



Current Status: *Active*

PolicyStat ID: 9349605

Beaumont

Origination:	9/7/2018
Effective:	4/21/2021
Last Approved:	4/21/2021
Last Revised:	4/21/2021
Next Review:	4/21/2022
Document Contact:	<i>Kristener Polzin: Sr Dir, Revenue Cycle Mgmt</i>
Area:	<i>Revenue Cycle</i>
Key Words:	
Applicability:	<i>Beaumont All Sites</i>

Asistenca financiare

Document Type: Policy (Albanian)

I. QËLLIMI DHE OBJEKTIVI:

A Qëllimi i kësaj rregulloreje është të përshkruajë mënyrën në të cilat Beaumont Health Hospitals dhe Beaumont Medical Group identifikojnë dhe ofrojnë asistencë financiare për pacientët e pasiguruar dhe për pacientët që kanë nevojë për ndihmë me pagesën e faturave të spitalit.

Kjo rregullore i referohet këtyre spitaleve të gjitha së bashku si “Spitalet Beaumont” ose “Spitalet, dhe individualisht si “Spitali Beaumont” ose “Spitali. Kur kjo rregullore i referohet "Beaumont Medical", po i referohet çdo spitali të Beaumont individualisht, si edhe Beaumont Medical Group.

B. Kjo rregullore ka për synim të plotësojë kërkesat në Pikën 501(r) të Kodit për të Ardhurat e Brendshme të vitit 1986, i ndryshuar, i cili u vendos kërkesa të caktuara Spitaleve në lidhje me asistencën financiare, kufizimet për tarifimin, dhe aktivitetet për faturimin dhe mbledhjen e pagesave. Pacientët që nuk kanë mundësi të paguajnë shërbimet e ofruara në Spitale mund të kërkojnë asistencë financiare, dhe mund t’u jepet asistencë financiare, në përputhje me rregullat dhe kushtet e kësaj rregulloreje.

C. Gjithashtu kjo rregullore ka për qëllim të zbatojë rregullat e spitalit Medicare për raportimin e kostove.

D. Fjalët me shkronja të mëdha që janë përdorur dhe nuk janë përdorur në këtë Rregullore kanë kuptimet e përcaktuara në Pikën III më poshtë.

II. DEKLARATA PËR RREGULLOREN:

A. Është politika e Beaumont Health që:

1. Të ofrojë kujdes shëndetësor emergjent dhe kujdes tjetër të nevojshëm nga ana mjekësore, pa asnjë diskriminim, për të gjithë pacientët pavarësisht nëse janë ose jo në gjendje të paguajnë;
2. Të japë asistencë financiare për kujdes shëndetësor emergjent dhe kujdes tjetër të nevojshëm nga ana mjekësore për individët që kualifikohen për këtë asistencë sipas kësaj rregulloreje;
3. Të mos tarifojë pacientët për asistencën financiare sipas kësaj rregulloreje për kujdes shëndetësor emergjent ose kujdes tjetër shëndetësor të nevojshëm nga ana mjekësore më tepër se shumat e faturuara përgjithësisht (p.sh., një Beaumont Health nuk do ta tarifojë një pacient i cili pranohet për asistencë financiare sipas kësaj rregulloreje për kujdes shëndetësor emergjent ose kujdes tjetër të nevojshëm nga ana mjekësore më shumë se tarifat bruto për këto shërbime shëndetësore të shumëzuara me përqindjen e shumave të faturuara përgjithësisht (AGB); dhe
4. T'i tarifojë pacientët që sipas kësaj rregulloreje janë të pranueshëm për asistencë financiare me më pak se Tarifat Bruto për shërbimet e tjera përveç Kujdesit Shëndetësor Emergjent dhe Kujdesit të Nevojshëm nga Ana Mjekësore.
5. Të japë zbritje për pacientët e pasiguruar që pranohen, të cilët paguajnë vetë.

B. Pranueshmëria për asistencë financiare përcaktohet duke u bazuar (i) në paaftësinë e demonstruar të pacientit për të paguar shërbimet ose artikujt për shkak të burimeve financiare të pamjaftueshme ose (ii) në statusin e pacientit si pacient i pasiguruar i pranueshëm që paguan vetë. Siç specifikohet në këtë rregullore, në vlerësimin e pranueshmërisë së një pacienti për asistencë financiare për shkak të burimeve financiare të pamjaftueshme, Beaumont Health merr në konsideratë pasuritë familjare të pacientit, si edhe të ardhurat familjare të pacientit krahasuar me Direktivat Federale për Varfërinë (të cilat përditësohen çdo vit). Përveç kësaj, për t'u kualifikuar për asistencë financiare, një pacient duhet të bashkëpunojë në dhënien e informacionit të kërkuar nga Beaumont Health në përputhje me këtë Rregullore, dhe në aplikimin për Medicaid ose programe pagese të palëve të treta, kur zbatohet.

Siç përshkruhet më poshtë, kjo Rregullore:

1. Përfshin kriteret e pranueshmërisë për asistencë financiare dhe përcakton rrethanat në të cilat një pacient kualifikohet për kujdes shëndetësor falas ose me zbritje.
2. Përshkruan metodën për aplikimin për asistencë financiare, kur zbatohet.
3. Përshkruan metodën me të cilët pacientët mund të përcaktohen nën supozim për asistencë financiare dhe metodën me të cilën pacientët të cilët nën supozim përcaktohen se kualifikohen për më pak se 100% asistencë financiare, mund të aplikojnë për më shumë asistencë financiare.

