

HENRY FORD HEALTH

FINANCIAL ASSISTANCE POLICY

Hulyo 1, 2024

PATAKARAN/PRINSIPIO

Patakaran ng mga organisasyon na nakalista sa ibaba ng talatang ito (ang bawat isa ay “Organisasyon”) na siguraduhin ang isang wastong gawain sa pamayanan sa paglaan ng emerhensya at ibang kinakailangang pangangalagang medikal sa mga pasilidad ng Organisasyon. Ang patakaran na ito ay nakadiseno upang tugonan ang kwalipikasyon sa tulong pinansyal financial assistance para sa mga pasyente na nangangailangan ng tulong pinansya; at nakatanggap ng pangangalaga mula sa Organisasyon. Umiiral ang patakaran na ito sa bawat isa sa mga sumusunod na Organizations sa loob ng Henry Ford Health:

Henry Ford Providence Novi Hospital, Henry Ford Providence Southfield Hospital, Henry Ford St. John Hospital, Henry Ford Warren Hospital, Henry Ford Madison Heights Hospital, Henry Ford River District Hospital, and Henry Ford Brighton Center for Recovery.

1. Ang lahat ng tulong pinansyal ay nagpapakita sa aming pangako at paggalang sa indibidwal na dignidad ng tao at pangkaraniwang kabutihan, ang aming espesyal na pagmamalasakit at pakikiisa sa mga taong nabubuhay sa kahirapan at iba pang mga mahihina, at ang aming mga pangako sa pamamahagi ng hustisya at pamamahala.
2. Ang patakaran na ito ay umiiral sa lahat ng mga emerhensya at ibang kinakailangang pangangalagang medikal na inilaan ng Organisasyon, kabilang ang naka-empleyo sa trabaho na manggagamot at kalusugan sa pag-uugali. Hindi ipinapatupad ang patakaran na ito sa mga singil para sa pangangalaga na hindi emerhensya at ibang kinakailangang pangangalagang medikal.
3. Ang listahan ng mga tagabigay na sakop ng patakaran sa tulong pinansyal ay nagbibigay ng isang listahan ng anumang mga tagapagbigay ng naghahatid ng pangangalaga sa loob ng pasilidad ng Organisasyon na tinutukoy na sakop ng patakaran ng tulong pinansyal at hindi.

KAHULUGAN

Para sa mga layunin ng Patakarang ito, ang mga sumusunod na pakahulugan ay ipinaiiral:

- “**501(r)**” nangangahulugang seksyon 501(r) ng Internal Revenue Code at ang mga regulasyong ipinagkaloob doon.
- Ang “**Amount Generally Billed**” o “**AGB**” ay nangangahulugan, na may paggalang sa emerhensya at iba pang kinakailangang pangangalaga sa medikal, ang halagang karaniwang binibigay sa mga indibidwal na may kasiguraduhan na sumakop sa naturang pangangalaga.

