



นโยบายการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยของ HFHS

นโยบาย

นโยบายการให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยของ HFHS (“นโยบาย”) นี้มุ่งหมายเพื่อจัดการในเรื่องของคุณสมบัติการมีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน และได้รับบริการฉุกเฉินรวมทั้งการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ จากระบบสุขภาพ Henry Ford Health System (“HFHS”) และ นโยบายนี้มีผลบังคับใช้กับสถานพยาบาลของ HFHS แต่ละแห่งที่ตั้งแสดงรายชื่อไว้ในส่วนภาคผนวก ก และคลินิกในเครือ (“สถานพยาบาลของ HFHS”) ความช่วยเหลือทางการเงินทั้งหมดจะสะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของระบบสุขภาพ HFHS ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายด้วยการให้เกียรติ ความเคารพและความการุญ

บัญชีรายชื่อผู้ให้บริการ ของ HFHS ที่ให้บริการฉุกเฉินหรือการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ ในสถานพยาบาลของ HFHS ทั้งที่อยู่ภายใต้การบังคับใช้ของนโยบายฉบับนี้และที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ นโยบายฉบับนี้นั้น ได้นำมาแสดงไว้แยกต่างหากบนเว็บไซต์ของระบบสุขภาพ HFHS (henryford.com) คุณสามารถขอข้อมูลบัญชีรายชื่อผู้ให้บริการของ HFHS ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ โดยขอรับได้ทางออนไลน์และขอรับในรูปแบบเอกสารได้จากเว็บไซต์ของระบบสุขภาพ HFHS หรือโดยการโทรศัพท์ติดต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งของระบบสุขภาพ HFHS ดังที่ได้แสดงรายการไว้ในภาคผนวก ก

คำนิยาม:

- **จำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไป (Amounts Generally Billed, AGB):** หมายถึงจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปสำหรับบริการฉุกเฉินหรือการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ ที่ให้บริการแก่บุคคลที่มีประกันภัยที่ครอบคลุมบริการการดูแลดังกล่าว
- **การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน:** หมายถึงการบำบัดรักษาสภาวะทางการแพทย์ที่แสดงให้เห็นจากอาการแบบเฉียบพลันที่มีความรุนแรงระดับเพียงพอ (ที่รวมถึงอาการปวดที่รุนแรง) โดยหากไม่ได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์โดยเร่งด่วนแล้วอาจส่งผลให้:
 - สุขภาพของผู้ป่วย (หรือในกรณีของหญิงมีครรภ์ คือสุขภาพของมารดาหรือสุขภาพของทารกในครรภ์) มีอันตรายร้ายแรงได้
 - เกิดความบกพร่องที่ร้ายแรงต่อการทำงานทางร่างกายได้
 - การทำงานผิดปกติที่ร้ายแรงของอวัยวะหรือส่วนของร่างกาย หรือ
 - ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ที่กำลังมีอาการเจ็บครรภ์คลอด – (ก) ที่ไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นก่อนการคลอด หรือ (ข) การส่งต่ออาจก่อให้เกิดภัยคุกคามต่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของมารดาหรือทารกในครรภ์ได้
- **ผู้ค้าประกัน:** หมายถึงบุคคลอื่นที่รับผิดชอบสำหรับเงินที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย
- **รายได้ครัวเรือน:** ประกอบด้วย รายได้ก่อนหักภาษี ค่าขาดเขยจากการว่างงาน ค่าตอบแทนของผู้ที่ทำงาน ประกันสังคม รายได้ความปลอดภัยเพิ่มเติม การช่วยเหลือจากภาครัฐ เงินรายได้ทหารผ่านศึก สิทธิประโยชน์ของผู้รอดชีวิต บำนาญหรือรายได้จากการเกษียณ ดอกเบี้ย เงินปันผล ค่าเช่า ค่าสิทธิ รายได้จากอสังหาริมทรัพย์ หรือทรัพย์สิน ความช่วยเหลือด้านการศึกษา ค่าเลี้ยงดู ค่าดูแลบุตร ความช่วยเหลือจากนอกครัวเรือนและจากแหล่งอื่นๆ โดยไม่รวมผลประโยชน์ที่ไม่ได้มาในรูปแบบเงินสด เช่น แสตมป์แลกอาหารและเงินช่วยเหลือเกี่ยวกับบ้านหรือการได้รับเงินทุนหรือขาดทุน หากบุคคลนั้นอาศัยอยู่กับครอบครัว ต้องรวมรายได้ของสมาชิกทั้งหมดของครัวเรือน (รวมถึงคู่สมรสที่อยู่ในประเทศ) เว้นเสียแต่สมาชิกในครอบครัวจ่ายค่าเช่าและ/หรือไม่พึ่งพาเจ้าของบ้าน ไม่ต้องรวมถึงผู้ที่ไม่ใช่ญาติ เช่น ผู้ที่อาศัยบ้านเดียวกัน สถานะการการพึ่งพาต้องได้รับการตัดสินเป็นกรณีไป
- **คณะกรรมการโครงการให้ความช่วยเหลือทางการเงินของ Henry Ford):** ประกอบด้วยกรรมการสามท่านที่ได้รับการแต่งตั้งจากรองประธานฝ่ายวงจรรายได้ (Vice President of Revenue Cycle)
- **ผู้ให้บริการของระบบสุขภาพ HFHS:** แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปด้านการดูแลสุขภาพที่มีสิทธิในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติให้การดูแลที่สถานพยาบาลของระบบสุขภาพ HFHS
- **บริการทางการแพทย์ที่จำเป็น:** คือบริการที่เหมาะสมและจำเป็นสำหรับการวินิจฉัยหรือการบำบัดรักษาสภาวะทางร่างกายของคุณ, บริการที่มอบให้เพื่อการวินิจฉัย การดูแลโดยตรง และการบำบัดรักษาสภาวะทางร่างกาย, การบริการที่สอดคล้องกับมาตรฐานแนวปฏิบัติที่ดีทางการแพทย์ในห้องถิ่น และไม่ได้เป็นไปโดยหลักเพื่อความสะดวกของคุณหรือของผู้ให้บริการดูแลรักษาของคุณ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน:

การตรวจสอบคุณสมบัติเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจาก HFHS ภายใต้นโยบายฉบับนี้จะจัดทำขึ้นสำหรับการนัดตรวจสอบแต่ละครั้งตามวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งจากสามวิธีต่อไปนี้ซึ่งขึ้นอยู่กับกรเข้าเกณฑ์การตรวจสอบสินทรัพย์ หากเกี่ยวข้อง ตามที่แสดงไว้ด้านล่างนี้หรือไม่ ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้นโยบายฉบับนี้อาจมีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้โครงการช่วยเหลือทางการเงินอื่น ๆ ที่ระบบสุขภาพ HFHS ให้บริการที่รวมถึงโครงการให้ความช่วยเหลือตามชุมชนต่าง ๆ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการช่วยเหลือต่าง ๆ เหล่านี้ โปรดเข้าไปยังเว็บไซต์ henryford.com

การให้ความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้นโยบายฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ในลักษณะเป็นที่พึงประสงค์ที่สุดของผู้ป่วย ก่อนการพิจารณาให้ส่วนลดสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ ระบบสุขภาพ HFHS อาจจำเป็นต้องร้องขอให้ผู้ป่วยสมัครเข้าร่วมโครงการ Medicaid หรือโครงการความช่วยเหลือของภาครัฐอื่น ๆ ก่อน

ระบบสุขภาพ HFHS ขอสงวนสิทธิ์ที่จะยกเลิกการอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ หากพบว่าข้อมูลที่ให้ในระหว่างขั้นตอนการสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือนั้นไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หากมีสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ผู้ป่วย และ/หรือผู้ค้ำประกันจะได้รับการแจ้งให้ทราบและจะต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่าย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีสิทธิ วิธีที่ (1) - กรณีปกติทั่วไป:

