



Current Status: Active

PolicyStat ID: 9349605

Beaumont

Origination:	9/7/2018
Effective:	02/01/2022
Last Approved:	02/01/2022
Last Revised:	02/01/2022
Next Review:	02/01/2023
Document Contact:	<i>Kristener Polzin: Sr Dir, Revenue Cycle Mgmt</i>
Area:	<i>Revenue Cycle</i>
Key Words:	

Pomoc finansowa

Document Type: Policy (Polish)

I. CEL:

A. Celem niniejszej Polityki jest opisanie sposobu, w jaki Szpitale Beaumont Health i Grupa Beaumont Medical ustalają i zapewniają pomoc finansową pacjentom nieubezpieczonym oraz pacjentom, którzy potrzebują wsparcia w opłaceniu rachunków szpitalnych.

Niniejsza Polityka dotyczy wymienionych szpitali określanych zbiorczo jako „Szpitale Beaumont” lub „Szpitale” oraz indywidualnie jako „Szpital Beaumont” lub „Szpital”. Kiedy w niniejszej Polityce jest mowa o „Beaumont Health”, odnosi się to do każdego Szpitala Beaumont z osobna oraz do całej Grupy Beaumont Medical.

B. Niniejsza Polityka ma na celu spełnienie wymagań określonych w Części 501(r) amerykańskiego Kodeksu Podatkowego (Internal Revenue Code) z 1986 roku wraz z późniejszymi zmianami, które narzucają na Szpitale pewne obowiązki związane z pomocą finansową, ograniczaniem kosztów oraz naliczaniem i pobieraniem opłat. Pacjenci, którzy nie posiadają środków na opłacenie świadczeń zapewnionych przez Szpitale, mają prawo wnioskować o uzyskanie pomocy finansowej, która może zostać im udzielona zgodnie z warunkami niniejszej Polityki.

C. Niniejsza Polityka ma również na celu spełnienie określonych zasad sprawozdawczości kosztów szpitalnych zgodnie z programem Medicare.

D. Słowa pisane w niniejszej Polityce wielkimi literami, które nie zostały określone inaczej, należy rozumieć zgodnie z definicjami podanymi w poniższej Części III.

II. OŚWIADCZENIE W SPRAWIE POLITYKI:

A. Polityka placówek Beaumont Health zakłada:

1. Zapewnianie pomocy w nagłych przypadkach oraz innych niezbędnych świadczeń medycznych w sposób egalitarny, to jest wszystkim pacjentom, niezależnie od ich możliwości opłacenia usług.
2. Zapewnianie pomocy finansowej w celu opłacenia kosztów pomocy w nagłych przypadkach oraz innych niezbędnych świadczeń medycznych osobom spełniającym warunki objęcia tego typu pomocą w ramach niniejszej Polityki.
3. Nienaliczanie pacjentom, którzy spełniają warunki objęcia pomocą finansową w ramach niniejszej Polityki, kosztów leczenia w nagłych przypadkach oraz innych niezbędnych świadczeń medycznych wyższych niż zwyczajowo stosowane opłaty [tj. placówki Beaumont Health nie obciążą pacjentów, którzy spełniają warunki objęcia pomocą finansową w ramach niniejszej Polityki kosztami leczenia w nagłych przypadkach oraz innych niezbędnych świadczeń medycznych przewyższającymi koszt brutto tego typu świadczeń pomnożony przez zwyczajowo stosowane opłaty (ZSO)].
4. W wypadku świadczeń innych niż leczenie w nagłych przypadkach oraz inne niezbędne świadczenia medyczne naliczanie pacjentom spełniającym warunki objęcia pomocą finansową w ramach niniejszej Polityki kosztów niższych niż koszt brutto.
5. Zapewnienie zniżek kwalifikującym się nieubezpieczonym pacjentom płacącym samodzielnie.