4. Përshkruan bazat për llogaritjen e shumave të tarifuara pacientëve të pranueshëm për asistencë financiare sipas kësaj Rregulloreje, si edhe shumat në të cilat do të aplikohen rregullimet për kujdesin shëndetësor.
5. Kufizon shumat që do të paguajë Beaumont Health për Kujdes Shëndetësor Emergjent ose Kujdes Shëndetësor të Nevojshëm nga Ana Mjekësore të siguruar për pacientët e pranueshëm për asistencë financiare në jo më shumë se Shumat e Faturuara Përgjithësisht individëve të cilët kanë siguracion që mbulon këtë kujdes shëndetësor.
6. Përshkruan metodën me të cilën Beaumont Health përcakton Shumat e Faturuara Përgjithësisht.
7. Tregon se Beaumont Health mban një dokument të veçantë ku tregohet se cilët ofrues (përveç Beaumont Hospitals) që ofrojnë Kujdes Shëndetësor Emergjent ose Kujdes Shëndetësor të Nevojshëm nga Ana Mjekësore mbulohen nga kjo Rregullore dhe cilët jo, dhe shpjegon se si një individ mund të marrë një kopje falas të listës.
8. Tregon se Beaumont Health mban një Rregullore të veçantë për faturimin dhe mbledhjen e pagesave që përcakton veprimet që mund të ndërmerren në rast të mospagesave dhe jep udhëzime se si publiku mund të marrë me lehtësi një kopje të Rregullores për faturimin dhe mbledhjen e pagesave.
9. Sipas kësaj rregulloreje, përshkruan masën e zbritjeve të Beaumont Health për pacientët e pasiguruar të pranueshëm të cilët paguajnë vetë.

C. Beaumont Health siguron Kujdes Shëndetësor Emergjent për të gjithë pacientët, pavarësisht aftësive që kanë për të paguar, në përputhje me Aktin për Trajtimin Mjekësor Emergjent dhe Punën Aktive (ose EMTALA, shkurtimi në anglisht).

III. PËRKUFIZIMET:

Përkufizimet e mëposhtme zbatohen për qëllimet e kësaj rregulloreje:

A. Shumat që faturohen përgjithësisht (gjithashtu me shkurtimin AGB në anglisht): Çdo Beaumont Hospital do të aplikojë “metodën e shikimit pas” për përcaktimin e AGB. Në veçanti, çdo spital do të përcaktojë Shumat e Faturuara Përgjithësisht për të gjithë kujdesin shëndetësor duke shumëzuar Tarifat Bruto për atë kujdes shëndetësor me Përqindjen AGB.

B. Përqindja AGB: Çdo Beaumont Hospital do të llogaritë përqindjen AGB të vet duke pjesëtuar shumën e të gjitha kërkesave që janë lejuar për të gjitha shërbimet shëndetësore nga shërbimi me pagesë i Medicaid dhe të gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor privat së bashku gjatë një periudhe të mëparshme 12-mujore me shumën e pagesave të shoqëruara bruto për ato kërkesa. Për këto qëllime, në shumën “e lejuar” është shuma e që duhet rimbursuar nga Medicare ose nga siguracioni privat dhe shuma (nëse ka) e përfituesit nga Medicare ose individ i siguruar është personalisht përgjegjës për pagimin (në formën e bashkë-siguracionit, bashkë-pagesës ose zbritjeve), pavarësisht nëse individ i paguan të gjitha apo ndonjë pjesë të pjesës së tij apo të saj dhe kur e bën këtë, dhe pavarësisht çdo rregullimi bamirësie për kujdes shëndetësor ose zbritjeje të aplikuar në pjesën e individit (sipas kësaj rregulloreje ose ndryshe). Çdo Beaumont Hospital

do të llogaritet çdo vit një përqindje AGB të rishikuar dhe do të aplikojë përqindjen AGB të rishikuar në ditën e 120-të pas mbarimit të periudhës 12-mujore të përdorur për të përcaktuar përqindjen AGB.

Çdo përqindje AGB e spitalit Beaumont do të postohet në faqen e internetit të Beaumont Health. Përveç kësaj, publiku mund të marrë çdo përqindje AGB të Beaumont Hospital me shkrim dhe falas duke telefonuar (248) 577-9205 ose duke paraqitur një kërkesë me shkrim në adresën e mëposhtme:

Customer Service Department
Beaumont Health System
26935 Northwestern Hwy.
Southfield, MI 48033

C. **Kujdesi shëndetësor emergjent:** Kujdesi shëndetësor ose trajtimi për një problem mjekësor emergjent siç përkufizohet nga Akti për Trajtimin Mjekësor Emergjent dhe Punën Aktive (EMTALA).

D. **EMTALA:** Ligji për Trajtimin Mjekësor Emergjent dhe Punën Aktive (42 U.S.C. § 1395dd) dhe rregullat në nënkapitullin G të kapitullit IV të titullit 42 të Kodit të Rregullave Federale.

E. **Familja:** Duke përdorur përkufizimin e Byrosë së Censusit Amerikan, një grup me dy ose më shumë njerëz që banojnë së bashku dhe që kanë lidhje gjaku, ose me martesë apo adoptim. Përveç kësaj, nëse prindi konsiderohet i varur në kthimin tatimor të një prindi ose të një fëmije të rritur, pala që e konsideron pacientin si të varur do të konsiderohet anëtare e familjes së pacientit.

F. **Asetet familjare:** Asetet e kombinuara (përveç të ardhurave familjare) të pacientit, pjesëtarëve të familjes së pacientit dhe të gjithë garantuesit, siç janë rregulluar sipas kësaj rregulloreje. Asetet familjare përfshijnë, pa kufizim, paratë që mbahen në llogari bankare dhe llogari investimi, bono, certifikata depozite, dhe asete trusti. Të përjashtuara nga asetet familjare janë: pronat e paluajtshme; automjetet; dhe asetet që zotërohen bashkërisht nga pacienti dhe një individ që nuk është pjesëtar i familjes, por vetëm nëse aksesit i pacientit tek aseti është vetëm për përfitim të personit që nuk është pjesëtar i familjes. Aplikuesve për asistencë financiare mund t'u kërkohej të japin dokumentacion në lidhje me asetet familjare.