- เป็นผู้พำนักอาศัยถาวรในประเทศสหรัฐอเมริกา
- มีที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการหลักของ HFHS ซึ่งประกอบด้วยเคาน์ตี Wayne, Macomb, Oakland และ Jackson กรณีผู้ป่วยกำลังดำเนินการเพื่อเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของ HFHS ที่ตั้งอยู่ภายนอกเคาน์ตีที่แสดงรายชื่อไว้ข้างต้น ผู้ป่วยอาจมีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงินหากที่พำนักอาศัยของพวกเขาอยู่ภายในรัศมีห้าไมล์ห่างจากสถานพยาบาลของ HFHS
- กำลังดำเนินการเพื่อเข้ารับการรักษากับผู้ที่ให้บริการดูแลสุขภาพของ HFHS ที่สถานพยาบาลของ HFHS
- รายได้รวมของครัวเรือนต่อปีไม่เกิน 400% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง (FPL) หากผู้ป่วยมีรายได้ต่อปีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 250% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง ผู้ป่วยอาจมีสิทธิได้รับส่วนลด 100% หากผู้ป่วยมีรายได้ต่อปีอยู่ระหว่าง 251% ถึง 400% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง ผู้ป่วยอาจมีสิทธิได้รับส่วนลดบางส่วน โปรดดูตารางแสดงด้านล่างสำหรับส่วนลดแบบลดหลั่นกัน ไปสำหรับผู้ป่วยที่มีประกันและไม่มีการประกัน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีสิทธิ วิธีที่ (2) - กรณีการล้มละลายจากคาร์ดิโอสถานพยาบาล:

- ผู้ป่วยที่ค้างชำระค่ารักษาสะสมที่ HFHS เป็นจำนวนมากในระยะเวลามากกว่า 12 เดือนอันเนื่องมาจากสถานการณ์ทางการแพทย์ที่สร้างความเสียหายเป็นอย่างมากที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายตามจริงเกินกว่า 30% ของรายได้รวมทั้งปีของครัวเรือน
- เป็นผู้พำนักอาศัยถาวรในประเทศสหรัฐอเมริกา
- มีที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการหลักของ HFHS ซึ่งประกอบด้วยเคาน์ตี Wayne, Macomb, Oakland และ Jackson กรณีผู้ป่วยกำลังดำเนินการเพื่อเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของ HFHS ที่ตั้งอยู่ภายนอกเคาน์ตีที่แสดงรายชื่อไว้ข้างต้น ผู้ป่วยอาจมีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงินหากที่พำนักอาศัยของพวกเขาอยู่ภายในรัศมีห้าไมล์ห่างจากสถานพยาบาลของ HFHS
- กำลังดำเนินการเพื่อเข้ารับการรักษากับผู้ที่ให้บริการดูแลสุขภาพของ HFHS ที่สถานพยาบาลของ HFHS

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินข้างต้นอาจมีสิทธิได้รับส่วนลดต่อไปนี้:

- ผู้ป่วยจะได้รับการปรับยอดหนี้สินค้างชำระค่ารักษาพยาบาลเป็น 30% ของรายได้รวมทั้งปีของครัวเรือน
- ผู้ป่วยที่คุณสมบัติเข้าเกณฑ์ตามแนวทางทั้งวิธีการที่ 1 และวิธีการที่ 2 จะได้รับส่วนลดที่มากกว่าจากส่วนลดทั้งสองรายการ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีสิทธิ วิธีที่ (3) - โดยการสันนิษฐาน:

- HFHS อาจกำหนดคุณสมบัติการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยการสันนิษฐานด้วยการใช้คะแนนการจัดอันดับจากแหล่งอื่น บุคคลอ้างอิงจากโครงการดูแลสุขภาพภายในชุมชน และการอนุมัติของโครงการภาครัฐที่อิงตามรายได้
- ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติจากการสันนิษฐานสำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินอาจมีสิทธิได้รับส่วนลดบางส่วนหรือได้รับส่วนลดเต็มอัตรา 100% สำหรับการดูแลรักษากรณีฉุกเฉินและการดูแลรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ ที่จำเป็น หากผู้ป่วยมีรายได้ต่อปีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 250% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง ผู้ป่วยอาจมีสิทธิได้รับส่วนลด 100% หากผู้ป่วยมีรายได้ต่อปีอยู่ระหว่าง 251% ถึง 400% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง ผู้ป่วยอาจมีสิทธิได้รับส่วนลดบางส่วน โปรดดูตารางแสดงด้านล่างสำหรับส่วนลดแบบลดหลั่นกันไปสำหรับผู้ป่วยที่มีประกันและไม่มีประกัน

ยอดชำระของผู้ป่วยที่มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ยอดชำระของผู้ป่วยที่มีสิทธิขอรับส่วนลดสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้ นโยบายนี้อาจรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงแค:

