtung
- Das Haushaltseinkommen liegt bis maximal 400 % über der staatlichen Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL). Bei einem Jahreseinkommen von maximal 250 % der US-Armutsschwelle haben Patienten möglicherweise Anspruch auf eine Ermäßigung von 100 %. Wenn das Jahreseinkommen zwischen 251 % bis 400 % der US-Armutsschwelle beträgt, kann Anspruch auf eine teilweise Ermäßigung bestehen. In den nachstehenden Tabellen finden Sie die gestaffelten Ermäßigungen für versicherte und nicht versicherte Patienten.

### **Anspruchsermittlung – Methode 2 (gravierende Situation):**

- Patienten, für die sich über einen Zeitraum von 12 Monaten aufgrund einer gravierenden medizinisch relevanten Situation hohe Forderungen seitens einer HFHS-Einrichtung angehäuft haben und deren Eigenleistung für die medizinischen Kosten 30 % ihres jährlichen Brutto-Haushaltseinkommens übersteigt
- Patienten mit ständigem Wohnsitz in den USA
- Patienten mit persönlichem Wohnsitz in einem der Primärversorgungsbereiche von HFHS (die Countys Wayne, Macomb, Oakland und Jackson). Für Patienten, die eine Behandlung in einer HFHS-Einrichtung außerhalb der oben aufgeführten Countys suchen, kann Anspruch auf finanzielle Unterstützung bestehen, wenn sich ihr ständiger Wohnsitz in einem Umkreis von acht Kilometern um die HFHS-Einrichtung befindet.
- Bei Behandlung durch einen HFHS-Leistungserbringer in einer HFHS-Einrichtung

Patienten, die die oben genannten Voraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung erfüllen, erhalten eine Ermäßigung folgender Art:

- Die ausstehenden Forderungen für medizinische Behandlungen werden auf 30 % des jeweiligen Haushaltseinkommens angepasst.
- Für Patienten, die sowohl nach Methode 1 als auch nach Methode 2 anspruchsberechtigt sind, gilt der jeweils höhere Ermäßigungsbetrag.

### **Anspruchsermittlung – Methode 3 (annahmebasiert):**

- HFHS kann den Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung auf Grundlage einer Annahme bestimmen, und zwar unter Hinzuziehen von externen Bewertungen, Verweisungen von öffentlichen Programmen sowie Genehmigungen von einkommensbasierten staatlichen Programmen.
- Patienten, die die annahmebasierten Voraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung erfüllen, haben möglicherweise Anspruch auf eine teilweise Ermäßigung bzw. eine vollständige Ermäßigung (100 %) für Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungen. Bei einem Jahreseinkommen von maximal 250 % der US-Armutsschwelle haben Patienten möglicherweise Anspruch auf eine Ermäßigung von 100 %. Wenn das Jahreseinkommen zwischen 251 % bis 400 % der US-Armutsschwelle beträgt, kann Anspruch auf eine teilweise Ermäßigung bestehen. In den nachstehenden Tabellen finden Sie die gestaffelten Ermäßigungen für versicherte und nicht versicherte Patienten.

### **Patientensalden mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung**

Zu den vom Patienten zu begleichenden Forderungen, für die Anspruch auf eine mögliche finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie besteht, können unter anderem Folgende gehören:

- Beträge für Mitversicherung, Selbstbeteiligung und Zuzahlungen
- Gebühren für Patienten mit Versicherungsschutz aus einem Gesundheitsplan, der keine vertragliche Beziehung zu HFHS hat, oder wenn der HFHS-Leistungserbringer nicht durch den Gesundheitsplan abgedeckt ist
- Gebühren für versicherte Patienten, die ihre gedeckten Leistungen ausgeschöpft haben
- Gebühren für nicht gedeckte Leistungen an Patienten, die über einen kommerziellen Träger, Medicare oder Medicaid versichert sind
- Gebühren für Patienten, die die abgedeckte Dauer im Rahmen ihres Versicherungsplans bei einem kommerziellen Träger, Medicare oder Medicaid überschritten haben

Die finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie gilt zusätzlich zu der Ermäßigung, die in unserer Richtlinie zu Ermäßigungen für nicht versicherte Patienten festgelegt ist. Die zuvor genannte Richtlinie kann beim für finanzielle Unterstützung zuständigen Team unter der Rufnummer (313) 874-7800 angefordert werden.

### **Nach Haushaltseinkommen gestaffelte Ermäßigungen**

#### ***Nicht versicherte Patienten:***

Für anspruchsberechtigte nicht versicherte Patienten mit einem Einkommen von weniger als 400 % der US-Armutsgrenze (FPL) wird die Zahlungsverantwortung anhand der folgenden Tabelle an den Anteil des gewährten Medicare-Satzes angepasst:

<b>Haushaltseinkommen</b>	<b>% des Medicare-Satzes</b>
350–400 % der FPL	91 %
300–350 % der FPL	61 %
250–300 % der FPL	30 %
< 250 % der FPL	0 %

Anspruchsberechtigte nicht versicherte Patienten mit einem Einkommen unter 250 % der US-Armutsgrenze erhalten eine Ermäßigung von 100 %.