G. **Të ardhurat familjare:** Të ardhurat totale të marra nga pacienti, pjesëtarët e familjes së pacientit që janë 15 vjeç e sipër, dhe të gjithë garantuesit nga të gjitha burimet, duke përfshirë, për shembull, fitimet, kompensimin për papunësi, kompensimin e punëtorëve, sigurimet shoqërore, të ardhurat e sigurimeve shtesë, asistencë publike, pagesat për veteranët, përfitimet e të mbijetuarve, pensioni ose të ardhurat nga pensioni, interesat, dividendët, qiratë, privilegjet, të ardhurat nga trustet, asistencë arsimore, ndihmë ushqimore, mbështetje për fëmijën, dhe asistencë të tjera. Për këtë qëllim, llogaritë e pensionit do të vlerësohen duke u bazuar në vlerën e tyre vjetore, me vlerën ekuivalente vjetore të trajtuar si të ardhura familjare; njëzet e pesë vjet do të përdoren si kohëzgjatje e pensionit vjetor, dhe 3,5% do të përqindje e rritjes vjetore. Gjatë procesit të monitorimit të pranueshmërisë, Beaumont Health mund të përlllogaritë të ardhurat familjare të një pacienti duke përdorur një model llogaritje të zhvilluar nga një palë e tretë, e cila përdor

informacione të raportimit të kreditit, të dhëna të vetë-raportuara, burime të dhënash marketingu dhe të ardhurat mesatare për të tjerët pranë adresës së raportuar të pacientit.

H. Direktivat federale për varfërinë: Direktivat federale për të ardhurat e të varfërve siç publikohet herë pas here në Regjistrin Federal nga Departamenti Amerikan i Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore dhe në efekt në datën e shërbimit. Direktivat aktuale federale për varfërinë që zbatohen për këtë Rregullore, siç përditësohen herë pas here, janë bashkëngjitur si Shtojca A (shiko panelin e shtojcave në cepin e djathtë të sipërm).

I. Tarifat bruto: Normat e plota të përcaktuar nga Spitali për sigurimin e artikujve dhe shërbimeve shëndetësore.

J. Garantuesi: Një person tjetër përveç pacientit i cili është përgjegjës për pagesën e faturave mjekësore të pacientit.

K. Kujdes i nevojshëm nga ana mjekësore: Ato shërbime të arsyeshme dhe të nevojshme për të diagnostikuar dhe siguruar trajtim parandalues, lehtësues, kurues ose restaurues për probleme fizike ose mendore në përputhje me standardet e kujdesit shëndetësor të njohura profesionalisht e të pranuar në kohën që ofrohen shërbimet. Kujdesi i nevojshëm nga ana mjekësore nuk përfshin shërbimet kozmetike, operacionet kozmetike, shërbimet e tjera përzgjedhëse, artikujt e zbritur dhe shërbimet e ofruara përmes rregullimeve të bëra në çmime, shërbimet personale (p.sh. tarifata për dhomën) ose artikujt për tekta të pacientit.

L. Pacienti i pasiguruar: Një individ që nuk ka mbulim nga palë të treta nga një siguracion tregtar, plan ERISA, një program shëndetësor federal (duke përfshirë, pa kufizim, Medicare, Medicaid, SCHIP dhe CHAMPUS), kompensim për punëtorin, ose asistencë tjetër e palëve të treta për të ndihmuar me përmbushjen e detyrimeve të tij ose të saj financiare për kujdes shëndetësor.

IV. PROCEDURA:

A. Referimi i pacientit

Stafi i spitalit i cili është përgjegjës për lënien e takimeve ose regjistrimit duhet t'i referojë të gjithë pacientët pa siguracion dhe që nuk janë në gjendje të paguajnë kujdesin shëndetësor te një Këshilltar Përfitimi për të përcaktuar pranueshmërinë për asistencë financiare. Pacientët me siguracion që nuk mundin të paguajnë pjesën tyre të shumës totale duhet të referohen gjithashtu te një Këshilltar Përfitimi.

B. Pranimi për rregullimin e kujdesit shëndetësor bamirës

1. Kriteret e pranueshmërisë

a. Pranueshmëria për asistencë financiare në formën e rregullimit të kujdesit shëndetësor bamirës bazohet në paaftësinë e demonstruar të pacientit për të paguar shërbimet ose artikujt për shkak të burimeve financiare të pamjaftueshme. Një pacient nuk pranohet për asistencë financiare në formën e një rregullimi të kujdesit shëndetësor bamirës sipas kësaj rregulloreje nëse asetet familjare të pacientit vlerësohen 50 000 \$ ose më shumë, pavarësisht të ardhurave familjare të pacientit.

b. Një pacient me asete familjare prej më pak se 50 000 \$ i cili plotëson kriteret e mëposhtme do të kualifikohet për asistencë financiare në formën e rregullimit të kujdesit shëndetësor bamirës me shumat e detyruara për kujdes emergjent ose kujdes tjetër të nevojshëm nga ana mjekësore nga pacienti (por jo mbi shumat e detyruara nga një pagues i palës së tretë), bazuar në një shkallë lëvizëse, në shumën e treguar:

- Nëse të ardhurat familjare të një pacienti është më pak ose i barabartë me 200% të direktivave federale për varfërinë, pacienti do të marrë një rregullim të kujdesit shëndetësor bamirës 100% në lidhje me shumat e detyruara nga pacienti.
- Nëse të ardhurat familjare të një pacienti janë të paktën 201% por jo më pak ose të barabarta me 300% të direktivave federale për varfërinë, pacienti do të marrë një rregullim të kujdesit shëndetësor bamirës të barabartë me përqindjen AGB të caktuar të spitalit në lidhje me shumat e detyruara nga pacienti. (Për shembull, nëse përqindja AGB e spitalit në atë kohë ishte 76%, atëherë pacienti do të merrte një rregullim kujdesi shëndetësor bamirës 76% në lidhje me shumat e detyruara nga pacienti.)