B. Kwalifikowalność do uzyskania pomocy finansowej jest określana w oparciu o (i) wykazaną przez pacjenta niezdolność do opłacenia kosztów świadczeń lub przedmiotów ze względu na niewystarczające zasoby finansowe lub (ii) status pacjenta jako kwalifikującego się nieubezpieczonego pacjenta płacącego samodzielnie. Tak jak zostało to określone w niniejszej Polityce, określając kwalifikowalność pacjenta do uzyskania pomocy finansowej ze względu na niewystarczające zasoby finansowe, placówka Beaumont Health weźmie pod uwagę majątek rodziny pacjenta oraz jej dochody, które następnie zestawia z Informacjami o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym (aktualizowanymi każdego roku). Ponadto, aby zakwalifikować się do objęcia pomocą finansową, pacjent musi współpracować, przekazując informacje wymagane przez placówkę Beaumont Health zgodnie z niniejszą Polityką oraz wnioskując o wpisanie do programu Medicaid lub programu innej strony trzeciej będącej płatnikiem, w stosownych przypadkach.

Zgodnie z tym, co zostało opisane poniżej, niniejsza Polityka:

1. Zawiera kryteria kwalifikowalności do objęcia pomocą finansową oraz określa warunki, które pacjent musi spełnić, by zostać objętym bezpłatną lub tańszą opieką.
2. Przedstawia sposób wnioskowania o pomoc finansową, w stosownych przypadkach.

3. Przedstawia, na jakiej podstawie można założyć, że pacjenci kwalifikują się do otrzymania pomocy finansowej oraz w jaki sposób pacjenci, którzy zostaną uznani za kwalifikujących się do pomocy w zakresie niższym niż 100% mogą wnioskować o większą pomoc.
4. Przedstawia założenia, które stosuje się do obliczania kwoty, jaką uiścić mają pacjenci spełniający warunki objęcia pomocą finansową w ramach niniejszej Polityki oraz kwoty dofinansowania kosztów opieki zdrowotnej.
5. Ustala limity kwot, które placówki Beaumont Health naliczą za leczenie w nagłych przypadkach, oraz inne niezbędne świadczenia medyczne udzielone pacjentom kwalifikującym się do uzyskania pomocy finansowej na poziomie nieprzewyższającym zazwyczaj stosowanych opłat w wypadku osób posiadających ubezpieczenie pokrywające koszty tego typu opieki.
6. Przedstawia sposób obliczania przez placówki Beaumont Health zwyczajowo stosowanych opłat.
7. Narzuca na placówki Beaumont Health obowiązek prowadzenia osobnej dokumentacji w postaci listy określającej, którzy świadczeniodawcy (inni niż Szpitale Beaumont) realizujący leczenie w nagłych przypadkach oraz inne niezbędne świadczenia medyczne w Szpitalach są objęci niniejszą Polityką, a którzy nie, oraz objaśnia, jak szybko uzyskać bezpłatny egzemplarz listy.
8. Narzuca na placówki Beaumont Health obowiązek posiadania osobnej Polityki Dochodzenia Należności, w której określone zostaną działania, które można podjąć w przypadku nieuiszczenia płatności oraz objaśnia, jak szybko uzyskać bezpłatny egzemplarz Polityki Dochodzenia Należności.
9. Opisuje udzielanie przez placówki Beaumont Health zniżek kwalifikującym się nieubezpieczonym pacjentom płacącym samodzielnie w ramach niniejszej Polityki.

C. Placówki Beaumont Health realizują leczenie w nagłych przypadkach dla wszystkich pacjentów, niezależnie od ich zdolności do opłacenia świadczeń, zgodnie z Ustawą dotyczącą opieki medycznej w nagłych przypadkach oraz w czasie porodu (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

III. DEFINICJE:

Na potrzeby niniejszej Polityki stosuje się następujące definicje:

A. Zwyczajowo stosowane opłaty lub ZSO: w celu określenia ZSO każdy Szpital Beaumont wykorzystuje metodę „spojrzenia wstecz”. Każdy Szpital określa w szczególności zwyczajowo stosowane opłaty za wszelkie świadczenia medyczne, mnożąc koszt brutto tych świadczeń przez procentową część ZSO.