### ***Versicherte Patienten:***

Für anspruchsberechtigte versicherte Patienten mit einem Einkommen von weniger als 400 % der US-Armutsgrenze wird die Zahlungsverantwortung anhand der folgenden Tabelle angepasst:

<b>Haushaltseinkommen</b>	<b>Ermäßigung auf die fällige Forderung</b>
350–400 % der FPL	25 %
300–350 % der FPL	50 %
250–300 % der FPL	75 %
< 250 % der FPL	100 %

### **Vermögensprüfung**

Um die Anspruchsberechtigung eines Patienten auf finanzielle Unterstützung zu bestimmen, wendet HFHS einen Staffeltarif an, der das Haushaltseinkommen und das anrechnungsfähige Vermögen eines Patienten berücksichtigt.

Patienten, deren anrechnungsfähiges Haushaltsvermögen unabhängig von ihrem Einkommen einen Wert von 100.000 USD oder mehr aufweist, haben im Rahmen dieser Richtlinie keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Alle weiter unten nicht als geschützt aufgeführten Vermögenswerte sind als geeignet zur Begleichung von Krankheitskosten zu betrachten. HFHS kann bei der Festlegung der dem Patienten angebotenen Ermäßigung das überschüssige verfügbare Vermögen als Einkommen des laufenden Jahres betrachten.

#### *Geschützte Vermögenswerte:*

- 100 % der ersten 1.000.000 USD an Eigenkapital aus einem einzigen Hauptwohnsitz und 50 % vom darüber liegenden Eigenkapital am Hauptwohnsitz
- IRA-Konten, 401k-Konten, geldwerte Pensionspläne/Pensionen
- Geschäftlich genutzte Vermögenswerte in angemessener Höhe
- Persönliches Eigentum
- Ausbildungssparpläne

### **Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben**

Nicht versicherten Patienten, die die Kriterien für den Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie oder anderen verfügbaren von HFHS angebotenen Programmen zur finanziellen Unterstützung nicht erfüllen, werden die Leistungen auf der Grundlage des Verrechnungssatzes für nicht versicherte Patienten berechnet. Weitere Informationen erhalten Sie in der Richtlinie zu Ermäßigungen für nicht versicherte Patienten (Uninsured Discount Policy) unter <https://www.henryford.com/visitors/billing>.

Patienten können gegen die Ablehnung ihres Antrags auf finanzielle Unterstützung Berufung einlegen, indem sie sich innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Ablehnung durch die HFHS-Einrichtung, in der die Behandlung erfolgte, schriftlich an den Henry-Ford-Ausschuss für finanzielle Unterstützung wenden. Der Anspruch auf finanzielle Unterstützung unterliegt der Genehmigung durch die Abteilung Erlösmanagement (Revenue Cycle Management) von HFHS unter Einbeziehung des klinischen Betreuungspersonals.

Ausnahmen sind möglich, sofern sie durch besondere Umstände gerechtfertigt sind. Diese werden auf Einzelfallbasis geprüft. Eine Ausnahme stellt weder eine Änderung der Richtlinie dar, noch garantiert sie, dass eine entsprechende Entscheidung auch für zukünftige Fälle gilt. Patienten können uns unter der

Rufnummer **(313) 874-7800** oder per E-Mail unter **financialassistanceapp@hfhs.org** kontaktieren, falls sie weitere Fragen zu ihrem Antrag auf finanzielle Unterstützung haben.

### **Beschränkung der Gebühren für Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung**

Patienten, die einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird für Notfälle oder sonstige medizinisch notwendige Behandlungen maximal der allgemeine Verrechnungssatz und für alle anderen medizinischen Behandlungen nicht mehr als die Bruttobetrag berechnet. Jede HFHS-Einrichtung berechnet die AGB-Prozentsätze nachträglich („LookBack-Methode“). Der AGB-Prozentsatz wird berechnet durch die Division der Summe aller Medicare-Einzelleistungszahlungen und Anspruchszahlungen privater Krankenversicherer während eines Zeitraums von 12 Monaten an die HFHS-Einrichtung durch die Summe der damit verbundenen Bruttokosten für diese Ansprüche.

### **Beantragung der finanziellen Unterstützung**

Eine finanzielle Unterstützung kann von Patienten bzw. zahlungsverantwortlichen Personen jederzeit bis zu 240 Tage, nachdem ihnen die Erstabrechnung von HFHS vorgelegt wurde, beantragt werden. Im Gegenzug bearbeitet HFHS den Antrag und trifft innerhalb von 30 Kalendertagen nach Eingang des vollständigen Antrags eine Anspruchsfeststellung. Der Antragsteller wird über die Anspruchsfeststellung und deren Grundlage schriftlich informiert.