Secila përqindje AGB e spitalit, siç përcaktohet çdo vit, postohet në faqen e internetit të Beaumont Health dhe mund të mësohet gjithashtu duke telefonuar (248) 577-9205 ose duke paraqitur një kërkesë me shkrim në adresën e mëposhtme:

Customer Service Department
Beaumont Health System
26935 Northwestern Hwy.
Southfield, MI 48033

c. Direktivat aktuale federale për varfërinë janë bashkëngjitur si shtojca A.

d. Nëse pacienti konsiderohet si i varur nga një kthim tatimor i një prindi ose fëmije të rritur, të ardhurat e palës që e konsideron pacientin si të varur, së bashku me të ardhurat e tjera familjare, do të konsiderohen si bazë për përcaktimin e pranueshmërisë.

e. Nëse të ardhurat familjare aktuale janë rritur ndjeshëm gjatë vitit të kaluar, Beaumont Health mund ta pezullojë një vendim në lidhje me asistencën financiare në formën e një rregullimi kujdesi shëndetësor bamirës nëse ka bazë të arsyeshme për të besuar se të ardhurat familjare do të kthehen në nivelet e mëparshme. Pavarësisht çdo mase të kësaj Rregulloreje, nëse të ardhurat familjare kanë rënë ndjeshëm gjatë vitit të kaluar, Beaumont Health mund të refuzojë asistencën financiare në formën e një rregullimi të kujdesit shëndetësor bamirës nëse ka bazë të arsyeshme të besojë se të ardhurat familjare do të rikthehen në nivelet e mëparshme brenda vitit të ardhshëm.

f. Asistenca financiare nuk zbatohet për përgjegjësinë e pagesës së një kompanie siguracioni ose plani përfitimi nën një plan përfitimesh shëndetësore, pavarësisht nëse kompania e siguracionit ose plani shëndetësor i ka bërë pagesën pacientit apo Beaumont Health.

g. Nëse pacienti merr një deklaratë financiare ose gjykim nga një palë e tretë që i ka shkaktuar lëndime pacientit të cilat kanë çuar në shërbime dhe artikuj mjekësore të ofruar nga Beaumont Health, pacienti duhet të përdorë shumën e rregulluar ose të gjykuar për të paguar bilancet e llogarisë dhe nuk do të jetë i pranueshëm për asistencë financiare në formën e një rregullimi shëndetësor bamirës.

h. Përveç plotësimit të kriterëve për të ardhurat familjare dhe asetet familjare të përcaktuara më sipër, që të jetë i pranueshëm për asistencë financiare në formën e një rregullimi shëndetësor bamirës sipas kësaj rregulloreje, një pacient duhet që gjithashtu:

- Të plotësojë aplikimin e asistencës financiare të siguruar nga Beaumont Health;
- Të japë të gjithë dokumentacionin e kërkuar nga Beaumont Health në përputhje me këtë rregullore dhe me formularin për asistencën financiare;
- Të aplikojë për të gjitha programet e asistencës publike të kërkuara nga Beaumont Health, duke përfshirë, për shembull, Medicaid, Sigurimet Shoqërore, aftësitë e kufizuara, etj.; dhe
- Të bashkëpunojë me Beaumont Health në përcaktimin nëse një pacient është i pranueshëm ose jo për asistencë financiare sipas kësaj rregulloreje.

i. Beaumont Health do të ofrojë asistencë të arsyeshme për pacientët në ndjekje të përfitimeve publike për të cilat mund të kualifikohet (të tilla si, për shembull, Michigan Medicaid, Social Security, etj.). Beaumont Health mund t'i përdorë shërbimet e ofruesve të jashtëm për të ndihmuar pacientët në kërkimin e këtyre përfitimeve.

j. Një përcaktim se një pacient është i pranueshëm për asistencë financiare është subjekt ndryshimi nëse zbulohet se informacioni i dhënë gjatë procesit të aplikimit ose ndryshe ishte i pasaktë ose i paplotë. Në këto rrethana, pacienti do të njoftohet dhe do të jetë përgjegjës për pagesën.

k. Asistenca financiare është e disponueshme sipas kësaj rregulloreje vetëm për banorët e Shteteve të Bashkuara përveç nëse jepet një përjashtim më përpara se të pasqyrohen shërbimet.

2. Pranueshmëria nën supozim për asistencë financiare si rregullim i kujdesit shëndetësor bamirës

a. Beaumont Health mund të përdorë një palë të tretë për të kryer një shqyrtim elektronik të databazave të regjistrimit publik për të përlogaritur të ardhurat familjare të një pacienti dhe për të vlerësuar nevojat financiare. Ky model parashikues inkorporon të dhënat e regjistrimit publik për të llogaritur një rezultat kapaciteti socio-ekonomik dhe financiar që përfshin përlogaritje për të ardhurat, asetet dhe likuiditetin. Teknologjia elektronike është ndërthurur për të vlerësuar çdo pacient sipas të njëjtave standarde dhe është kalibruar kundrejt aprovimeve historike për asistencë financiare sipas procesit tradicional të

aplikimit. Informacionet për të ardhurat familjare dhe madhësitë e familjeve të marra nga palët e treta do të përdoren së bashku me shkallën e lëvizshme të Rregullores për Asistencë Financiare për të përcaktuar shumën e asistencës financiare në formën e rregullimit të kujdesit shëndetësor bamirës për të cilën pacienti është i pranueshëm nën supozim.