B. Procentowa część ZSO: każdy Szpital Beaumont nalicza własną procentową część ZSO, dzieląc w tym celu sumę wszystkich roszczeń, które zostały zaakceptowane do odpłatnej realizacji w ramach usługi Medicare oraz zatwierdzone przez wszystkie prywatne towarzystwa oferujące ubezpieczenia zdrowotne łącznie w ciągu dwunastu (12) ostatnich

miesiące przez sumę powiązanych kosztów brutto tych roszczeń. W tym celu kwota „dozwolona” obejmuje zarówno kwotę, którą ma zwrócić Medicare lub prywatne towarzystwo ubezpieczeniowe, jak i kwotę (jeśli ma zastosowanie), którą każda osoba objęta programem Medicare lub ubezpieczona zobowiązana jest zapłacić osobiście (w postaci koasekuracji, dopłat lub odliczeń), niezależnie od tego czy i kiedy pacjent zapłaci całość lub część swojej należności oraz bez względu na to, czy tę należność objęto lub nie dofinansowaniem do kosztów opieki zdrowotnej lub zniżką (w ramach niniejszej Polityki lub innego programu). Każdy Szpital Beaumont co roku ustala zaktualizowaną procentową część ZSO i będzie stosować zaktualizowaną procentową część ZSO przez 120 dni od upływu 12-miesięcznego okresu przewidzianego na określenie procentowej części ZSO.

Każdy Szpital Beaumont opublikuje swoją procentową część ZSO w witrynie internetowej Beaumont Health. Ponadto istnieje możliwość otrzymania bezpłatnego egzemplarza Procentowej części ZSO każdego ze Szpitali Beaumont. Wystarczy w tym celu zadzwonić pod numer (248) 577-9205 lub przesłać pisemną prośbę na adres:

Customer Service Department
Beaumont Health System
26901 Beaumont Blvd.
Southfield, MI 48033

C. Pomoc w nagłych przypadkach: opieka lub leczenie w nagłych przypadkach w rozumieniu Ustawy dotyczącej opieki medycznej w nagłych przypadkach i w czasie porodu (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

D. EMTALA: ustawa dotycząca opieki medycznej w nagłych przypadkach i w czasie porodu (42 U.S.C. § 1395dd) oraz przepisy, o których mowa w Podrozdziale G Rozdziału IV w Tytule 42 amerykańskiego Kodeksu Przepisów Federalnych.

E. Rodzina: według definicji stosowanej przez Biuro Ewidencji Ludności USA (U.S. Census Bureau) – grupa dwóch lub więcej osób mieszkających razem, które są ze sobą powiązane więzami krwi, ślubem lub adopcją. Ponadto, jeśli pacjent zgłoszony zostanie w zeznaniu podatkowym rodzica lub dorosłego dziecka jako osoba zależna, strona zgłaszająca pacjenta jako osobę zależną uznana zostanie za członka rodziny pacjenta.

F. Majątek rodziny: łączne aktywa (inne niż dochód rodziny) pacjenta, członków rodziny pacjenta i wszystkich osób poręczających obliczone zgodnie z niniejszą Polityką. Niewyczerpująca lista elementów wchodzących w skład majątku rodziny obejmuje sumy przechowywane na rachunkach bankowych i kontach inwestycyjnych, obligacje, świadectwa depozytowe oraz aktywa trustu. Do majątku rodziny nie wliczają się: nieruchomości, pojazdy, aktywa stanowiące wspólną własność pacjenta i osób, które nie są członkami rodziny, ale tylko wówczas, gdy dostęp pacjenta do tych aktywów stanowi korzyść wyłącznie dla osoby niebędącej członkiem rodziny. Osoby ubiegające się o objęcie pomocą finansową mogą zostać poproszone o dostarczenie dokumentacji dotyczącej wartości majątku rodziny.