- Ang “**pamayanan**” para sa Henry Ford Health ay binubuo ng lungsod ng Detroit, at mga bayan ng Wayne, Macomb, Oakland, St. Clair, at Livingston. Ang Pasyente ay siya rin ituturing bilang miyembro ng Pamayanan ng Organisasyon kung ang emerhensya at kinakailangang pangangalagang medikal ng Pasyente ay nangangailangan ng pagpapatuloy ng emerhensya at kinakailangang pangangalagang medikal na natanggap mula sa isa pang pasilidad ng Henry Ford Health na kung saan ang Pasyente ay naging kwalipikado para sa tulong pinansyal para sa nasabing emerhensya at kinakailangang pangangalagang medikal.
- Ang “**Emergency care**” ay nangangahulugan bilang ang paggamot ng kondisyong medikal na nagpapakita sa kanya ng pangmatagalang sintomas na ganap na sakit, pagkagulo ng isipan, at mga sintomas ng pag-abuso sa bawal na gamot) na sa kawalan ng agarang atensyon ay maaaring makatuwirang asahan na magresulta sa:
 - a) Paglalagay sa kalusugan ng indibidwal (o kaugnay sa nagdadalang-tao, ang kalusugan ng babae o kanyang sanggol sa sinapupunan) ay nasa malubhang panganib;
 - b) Malubhang pagkasira ng anumang gawain ng katawan;
 - c) Malubhang pagkasira ng anumang bahagi ng organo o bahagi nito; o
 - d) Kaugnay sa nagdadalang-tao na babae ay malapit nang manganak:
 - i. Na mayroong kaunting oras para gawin ang isang ligtas na paglipat sa ibang ospital bogo manganak; o
 - ii. Na ang paglipat ay maaaring magdulotng panganib sa kalusugan at kaligtasan ng babae o ng sanggol sa sinapupunan.
- Ang “**kinakailangang pangangalagang medikal**” ay nangangahulugan bilang pangangalaga na (1) angkop at pareho at kailangang para sa pagpigi;, dayagnosis, o pagtrato sa kondisyon ng Pasyente; (2) ang pinaka-angkop na suplay o antas ng serbisyo para sa kondisyon ng Pasyente na maaaring ibigay nang ligtas; (3) hindi ibinigay para lamang sa kaginahawaan ng Pasyente, pamilya ng Pasyente, manggagamot o tagapag-alaga; at (4) malamang ay magresulta sa isang benepisyo sa Pasyente kaysa sa pinsala. Para ang tipanan sa hinaharap na nakatakdang pangangalaga ay maituring bilang “kinakailangang pangangalagang medikal,” ang pangangalaga at ang oras ng pangangalaga ay dapat aprubado ng Chief Medical Officer ng Organisasyon (o ng designee). Ang pagtukoy ng kinakailangang pangangalagang medikal ay dapat gawin ng isang lisensyadong tagapaglaan na nagbibigay na pangangalagang medikal sa Pasyente at, sa diskresyon ng Organisasyon, ng admitting physician, referring physician, at/o Chief Medical Officer o ibang nagsusuring manggagamot (depende sa uti ng pangangala na iminungkahi). Sa pagkakataon na ang pangangalaga na hiniling ng Pasyente na sakop ng patakarang ito ay natukoy bilang hindi pangangailangang medikal gamit ang pagtasa ng manggagamot, ang pagtukoy na iyon ay dapat din komfirmahin ng admitting o referring physician.
- Ang “**Organisasyon**” ay nangangahulugan bilang Henry Ford Health.
- Ang “**Pasyente**” ay nangangahulugan bilang tao na tatanggap ng emerhensya and ibang kinakailangang pangangalagang medikal sa Organisasyon at ang tao na rsponsableng magbayad para sa pangangalaga ng pasyente.

Inilaan na Tulong Pinansyal

Ang tulong pinansyal na nakalarawan sa seksyon na ito ay limitado sa mga PAsyente na naninirahan sa Pamayanan:

1. Sakop sa ibang mga probisyon ng Financial Assistance Policy, ang mga Pasyente na may kita na mas mababa o katumbas sa 250% na kita ng Federal Poverty Level (“FPL”), ay kwalipikado para sa 100% diskwento na charity care sa bahagi ng mga singil sa mga serbisyo na kung saan ang Pasyente ay mananagot matapos magbayad ng insurer, kung mayroon man, kung ang nasabing pasyente ay tinukoy bilang kwalipikado alinsunod sa presumptive scoring (niilarawan sa Talata 5 sa ibaba) o nagsumite ng isang aplikasyon sa tulong pinansyal (isang “Aplikasyon”) sa o bago ang ika-240 araw matapos ang singil sa unang paglabas ng Pasyente at ang Aplikasyon ay aprubado ng Organisasyon. Magiging kwalipikado ang Pasyente nang hanggang 100% na tulong pinansyal kung ang Pasyente ay nagsumite ng Aplikasyon matapos ang ika-240 araw matapos ang unang paglabas ng singil sa Pasyente, ngunit ang halaga ng tulong pinansyal na magagamit ng Pasyente sa kategoryang ito ay limitado sa di-bayad na balanse ng Pasyente matapos isaalang-alang ang anumang kabayaran na ginawa sa account ng Pasyente. Ang kwalipikadong Pasyente para sa kategoryang ito ng tulong pinansyal ay hindi sisingilin nang lampas sa nakalkulang singil sa AGB.
2. Sakop ng ibang probisyon ng Financial Assistance Policy na ito, ang mga Pasyente na may kita na lampas sa 250% ng FPL ngunit hindi lampas sa 400% ng FPL, ay makatatanggap ng diskwento na sliding scale sa bahago ng mga singil para sa mga serbisyo na inilaan na kung saan ang Pasyente ay mananagot matapos bayaran ng insurer, kung mayroon man, kung ang nasabing Pasyente ay nagsumite ng Aplikasyon sa o bago ang ika-240 araw matapos ang singil sa unang paglabas ng Pasyente at ang Aplikasyon ay aprubado ng Organisasyon. Magiging kwalipikado ang Pasyente para sa sliding scale na diskwento na tulong pinansyal kung ang Pasyente ay nagsumite ng Aplikasyon matapos ang ika-240 araw matapos ang unang paglabas ng singil sa Pasyente, ngunit ang halaga ng tulong pinansyal na magagamit ng Pasyente sa kategoryang ito ay limitado sa di-bayad na balanse ng Pasyente matapos isaalang-alang ang anumangkabayaran na ginawa sa account ng Pasyente. Ang kwalipikadong Pasyente para sa kategoryang ito ng tulong pinansyal ay hindi sisingilin nang lampas sa nakalkulang singil sa AGB. Ang sliding scale na diskwento ay agn mga sumusunod:

Ang mga pasyente sa pagitan ng 251% FPL at 275% FPL ay makakatanggap ng 95% na tulong
Ang mga pasyente sa pagitan ng 276% FPL at 300% FPL ay makakatanggap ng 85% na tulong
Ang mga pasyente sa pagitan ng 301% FPL at 350% FPL ay makakatanggap ng 80% na tulong
Ang mga pasyente sa pagitan ng 351% FPL at 375% FPL ay makakatanggap ng 75% na tulong
Ang mga pasyente sa pagitan ng 376% FPL at 400% FPL ay makakatanggap ng 70% na tulong
3. Sakop sa ibang probisyon ng Financial Assistance Policy na ito, ang Pasyente na may kita na mas mataas sa 400% ng FPL ay maaaring kwalipikado para sa tulong pinansyal sa ilalaim ng “Means Test” para sa ilang mga diskwento sa bayarin ng Pasyente para sa mga serbisyo mula sa Organisasyon batay sa kabuuang utang medikal ng Pasyente.

Kwalipikado ang Pasyente para sa tulong pinansyal alinsunod sa Means Test kung ang pasyente ay may labis na kabuuang utang medikal, na kabilang ang utang medikal sa mga tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan sa loob ng Henry Ford Health at anumang tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan, para sa emerhensya at ibang kinakailangang pangangalagang medikal, na pareho sa o mas mataas kaysa sa taunang kita ng tahanan ng Pasyente. ng antas ng tulong pinansyal na inilaa alinsunod sa Means Test ay kapareho nang tulad na ibinigay sa isang Pasyente na may kita na 400% ng FPL sa ilalim ng Talata 2 sa itaas, kung ang nasabing Pasyente ay nagsumite ng Aplikasyon sa o bago ang ika-240 araw matapos ang singil sa unang paglabas ng Pasyente at naaprubahan ang Aplikasyon ng Organisasyon. Magiging kwalipikado ang Pasyente para sa means test na diskwento na tulong pinansyal kung ang Pasyente ay nagsumite ng Aplikasyon matapos ang ika-240 araw matapos ang unang paglabas ng singil sa Pasyente, ngunit ang halaga ng tulong pinansyal na magagamit ng Pasyente sa kategoryang ito ay limitado sa di-bayad na balanse ng Pasyente matapos isaalang-alang ang anumang kabayaran na ginawa sa account ng Pasyente. Ang kwalipikadong Pasyente para sa kategoryang ito ng tulong pinansyal ay hindi sisingilin nang lampas sa nakalkulang singil sa AGB.