b. Një pacient që është përfitues i Medicaid do të konsiderohet nën supozim se kualifikohet për asistencë financiare 100% në formën e rregullimit të kujdesit shëndetësor bamirës.

c. Nëse një pacient përcaktohet nën supozim se është i pranueshëm për asistencë financiare 100% në formën e rregullimit të kujdesit shëndetësor bamirës, Business Office do të njoftojë pacientin me shkrim, dhe pacientit nuk do t'i kërkohet të plotësojë një Aplikim për Asistencë Financiare. Nëse një pacient përcaktohet se është i pranueshëm për më pak se 100% të asistencës financiare në formën e rregullimit të kujdesit shëndetësor bamirës, Business Office do të njoftojë pacientin në lidhje me bazën për vendimin e pranueshmërisë së supozuar dhe për mënyrën në të cilën pacienti mund të aplikojë për më shumë asistencë financiare sipas kësaj Rregulloreje, dhe kjo do t'i japë pacientit kohë të arsyeshme për të aplikuar për asistencë më të madhe para se të nisen veprimet e jashtëzakonshme për mbledhjen e pagesave për të marrë shumën e zbritur të detyruar për kujdesin shëndetësor.

d. Periudha në të cilën aplikohet një përcaktim i pranueshmërisë për asistencë financiare në formën e një rregullimi të kujdesit shëndetësor bamirës

i. Një vendim pranueshmërie për asistencë financiare në formën e rregullimit shëndetësor bamirës do të zbatohet vetëm për një episod të caktuar kujdesi shëndetësor. Kualifikimi për asistencë financiare në lidhje me një episod të caktuar kujdesi shëndetësor nuk e kualifikon automatikisht një pacient për asistencë të ngjashme në lidhje me shërbimet ose artikujt e ofruar në të ardhmen.

C. Si të aplikoni për asistencë financiare në formën e një rregullimi të kujdesit shëndetësor bamirës

1. Procesi i aplikimit dhe afati

a. Përveç nëse përcaktohet nën supozim se është i pranueshëm për rregullim kujdesi shëndetësor bamirës 100%, për të aplikuar për asistencë financiare (ose për asistencë financiare më të madhe, në rastin e një individi i cili nën supozim përcaktohet se kualifikohet për më pak se 100% të asistencës financiare), një pacient ose garantuesi i pacientit duhet të plotësojnë aplikimin e asistencës financiare të siguruar nga Beaumont Health dhe të japë të gjithë dokumentacionin e kërkuar në përputhje me këtë Rregullore dhe aplikimin për asistencën financiare.

b. Pacientët duhet të plotësojnë aplikimin për asistencë financiare sa më shpejt të jetë e mundur pas marrjes së shërbimeve ose artikujve nga Beaumont Health. Pacientëve nuk do t'u lejohet të aplikojnë për asistencë financiare në formën e një rregullimi të kujdesit shëndetësor bamirës deri në 240 ditë pas datës së faturës së parë pas largimit nga spitali për episodin e kujdesit shëndetësor në fjalë. Nëse nuk

plotësohet dhe nuk kthehet aplikimi brenda periudhës 240-ditëshe, kjo mund të çojë në refuzim të asistencës financiare.

2. Vërtetim për të ardhurat familjare dhe asetet familjare

a. Të gjithë aplikuesit për asistencë financiare në formën e një rregullimi të kujdesit shëndetësor bamirës duhet të japin vërtetim për të ardhurat familjare dhe asetet familjare. Me kërkesë të Beaumont Health, një aplikanti mund t'i kërkohet të japë kopje të të mëposhtmeve që zbatohen:

- Kopje të mandatit të pagës për të paktën katër javë ose një deklaratë nga punonjësi që vërteton pagat bruto
- Formularët RS W-2 të dhënë gjatë vitit të kaluar
- Formulari IRS 1040 më i fundit
- Dy statements bankare të dy muajve më të fundit për çdo llogari rrjedhëse, kursimi, tregu parash ose llogarie tjetër bankare apo investimi
- Deklarata me shkrim të dy muajve të fundit për të gjitha të ardhurat (p.sh., kompensim për papunësi, aftësi të kufizuara, pension, etj.)
- Letra e refuzimit për kompensimin për papunësi
- Dokumentimi i vlerave të aseteve familjare

b. Nëse nuk jepen këto dokumente, kjo mund të shkaktojë refuzim të asistencës financiare, megjithëse një aplikuesit nuk do t'i refuzohet asistenca financiare duke u bazuar në mosdhënien e informacionit ose dokumentacionit të cilën kjo Rregullore ose Aplikimi për Asistencë Financiare nuk e kërkon shprehimisht. Nëse një aplikues nuk ka ndonjë prej dokumenteve të renditura për të demonstruar të ardhurat familjare ose asetet familjare, aplikuesi mund të kontaktojë zyrën e këshillimit financiar të Spitalit në vendet dhe numrat e telefonit të renditur në Shtojcën B për të diskutuar për prova të tjera që mund të jepen për të demonstruar pranueshmërinë.

c. Beaumont Health mund të ndajë informacionet e asistencës financiare të pacientit në të gjitha pikat e Beaumont Health për përfitim dhe lehtësi të administrimit të asistencës financiare për pacientët që shihen në vende të ndryshme. Asnjë informacion nuk do të ndahet jashtë Beaumont Health përveç nëse autorizohet ose kërkohet me ligj.