Um eine finanzielle Unterstützung zu erhalten, muss der Patient bzw. die zahlungsverantwortliche Person einen entsprechenden Antrag ausfüllen. Ein solcher Antrag ist auf der Website von HFHS für finanzielle Unterstützung verfügbar: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance>. Der ausgefüllte Antrag kann zwecks Anspruchsfeststellung zusammen mit den erforderlichen Unterlagen per Post oder Fax an die HFHS-Einrichtung gesendet oder gefaxt werden, in der die Behandlung erfolgte. Die Adressen und Faxnummern der HFHS-Einrichtungen sind in Anhang A aufgeführt.

Falls es nicht möglich ist, den Antrag über die HFHS-Website herunterzuladen, entnehmen Sie bitte dem Anhang A die Kontaktinformationen, um ein Antragsformular an die Wohnadresse des Patienten senden zu lassen. Anträge in anderen Sprachen sind über folgenden Link verfügbar: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance/documents>.

Patienten, die Fragen zu ihrem Antrag haben oder Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, wenden sich bitte an die HFHS-Einrichtung, in der sie behandelt werden (siehe Anhang A).

Folgende Unterlagen können erforderlich sein:

- Einkommensteuerbescheid für das letzte Jahr (Formblatt 1040), einschließlich aller anwendbaren Fristen
- Einkommensteuererklärung des letzten Jahres (Formblatt W-2) und/oder Formblatt 1099 für sonstige Einkünfte
- Gehaltsabrechnungen der letzten 2 Monate mit dem bisherigen Verdienst für dieses Jahr pro Haushaltsmitglied oder eine Erklärung des Arbeitgebers mit Angabe des Bruttolohns
- Nachweis über sonstige Einkünfte (z. B. Mieteinnahmen usw.)
- Kopie eines aktuellen Kontoauszugs der letzten 2 Monate zu Girokonten/Sparkonten
- Kopie eines gültigen Führerscheins oder einer Ausweiskarte des Staates Michigan
- Falls zutreffend, einen Ablehnungsbescheid von Medicaid, Healthy Michigan oder Marketplace und/oder über COBRA-Leistungen
- Persönliche Erklärung des Patienten über seine finanzielle Bedürftigkeit

HFHS behält sich das Recht vor, zusätzliche Unterlagen anzufordern, falls eine weitere Überprüfung des Einkommens oder eine Klärung auf der Grundlage der bereitgestellten Belege erforderlich ist. HFHS darf die finanzielle Unterstützung nicht verweigern, wenn mit dem Antrag keine Unterlagen vorlegt werden, die in dieser Richtlinie oder im Antrag auf finanzielle Unterstützung nicht ausdrücklich vorgeschrieben sind.

### **Fakturierung und Forderungseinzug**

Die Maßnahmen, die HFHS im Rahmen der Abrechnung und Forderungseintreibung bei Nichtzahlung ergreifen kann, sind in einer separaten Abrechnungs- und Inkassorichtlinie für Patienten beschrieben, die kostenlos beim Team für finanzielle Unterstützung unter (313) 874-7800 oder über die Website von Henry Ford Health System unter [www.henryford.com](http://www.henryford.com) erhältlich ist.

#### **Anhang A:**

**Bitte senden Sie die Unterlagen an die Einrichtung, in der die Behandlung erfolgte:**

<b>Einrichtung</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefon / Fax / E-Mail</b>
<b>Henry Ford Allegiance Health Hospitals</b>	Henry Ford Allegiance Health Department 64787 Drawer 64000 Detroit, MI 48264	Telefon: <a href="tel:5172054920">(517) 205-4920</a>
<b>Henry Ford Hospital und Medical Centers</b>	Henry Ford Hospital Patient Financial Assistance Planning Office 2799 West Grand Blvd. K-1, West 107 Clinic Building Detroit, MI 48202	Telefon: <a href="tel:3139164510">(313) 916-4510</a> Fax: (313) 916-4501
<b>Henry Ford Kingswood Hospital &amp; Henry Ford Maple Grove Center</b>	Behavioral Health Services Attn: BHS Revenue Services 1 Ford Place, Room 1F111 Detroit, MI 48202	Telefon: <a href="tel:3138749501">(313) 874-9501</a> Fax: (313) 874-6895
<b>Henry Ford Macomb Hospitals</b>	Henry Ford Macomb Hospital Attn: Financial Support 15855 19 Mile Rd. Clinton Township, MI 48038	Telefon: <a href="tel:5862632696">(586) 263-2696</a> Fax: (586) 263-2697
<b>Henry Ford West Bloomfield Hospital</b>	Henry Ford West Bloomfield Hospital Attn: Revenue Services 6777 West Maple West Bloomfield, MI 48322	Telefon: <a href="tel:2483250201">(248) 325-0201</a> Fax: (248) 325-0235
<b>Henry Ford Wyandotte Hospital &amp; Henry Ford Medical Center - Brownstown</b>	Henry Ford Wyandotte Hospital Attn: Hospital Patient Financial Assistance Programs 2333 Biddle Ave. Wyandotte, MI 48192	Telefon: <a href="tel:7349164501">(734) 916-4501</a> Fax: (734) 246-7926
<b>Henry Ford Health System Corporate Business Office</b>		Telefon: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a> E-mail: <a href="mailto:financialassistanceapp@hfhs.org">financialassistanceapp@hfhs.org</a>