4. Maaaring hindi kwalipikado ang Pasyente para sa tulong pinansyal na inilarawan sa Talata 1 hanggang 3 sa itaas kung ang nasabing Pasyente ay itinuring na mayroong sapat na ari-arian upang magbayad alinsunod sa “Asset Test.” Ang Asset Test ay kinabibilangan ng sapat na pagsusuri ng kakayahan ng Pasyente namagbayad batay sa mga kategorya ng ari-arian na sinukat sa Aplikasyon ng FAP. Ang Pasyente na may nasabing ari-arian na lampas sa 250% ng nasabing halaga ng FPL ng Pasyente ay maaaring hindi kwalipikado para sa tulong pinansyal.
5. Ang pagiging kwalipikasyon para sa tulong pinansyal ay maaaring matukoy sa anumang punto ng revenue cycle presumptive scoring para sa pasyente na may sapat na di-bayad na balanse sa loob ng unang 240 araw matapos ang singil sa unang paglabas ng Pasyente upang matukoy ang kwalipikasyon para sa 100% na charity care kahit na nabigo ang Pasyente na kumpletuhin ang aplikasyon sa tulong pinansyal (“FAP Application”). Kung bibigyan ang Pasyente ng 100% charity care nang hindi nagsusumite ng kumpletong Aplikasyon ng FAP at gamit ang presumptive scoring lamang, ang halaga ng tulong pinansyal na kung saan ang Pasyente ay kwalipikado ay limitado sa di-bayad na balanse ng Pasyente matapos kalkulahin ang anumang kabayaran na ginawa sa account ng Pasyente. Ang pagtukoy ng kwalipikasyon batay sa presumptive scoring ay umiiral lamang sa mga yugto ng pangangalaga na kung saan isinasagawa ang presumptive scoring.
6. Para sa isang pasyente na nakikilahok sa ilang mga plano sa seguro na itinuturing na ang Organisasyon ay “wala sa network,” ang Organisasyon ay maaaring mabawasan o tanggihan ang tulong pinansyal na magagamit sa ibang pasyente batay sa pagsusuri ng impormasyon ng seguro ng Pasyente at iba pang may kinalaman sa mga katotohanan at pangyayari.
7. Maaaring mag-apela ang Pasyente sa pagtanggap ng kwalipikasyon para sa Tulong Pinansyal gamit ang paglaan ng karagdagang impormasyon sa Organisasyon sa loob ng

labing-apat (14) na araw na kalendaryo mula nang matanggap ang notipikasyon ng pagtanggap. Tatasahin ng Organisasyon ang lahat ng mga apela para sa pinal na pagpapasya. Kung ang pinal na pagpapasya ay magpapatotoo sa naunang pagtanggap ng Tulong Pinansyal, ipadadala sa Pasyente ang isang nakasulat na notipikasyon. Ang proseso para umapela ang mga Pasyente at pamilya sa kapasyahan ng Organisasyon patungkol sa kwalipikasyon para sa tulong pinansyal ay ang sumusunod:

- a. Matapos matanggap ang pagtanggap sa charity care, makatatanggap din ang pasyente ng form ng apela sa pagkakataon na piliin ng Pasyente na humingi ng rekonsidasyon. Ilalahad ang apela sa Charity Care Appeal Committee sa buwanang proseso sa pagtatasa, at ang Pasyente ay makatatanggap ng determinasyon sa apela batay sa kapasyahan ng pagtatasa ng Komite.
- b. Ang lahat ng apela ay susuriin ng financial assistance appeals committee ng Organisasyon, at ang mga kapasyahan ng komite ay ipapadala nang nakasulat sa Pasyente o pamilya na naghain ng apela.

Iba pang Tulong para sa mga Pasyente na hindi Kwalipikado para sa Tulong sa Pinansyal.

Ang mga Pasyente na hindi kwalipikado para sa tulong pinansyal, na inilarawan sa itaas, ay maaari pa rin maging kwalipikado para sa ibang uri ng tulong na inaalok ng Organisasyon. Sa interes ng pagiging ganap, ang ibanguri ng tulong na nakalista rito, kahit na sila ay batay sa hindi-kailangan at hindi nilalayon na sumailalim sa 501(r) ngunit kabilang dito para sa ginahwa ng pamayanan na pinagsisilbihan ng Organisasyon.

1. Ang mga Pasyenteng uninsured na hindi kwalipikado para sa tulong pinansyal ay bibigyan ng diskwento batay sa diskwento na inilaan sa pinakamataas magbayad na nagbaayad para sa nasabing Organisasyon. Ang pinakamataas magbayad nanagbabayad ay dapat isama ang nahigit 3% ng populasyon ng Organisasyon bilang sinukat sa dami at taunang kita sa pasyente. Kung ang isang nagbabaad ay hindi isasama ang pinakamababang antas ng dami, nang mas marami sa isnag nagbabayad ang kontrata ay dapat hatiin upang ang termino ng kabaaran na ginagamit sa paghahati ng account para sa mahigit 3% ng dami ng negosyo ng Organisasyon para sa nasabing taon.
2. Ang mga Pasyente na uninsured at insured na hindi kwalipikado para sa tulong pinansyal ay maaaring makatanggap ng agarang diskwento sa bayad. Ang diskwento sa maagang pagbayad ay maaaring ialok bilang kargdagan sa diskwento ng uninsured na inilarawan sa naunang talata.