3. Ku duhet marrë një aplikim për asistencë financiare dhe informacione të tjera për asistencë financiare

Çdo spitali i Beaumont Health e bën këtë rregullore për asistencë financiare, aplikimin e rregullores për asistencë financiare, dhe një përmbledhje në gjuhë të thjeshtë të kësaj rregulloreje për asistencë financiare, dhe rregulloren për faturimin dhe mbledhjen e parave të disponueshme në faqen e internetit të Beaumont Health në <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>, në gjuhët e mëposhtme:

- i. Anglisht
- ii. Shqip
- iii. Arabisht
- iv. Kinezisht
- v. Gjermanisht
- vi. Italisht
- vii. Japonisht
- viii. Koreane
- ix. Polonisht
- x. Rusisht
- xi. Spanjisht
- xii. Vietnamisht

Përveç kësaj, kopjet në letër të kësaj rregulloreje për asistencën financiare, aplikimi për asistencën financiare, lista e ofruesve që mbulohen dhe që nuk mbulohen dhe një përmbledhje në gjuhë të thjeshtë e kësaj rregulloreje për asistencë financiare dhe rregullorja për faturimin dhe mbledhjen e pagesave, janë të disponueshme, me kërkesë dhe pa pagesë, në secilin vend pranimit të spitalit dhe në Qendrën e Emergjencës dhe, gjatë orarit normal të punës, në zyrën e këshillimit financiar të Spitalit të renditur në Shtojcën B.

c. Këshilltarët e Beaumont Health për përfitimin financiar janë në dispozicion t'i përgjigjen pyetjeve për asistencën financiare dhe të ndihmojnë pacientët me plotësimin e aplikimit për asistencë financiare. Vendndodhja dhe numri i telefonit të çdo zyre këshilltari për përfitimet nga Spitali janë vendosur në Shtojcën B.

4. Ku duhet paraqitur aplikimi për asistencë financiare

Aplikimi i plotësuar për asistencë financiare duhet të paraqitet, së bashku me dokumentacionin mbështetës, në vendin e mëposhtëm të shërbimeve financiare për pacientin të Beaumont Health:

Beaumont Health
Attn: Customer Service
26935 Northwestern Hwy.
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-9205

5. Koha për përpunimin e një aplikimi për asistencë financiare

Stafi i Beaumont Health do të shqyrtojë aplikimin për asistencë financiare dhe do të përcaktojë pranueshmërinë e pacientit për asistencë financiare. Procesi i shqyrtimit të aplikimit zakonisht përfundohet brenda 30 ditësh. Pasi është marrë një vendim në lidhje me pranueshmërinë për asistencë financiare, Zyra e Biznesit do të dërgojë një letër që njofton aplikuesin për vendimin. Një aplikim i paplotë për asistencë financiare do t'i kthehet mbrapsht aplikantit së bashku me një përshkrim me shkrim të informacioneve dhe dokumentacionit shtesë që duhet në

mënyrë që individi të plotësojë aplikimin.

6. Mosmarrëveshjet

Një pacient mund të kërkojë rishqyrtim të çfarëdo vendimi nga Beaumont Health për refuzimin e asistencës financiare në formën e rregullimeve të kujdesit shëndetësor bamirës ose për ofrimin e një rregullimi të kujdesit shëndetësor bamirës prej më pak se 100%, duke e njoftuar personin e rekomanduar për spital te zyra që tregohet në shtojcën C për bazën e mosmarrëveshjes dhe masën lehtësuese të dëshiruar brenda 30 ditësh pas marrjes së njoftimit nga pacienti për rrethanat që shkaktuan lindjen e mosmarrëveshjes. Pacienti mund ta paraqitë mosmarrëveshjen me gojë ose me shkrim. Individi i caktuar për Spitalin në Shtojcën C, ose i caktuari prej tij ose saj, do të rishikojë ankesën e pacientit dhe do të informojë pacientin me shkrim për vendimin. Një pacient që zgjedh të mos marrë pjesë ose që i refuzohet asistencë financiare sipas komponentëve të testuar ose të supozuar të kësaj rregulloreje për pranueshmërinë, përsëri mund të kualifikohen për zbritjen e vetë-pagesës të së personit të pasiguruar në përputhje me këtë rregullore.

7. Koordinimi me Medicare Bad Debt

Çdo shumë deduktibel ose bashkësiguracion i pretenduar nga Medicare Bad Debt përjashtohet nga raportimi i Spitalit për kujdes shëndetësor bamirës.

D. Baza për llogaritjen e shumave të tarifuara për pacientët e pranueshëm për asistencë financiare

1. Beaumont Health nuk do t'i tarifojë pacientët e pranueshëm për asistencë financiare sipas kësaj rregulloreje për kujdes shëndetësor emergjent ose kujdes tjetër të nevojshëm nga ana mjekësore më shumë se shumat e faturuara përgjithësisht për individët që kanë siguracion që mbulon këtë kujdes shëndetësor (p.sh., më shumë se pagesat bruto për këtë kujdes shëndetësor me përqindjen AGB). Anëtarët e publikut mund të marrin me lehtësi përqindjen AGB në efekt në çdo periudhë të caktuar kohe dhe një përshkrim shoqërues me shkrim dhe falas të llogaritjes si më poshtë:

a. Në faqen e mëposhtme të internetit: <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>.

b. Duke i kërkuar zyrës së zbatueshme për këshillimin financiar të renditur në Shtojcën B.

2. Për të përcaktuar shumat e detyruara për kujdes shëndetësor emergjent ose kujdes shëndetësor të nevojshëm nga ana mjekësore nga një pacient i pranueshëm për asistencë financiare si rregullim të kujdesit shëndetësor bamirës sipas kësaj rregulloreje, përqindja që zbatohet për rregullimin e kujdesit shëndetësor bamirës siç përcaktohet në pjesën IV.B.1.b të kësaj rregulloreje do të aplikohet në pagesat bruto për këtë kujdes shëndetësor të shumëzuar me përqindjen AGB. Për pacientët e siguruar, pagesat bruto të rregulluara do të përdoren për të llogaritur vetëm përgjegjësinë financiare të pacientit jashtë xhepit (p.sh. bashkëpagesat, deduktiblat dhe shumat e tjera të bashkësiguracionit) sipas planit të zbatueshëm për përfitimet shëndetësore; përgjegjësia financiare e planit shëndetësor do të bazohet në kushtet e planit dhe normat e rëna dakord të spitalit pa rregullime të mëtejshme, pavarësisht nëse plani shëndetësor i ka bërë pagesën pacientit apo

Beaumont Health. Kombinimi i pagesave të siguracionit dhe pagesave të pacientit mund të tejkalojë AGB-në.