- การประกันร่วม ค่าใช้จ่ายส่วนแรก และจำนวนเงินการจ่ายร่วม
- ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสัญญา กับ HFHS หรือกรณีผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของ HFHS ไม่ได้เข้าร่วมในเครือข่ายแผนประกันสุขภาพ
- ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีประกันที่ได้ใช้สิทธิผลประโยชน์จนเต็มอัตราแล้ว
- ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการต่าง ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในการคุ้มครองที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้โครงการ Medicare, Medicaid หรือโครงการของภาคเอกชน
- ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรักษาตัวเกินกำหนดระยะเวลาของโครงการของภาคเอกชน โครงการ Medicare หรือ Medicaid

ความช่วยเหลือทางการเงินในโครงการนี้จะเป็นการให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมนอกเหนือจากส่วนลดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันที่ได้กำหนดไว้ในนโยบายส่วนลดสำหรับผู้ป่วยไม่มีประกัน (Uninsured Discount Policy) ของเราซึ่งสามารถขอรับความช่วยเหลือได้โดยโทรศัพท์ติดต่อไปยังทีมงานฝ่ายความช่วยเหลือทางการเงิน หมายเลขโทรศัพท์ (313) 874-7800

ตารางแสดงส่วนลดแบบลดหลั่นกัน:

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกัน:

สำหรับผู้ป่วยแบบไม่มีประกันที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ที่มีรายได้ต่ำกว่า 400% ของระดับการความยากจนของรัฐบาลกลางนั้น ความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการชำระค่าบริการจะถูกปรับตามเปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินช่วยเหลือจากโครงการ Medicare โดยอิงตามข้อมูลในตารางด้านล่าง:

รายได้ครัวเรือน	% ของอัตราการชำระค่ารักษาพยาบาลของ Medicare
350%-400% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง	91%
300%-350% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง	61%
250%-300% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง	30%
<250% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง	0%

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันที่เข้าเกณฑ์ที่มีรายได้ต่ำกว่า 250% จะได้รับส่วนลด 100%

ผู้ป่วยแบบมีประกัน:

สำหรับผู้ป่วยแบบประกันที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ที่มีรายได้ต่ำกว่า 400% ของระดับการความยากจนของรัฐบาลกลางนั้น ความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการชำระค่าบริการจะได้รับส่วนลดตามข้อมูลในตารางด้านล่าง:

รายได้ครัวเรือน	ส่วนลดหักจากยอดชำระที่ครบกำหนดชำระ
350%-400% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง	25%
300%-350% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง	50%
250%-300% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง	75%
<250% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง	100%

การตรวจสอบสินทรัพย์:

เพื่อกำหนดการมีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของผู้ป่วย ระบบสุขภาพ HFHS จะปรับใช้ส่วนลดแบบระดับลดหลั่นที่นำเอารายได้ครัวเรือนและสินทรัพย์ที่เข้าเงื่อนไขของผู้ป่วยมาพิจารณาด้วย

ผู้ป่วยจะไม่มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้นโยบายฉบับนี้หากสินทรัพย์ที่เข้าเงื่อนไขในครัวเรือนของผู้ป่วยมีมูลค่าเท่ากับ 100,000 ดอลลาร์หรือมากกว่าโดยไม่คำนึงถึงรายได้ของผู้ป่วย สินทรัพย์ที่ไม่ได้นำมาแสดงรายการไว้เป็นสินทรัพย์ภายใต้การคุ้มครองนั้นจะถือว่าเป็นสินทรัพย์คงเหลือที่ใช้ได้สำหรับการจ่ายชำระค่ารักษาพยาบาล HFHS อาจนับสินทรัพย์ส่วนเกินที่ใช้ได้นี้เป็นรายได้ปีปัจจุบันได้ในการกำหนดระดับส่วนลดที่จะให้กับผู้ป่วย

สินทรัพย์ที่อยู่ภายใต้การคุ้มครอง:

- 100% จากจำนวน \$1,000,000 แรกของทุนในที่พำนักอาศัยหลักแห่งเดียว และ 50% ของทุนในที่พำนักอาศัยหลักภายหลังจากนั้น
- IRA, 401k, แผนเกษียณอายุแบบมูลค่าเงินสด/เงินบำนาญ
- สินทรัพย์ที่สมเหตุสมผลที่นำมาใช้ในธุรกิจ
- ทรัพย์สินส่วนบุคคล
- แผนออมเงินในวิทยาลัย

ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์สำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน:

ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันที่ไม่ผ่านเกณฑ์ขอรับความช่วยเหลือทางการเงินภายใต้นโยบายฉบับนี้หรือโครงการช่วยเหลือทางการเงินอื่น ๆ ของ HFHS จะถูกคิดค่าบริการโดยอิงตามอัตราส่วนลดสำหรับผู้ป่วยไม่มีประกัน สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูข้อมูลในนโยบายอัตราส่วนลดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันได้ที่เว็บไซต์ <https://www.henryford.com/visitors/billing>

ผู้ป่วยอาจยื่นอุทธรณ์กรณีถูกปฏิเสธสำหรับค่าขอรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยการส่งหนังสือไปยังคณะกรรมการ Henry Ford Financial Assistance Committee ภายใน 30 วันนับตั้งแต่ได้รับการปฏิเสธที่สถานพยาบาลของ HFHS ที่ซึ่งเข้ารับบริการนั้น การตรวจสอบคุณสมบัติเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินนั้นอยู่ภายใต้การพิจารณาอนุมัติของฝ่ายบริหาร Revenue Cycle ของ HFHS พร้อมด้วยความคิดเห็นจากทีมงานการดูแลทางคลินิก

อาจมีการอนุญาตสำหรับข้อยกเว้นบางประการในกรณีพิเศษ ข้อยกเว้นดังกล่าวจะได้รับการพิจารณาเป็นกรณีไป ข้อยกเว้นใดก็ตามที่เกิดขึ้นไม่มีส่วนในการเปลี่ยนแปลงของนโยบายหรือเป็นการรับรองว่าการตัดสินใจดังกล่าวที่อาจเกิดในอนาคตจะเป็นแบบเดียวกัน หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินอาจสามารถติดต่อเราได้ทางหมายเลขโทรศัพท์ **(313) 874-7800** หรือทางอีเมลตามที่อยู่อีเมล **financialassistanceapp@hfhs.org**

วงเงินจำกัดของการคิดค่าบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจะไม่ถูกคิดค่าบริการมากกว่าจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปสำหรับบริการฉุกเฉินและการดูแลรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ ที่จำเป็นและไม่เกินค่าบริการรวมสำหรับการดูแลรักษาทางการแพทย์ทั้งหมด สถานพยาบาลของ HFHS แต่ละแห่งจะใช้วิธีการตรวจสอบย้อนหลังเพื่อคำนวณค่าเปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินเรียกเก็บโดยทั่วไปหนึ่งรายการหรือหลายรายการ ค่าเปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินที่เรียกเก็บโดยทั่วไปจะคำนวณได้จากการหารผลรวมของค่าบริการตามที่ใช้ของโครงการ Medicare และของผู้ประกันสุขภาพภาคเอกชนที่ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลของ HFHS ในระหว่างช่วงระยะเวลา 12 เดือนหารด้วยผลรวมผลรวมจำนวนเงินที่เรียกเก็บทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนดังกล่าว

การสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน:

ผู้ป่วยและ/หรือผู้ค้ำประกันอาจสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือเมื่อใดก็ได้ภายใน 240 วันหลังจากที่ HFHS ได้ทำการเรียกเก็บค่าบริการไปยังผู้ป่วยและ/หรือผู้ค้ำประกัน ต่อจากนั้น HFHS จะดำเนินการประมวลผลใบสมัครพร้อมทั้งการตรวจสอบคุณสมบัติภายในเวลา 30 วันตามปฏิทินหลังจากได้รับใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้ที่สมัครจะได้รับการแจ้งผลการตัดสินใจและหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจเป็นลายลักษณ์อักษร

เพื่อให้มีสิทธิยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ผู้ป่วย/ผู้ค้ำประกันจะต้องกรอกข้อมูลในใบสมัครสำหรับโครงการการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย สำหรับใบสมัครสามารถขอรับได้ทางเว็บไซต์ของโครงการการให้ความช่วยเหลือทางการเงินของ HFHS:

<https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance> ผู้ป่วยสามารถส่งใบสมัครได้ทางไปรษณีย์หรือทางโทรสารพร้อมด้วยเอกสารที่จำเป็นไปยังสถานพยาบาลของ HFHS ที่คุณได้เข้ารับการรักษาเพื่อขอรับการอนุมัติต่อไป สำหรับที่อยู่และหมายเลขโทรสารของสถานพยาบาล HFHS โปรดดูได้ในส่วนภาคผนวก ก

หากผู้ป่วยไม่สามารถดาวน์โหลดใบสมัครผ่านทางเว็บไซต์ของ HFHS โปรดเข้าไปที่ภาคผนวก ก เพื่อร้องขอให้จัดส่งใบสมัครในรูปแบบกระดาษเอกสารไปยังที่อยู่ของผู้ป่วย หากต้องการทบทวนข้อมูลการสมัครในหลายภาษา โปรดเข้าไปที่ลิงก์นี้:

<https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance/documents>.

หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับใบสมัครของตนและ/หรือต้องการความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัคร โปรดดูในภาคผนวก ก เพื่อติดต่อสถานพยาบาลของ HFHS ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

เอกสารที่จำเป็นอาจรวมถึง:

- เอกสารการคืนเงินภาษีเงินได้จากรัฐบาลกลางสำหรับปีภาษีล่าสุด (แบบฟอร์ม Form 1040) ที่รวมถึงตารางกำหนดเวลาทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง
- เอกสารรายการเคลื่อนไหวของค่าจ้างและภาษี (แบบฟอร์ม Form W-2) และ/หรือรายได้เบ็ดเตล็ด Miscellaneous Income (แบบฟอร์ม Form 1099)
- สำเนาล่าสุดของสลิปเงินเดือน 2 เดือนล่าสุดพร้อมด้วยเอกสารแสดงรายได้ตั้งแต่ต้นปีสำหรับสมาชิกในครัวเรือนแต่ละคน หรือเอกสารรายการความเคลื่อนไหวที่ได้รับจากนายจ้างที่พิสูจน์ยืนยันค่าจ้างรวม
- เอกสารพิสูจน์แสดงรายได้อื่น ๆ (ได้แก่ ทรัพย์สินให้เช่า ฯลฯ)
- สำเนามบับล่าสุดของเอกสารการเดินบัญชีธนาคาร 2 เดือนล่าสุดสำหรับบัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน
- สำเนาใบขับขีของรัฐมิชิแกนหรือบัตรประจำตัวประชาชนของรัฐมิชิแกนที่ยังไม่หมดอายุ
- เอกสารการตอบปฏิเสธจากโครงการ Medicaid, Healthy Michigan หรือ Marketplace และ/หรือเอกสาร COBRA หากเกี่ยวข้อง
- ถ้อยแถลงส่วนตัวเกี่ยวกับความจำเป็นทางการเงินจากผู้ป่วย

HFHS ขอสงวนสิทธิ์ที่จะร้องขอเอกสารเพิ่มเติมหากจำเป็นต้องมีการตรวจสอบยืนยันเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายได้ และ/หรือการชี้แจงต่าง ๆ โดยอิงตามเอกสารประกอบใด ๆ ที่ให้มา HFHS อาจไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินหากผู้สมัครไม่สามารถให้เอกสารที่ร้องขอที่ไม่ได้ระบุไว้อย่างเปิดเผยในนโยบายฉบับนี้ หรือในใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินนี้

นโยบายการแจ้งหนี้และการเรียกเก็บเงิน:

การดำเนินการแจ้งหนี้และการเรียกเก็บเงินที่ HFHS อาจดำเนินการกรณีที่ไม่ต้องชำระเงินนั้นได้อธิบายไว้ในนโยบายการแจ้งหนี้และการเรียกเก็บเงินผู้ป่วยอีกฉบับหนึ่ง ซึ่งอาจขอรับได้ฟรี ด้วยการติดต่อทีมงานโครงการให้ความช่วยเหลือทางการเงินได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ (313) 874-7800 หรือติดต่อทางเว็บไซต์ของ Henry Ford Health System ได้ที่ www.henryford.com

ภาคผนวก ก:

โปรดส่งเอกสารไปยังสถานพยาบาลที่คุณได้เข้ารับการรักษา:

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
Henry Ford Health System Corporate Business Office		โทรศัพท์: (313) 874-7800 อีเมล: financialassistanceapp@hfhs.org