Mga Limitasyon sa mga singil para sa mga Pasyente na Kwalipikado para sa Tulong sa Pinansyal

Ang mga Pasyente na kwalipikado para sa Tulong Pinansyal ay hindi sisingilin nang indibidwal nang labis sa AGB para sa emerhensya at ibang kinakailangang pangangalagang medikal at hindi lalampas sa kabuuang singil para sa lahat ng ibang pangangalagang medikal. Kinakalkula ng Organisasyon ang isang porsyento ng AGB sa pamamagitan ng "look-back" at kasama ang Medicare fee-for-service at lahat ng mga pribadong taga seguro sa kalusugan na nagbabayad ng mga paghahabol sa Organisasyon, lahat ay alinsunod sa 501(r).. Isang libreng kopya ng paglalarawan



sa kalkulasyon ng AGB at porsiyento ang makukuha sa website ng Organisasyon o sa pagpapadala ng nakasulat na kahilingan sa mga sumusunod na address:

Henry Ford St. John Hospital
3179 Solution Center
Chicago, IL 60677-3001

Nag-aaplay para sa Tulong Pinansyal at Iba pang Tulong

Maaaring kwalipikado ang Pasyente para sa tulong pinansyal sa pamamagitan ng presumptive scoring eligibility o sa pag-aplay sa tulong pinansyal sa pamamagitan ng pagsumite ng kumpletong Aplikasyon ng FAP. Ang Aplikasyon ng FAP at Panuto sa Aplikasyon ng FAP ay makukuha sa website ng Organisasyon o sa pagtawag sa (877)809-6191. hihilingin ng Organisasyon sa uninsured na makipag-ugnayan sa financial counselor upang mag-aplay para sa Medicaid o ibang programa sa pampublikong tulong na kung saan ang pasyente ay itinuturing bilang potensyal na kwalipikado upang maging kwalipikado sa tulong pinansyal (maliban kung kwalipikado at aprubado gamit ang presumptive scoring). Maaaring tanggihan ang Pasyente ng tulong pinansyal kung ang Pasyente ay naglaan ng maling impormasyon sa Aplikasyon ng FAP o kaugnay sa proseso ng kwalipikasyon sa presumptive scoring, kung tumanggi ang pasyente na itakda ang mga makukuha sa paseguro o ang karapatan na direktang bayaran ng kompanya ng paseguro na dapat magbayad para sa pangangalagang inilaan, o kung ang pasyente ay tumanggi na makipag-ugnayan sa financial counselor upang mag-aplay para sa Medicaid o ibang programa sa pampublikong tulong na kung saan ang pasyente ay itinuring na kwalipikado para sa tulong pinansyal (maliban kung aprubado gamit ang presumptive scoring). Maaaring isaalang-alang ng Organisasyon ang nakumpletong Aplikasyon ng FAP na mas mababa sa anim na buwan bago ang petsa ngpagtukoy sa kwalipikasyon para sa kasalukuyang yugto ng pangangalaga. Hindi isasaalang-alang ng Organisasyon ang nakumpletong Aplikasyon ng FAP na lampas sa anim na buwan bago sa anumang pagtukoy ng kwalipikasyon.

Singil at Koleksyon

Ang mga aksyon ng Organisasyon na maaaring gawin sa pagkakataon ng di-pagbayad ay nakalarawn sa nakahiwalay na billing and collections policy. Isang libreng kopya ng billing and collections policy ang maaaring makuha sa website ng Organisasyon o sa pagpapadala ng kahilingan sa:

Henry Ford St. John Hospital
3179 Solution Center
Chicago, IL 60677-3001

Interpretasyon

Ang patakaran na ito, kasama ang lahat ng naangkop na pamamaraan, ay inilaan na sumunod at dapat bigyang kahulugan at mailapat sa alinsunod sa 501(r) maliban sa kung saan partikular na ipinahiwatig.