3. Sipas ligjit të Miçiganit, Beaumont Health nuk do të tarifojë një pacient të pasiguarur me të ardhura familjare në ose nën 250% të direktivave federale për varfërinë, më shumë se 115% të normës së rimbursimit të Medicaid (p.sh. Beaumont Health do të ofrojë një zbritje automatike për të siguruar pajtueshmërinë me këtë ligj).

4. Beaumont Health nuk do të tarifojë një pacient për asistencë financiare sipas kësaj rregulloreje më pak se pagesat bruto për shërbimet e tjera përveç kujdesit shëndetësor emergjent ose kujdesit shëndetësor të nevojshëm nga ana mjekësore.

E. Kategoritë shtesë për pagesat për pranueshmërinë

Për të shmangur paqartësitë, theksohet se kjo rregullore mbulon shprehimisht të mëposhtmet për pacientët, të cilët kualifikohen ndryshme për rregullim të kujdesit shëndetësor bamirës sipas kësaj rregulloreje:

1. Pagesat për pacientët me mbulim siguracioni nga një ent nuk ka marrëdhënie kontraktuale me Beaumont Health (planet jashtë rrjetit);
2. Pagesat për shërbimet që nuk mbulohen, të cilat u ofrohen pacientëve që pranohen për Medicaid ose për programe të tjera varfërie;
3. Pagesat për pacientët që kanë tejkaluar kohëzgjatjen e qëndrimit për Medicaid ose për programe të tjera varfërie; dhe
4. Pagesat për pacientët e siguruar në forma të tjera, të cilët i kanë përdorur përfitimet e tyre dhe pranohen për pagesë për çdo shumë të mbetur.

F. Zbritja për pacientin e pasiguarur (vetë-pagesë)

1. Pranueshmëria

Beaumont Health ofron një zbritje për pacientët e pasiguarur që pranohen. Për t'u pranuar për zbritjen, pacienti nuk duhet të jetë i mbuluar nga asnjë plan sigurimi shëndetësor ose nga ndonjë garantues i palëve të treta.

2. Shuma e zbritjes

Zbritja është e barabartë me përqindjen AGB të spitalit për sa i përket shumave të detyruara nga pacienti. (Për shembull, nëse përqindja AGB e spitalit në atë kohë ishte 76%, atëherë pacienti do të merrte një zbritje 76% nga pagesat e zakonshme në lidhje me shumat e detyruara nga pacienti.) Zbritja aplikohet nëpërmjet kodit të pagesës 200027 (zbritja për pacientin e pasiguarur).

Secila përqindje AGB e spitalit, siç përcaktohet çdo herë pas here, postohet në faqen e internetit të Beaumont Health dhe mund të mësohet gjithashtu duke telefonuar (248) 577-9205 ose duke paraqitur një kërkesë me shkrim në adresën e mëposhtme:

Customer Service Department
Beaumont Health System
26935 Northwestern Hwy.
Southfield, MI 48033

3. Përjashtimet

Artikujt dhe shërbimet e mëposhtme nuk pranohen për zbritjen e një pacienti të siguar që paguan vetë sipas kësaj rregulloreje.

- a. Shërbimet e çmimeve paketë (Lloji i garantuesit 112)
- b. Operacionet kozmetike (BI 11)
- c. Faza e rehabilitimit kardiak III (BI 42)
- d. Rehabilitimi ditor për të rritur (BI 58)
- e. Programi parashkollor (BI 76)
- f. Përgjegjësitë në lidhje me detyrimet e një pacienti për siguracion (p.sh. bashkëpagesat, deduktiblat dhe shumat e bashkësiguracionit)

G. Faturimi dhe grumbullimet

1. Çdo spital i Beaumont Health ka zhvilluar rregullore dhe procedura për praktika të brendshme dhe të jashtme mbledhesh pagesash që marrin parasysh shkallën në të cilën kualifikohet një pacient për asistencë financiare, përpjekjet e mira të një pacienti për të aplikuar për një program qeveritar, dhe përpjekjet e mira të një pacienti për t'iu përmbajtur çdo marrëveshjeje pagese me Beaumont Health. Për pacientët që kualifikohen për asistencë financiare dhe që bashkëpunojnë në mirëbesim për të zgjidhur faturat e tyre të papaguara, Beaumont Health mund të ofrojë plane pagese të zgjatura, nuk do të detyrojë veprime të jashtëzakonshme për mbledhjen e pagesave (siç përcaktohet në Pikën 501(r) të Kodit për të Ardhurat e Brendshme të vitit 1986, të ndryshuar), dhe nuk do t'i kalojë faturat e papaguara në agjenci të jashtme për mbledhjen e pagesave.

2. Të gjitha faturat që u janë dërguar pacientëve përfshijnë një njoftim me shkrim që njoftojnë marrësit për disponueshmërinë e asistencës financiare sipas kësaj rregulloreje dhe përfshin numrin e telefonit të zyrës së spitalit që mund të japë informacion rreth kësaj rregulloreje dhe rreth procesit të aplikimit për asistencë financiare, si edhe adresën e faqes së internetit ku mund të merren kopje të kësaj rregulloreje, të formularit të aplikimit për asistencë financiare, dhe një përmbledhje në gjuhë të thjeshtë e kësaj rregulloreje.

3. Veprimet që mund të ndërmarrë Beaumont Health në rast mospagese janë treguar në një rregullore të veçantë për faturimin dhe mbledhjen e pagesave. Një kopje e rregullores për faturimin dhe mbledhjen e pagesave është e disponueshme në <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance> ose duke kontaktuar zyrën e këshilltarit për përfitimet nga Spitali të renditur në Shtojcën B.

H. Ofruesit që mbulojnë sipas kësaj rregulloreje

Një listë e ofruese (“Lista e ofruesve”) të kontraktuar ose autorizuar për t’u ofruar kujdes shëndetësor pacientëve në Beaumont Health dhe që specifikon se cilët ofrues mbulohen nga kjo Rregullore, mbahet veçmas nga kjo Rregullore. Lista e ofruesve aplikohet vetëm nga data në të cilën është krijuar ose përditësuar për herë të fundit, siç specifikohet në listën e ofruesve. Lista e ofruesve mund të merret falas online në <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance> ose duke kontaktuar cilëndo prej zyrave të Benefit Advisor që tregohen te Shtojca B.

I. Rregullorja për kujdesin shëndetësor emergjent

Beaumont Health u ofron individëve, pa diskriminim, kujdes shëndetësor për probleme shëndetësore emergjente brenda kuptimit të EMTALA, pavarësisht nëse ata pranojnë ose jo për asistencë financiare sipas kësaj Rregulloreje. Beaumont Health ndalon çdo veprim që do të shkurajonte individët të kërkonin kujdes shëndetësor emergjent, duke përfshirë kërkimin e pagesave paraprake për tarifa ose kryerjen e aktiviteteve për mbledhjen e borxheve në qendrën e emergjencës ose në ambiente të Spitalit ku këto aktivitete mund të pengojnë sigurimin, pa diskriminim, të kujdesit shëndetësor emergjent.

Shtojca

Shtojca F: Përmbledhje e rregullores së Beaumont Health për asistencë financiare

Shtojca E: Metoda për llogaritjen e shumave që u faturohen përgjithësisht pacientëve

Shtojca D: Asistenca financiare – Ofruesit pjesëmarrës

Shtojca C: Kontakti i spitalit për mosmarrëveshjet në lidhje me vendimet për pranueshmërinë për asistencë financiare

Shtojca B: Zyrat e këshilltarëve për përfitimet

Shtojca A: Direktivat federale aktuale për varfërinë

Nënshkrimet e aprovimit

Përshkrimi i hapit	Aprovuesi	Data
	Donna Waters: VP Revenue Cycle	4/21/2021
Drejtimi për rregulloren dhe formularët	Kristener Polzin: Sr Dir, Patient Revenue	3/23/2021
Aprovimi i komitetit (nëse nevojitet)	Jonathan Horenstein: VP Compliance Accred and Reg	3/23/2021
	Joshua Wymer: Sr Dir, Rev Cyc Data Analytics	3/8/2021
	Kristener Polzin: Sr Dir, Patient Revenue	2/24/2021

Aplikueshmëria

Beaumont Corporate Shared Services, Beaumont Medical Group, Beaumont Pharmacy Solutions, Dearborn, Farmington Hills, Grosse Pointe, Post Acute Care, Royal Oak, Taylor, Trenton, Troy, Wayne

Shtojca A

Direktivat federale aktuale për varfërinë

2021 Direktivat Federale për Varfërinë për 48 Shtetet e Afërta dhe Distriktin e Kolumbisë		
Personat në Familje / Familja	Rregullim kujdesi shëndetësor bamirës 100%	Masa e kujdesit shëndetësor për bamirësi është e barabartë me përqindjen AGB të spitalit
	<i>200% e FPG</i> <i>Ose më pak</i>	<i>201% deri në 300%</i> <i>e FPG</i>
1	\$25,760	\$38,640
2	\$34,840	\$52,260
3	\$43,920	\$65,880
4	\$53,000	\$79,500
5	\$62,080	\$93,120
6	\$71,160	\$106,740
7	\$80,240	\$120,360
8	\$89,320	\$133,980
*	\$9,080	\$13,620

* Për familjet/shtëpitë me më shumë se 8 persona, shto për çdo pjesëtar të familjes/shtëpisë.

Beaumont

Shtojca B: Zyrrat e këshilltarëve për përfitimet

Beaumont Hospital – Taylor

Attention: Benefit Advisors
18101 Oakwood Blvd.
Dearborn, Michigan 48124
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Trenton

Attention: Benefit Advisors
18101 Oakwood Blvd.
Dearborn, Michigan 48124
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Troy

Attention: Benefit Advisors
44201 Dequindre Road
Troy, Michigan 48085
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Wayne

Attention: Benefit Advisors
18101 Oakwood Blvd.
Dearborn, Michigan 48124
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Dearborn

Attention: Benefit Advisors
18101 Oakwood Blvd.
Dearborn, Michigan 48124
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Farmington Hills

Attention: Benefit Advisors
28050 Grand River
Farmington Hills, Michigan 48336
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Grosse Pointe

Attention: Benefit Advisors
468 Cadieux Road
Grosse Pointe, MI 48230
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont Hospital – Royal Oak

Attention: Benefit Advisors
3601 W. 13 Mile Road
Royal Oak, MI 48073
Telephone: (248) 577-9205

Beaumont

Shtojca C: Kontakti i spitalit për mosmarrëveshjet në lidhje me vendimet për pranueshmërinë për asistencë financiare

Beaumont Hospital – Dearborn

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Farmington Hills

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Grosse Pointe

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Royal Oak

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Taylor Attention:

Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Trenton

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Troy

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993

Beaumont Hospital – Wayne

Attention: Kristen Polzin
Senior Director, Patient Revenue
Beaumont Health
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
Telephone: (248) 577-4993