G. Dochód rodziny: łączny dochód uzyskiwany przez pacjenta, członków rodziny pacjenta w wieku powyżej 15 lat oraz wszystkich poręczających ze wszelkich źródeł, w tym na przykład zarobków, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku pracowniczego, ubezpieczenia społecznego, zapomogi uzupełniającej, pomocy społecznej, świadczeń dla weteranów, renty rodzinnej, renty lub emerytury, odsetek, dywidend, najmu, należności licencyjnych, dochodów z trustu, stypendiów,

alimentów, zasiłków rodzinnych czy innych. W tym celu programy emerytalne będą wyceniane w oparciu o wartość świadczenia dożywotniego, a jego roczna wartość traktowana będzie jak dochód rodziny, czas trwania świadczenia dożywotniego określi się jako dwadzieścia pięć lat, a roczny poziom wzrostu wynosić będzie 3,5%. W czasie ewentualnego procesu analizy kwalifikowalności placówki Beaumont Health mogą stosować do wyceny dochodu rodziny model obliczeniowy opracowany przez stronę trzecią, w którym wykorzystywane będą informacje ze sprawozdania na temat kredytów konsumenckich, własne dane, źródła danych marketingowych oraz średnie dochody innych osób mieszkających w pobliżu adresu zgłoszonego przez pacjenta.

H. Informacje o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym: informacje o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym publikowane raz na jakiś czas przez amerykańskie Ministerstwo Zdrowia i Spraw Społecznych, czyli w dniu ich publikacji w Rejestrze Federalnym. Aktualne Informacje o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym mające zastosowanie w niniejszej Polityce, aktualizowane raz na jakiś czas, stanowią Załącznik A (patrz tabela załączników w prawym górnym rogu).

I. Koszty brutto: kompletne stawki naliczane przez Szpital z tytułu świadczenia opieki zdrowotnej oraz dostarczania artykułów i usług.

J. Poręczający: osoba inna niż pacjent, która odpowiada za opłacenie rachunków za leczenie pacjenta.

K. Niezbędna opieka medyczna: podstawowe usługi niezbędne w celu dokonania diagnozy i zapewnienia leczenia prewencyjnego, paliatywnego, standardowego lub protetycznego związanego ze zdrowiem fizycznym lub psychicznym, zgodnie ze standardami opieki medycznej ogólnie przyjętymi w zawodzie w chwili realizacji świadczenia. Niezbędna opieka medyczna nie obejmuje zabiegów kosmetycznych, operacji plastycznych, innych wybranych usług, artykułów i usług dostępnych ze zniżką w cenie pakietu cenowego, świadczeń osobistych (na przykład kosztu sali szpitalnej) czy artykułów stanowiących udogodnienia dla pacjenta.

L. Pacjent nieubezpieczony: osoba nieposiadająca komercyjnego ubezpieczenia zapewnianego przez stronę trzecią ani nieobjęta Ustawą o zabezpieczeniu emerytalnym pracowników (ERISA), jednym z federalnych programów zdrowotnych (których niewyczerpująca lista obejmuje Medicare, Medicaid, SCHIP czy CHAMPUS), programem odszkodowań pracowniczych lub innym zewnętrznym systemem pomocy w regulowaniu jego/jej zobowiązań z tytułu świadczonej opieki medycznej.

IV. PROCEDURA:

A. Zgłaszanie pacjentów

Pracownicy Szpitala odpowiedzialni za planowanie wizyt i rejestrowanie zobowiązani są zgłaszać Doradcy do spraw Świadczeń wszystkich pacjentów nieposiadających ubezpieczenia i niezdolnych do opłacenia świadczeń w celu określenia, czy spełniają warunki objęcia pomocą finansową. Doradcy do spraw Świadczeń należy zgłaszać także pacjentów ubezpieczonych, którzy nie są w stanie opłacić swojej części łącznej kwoty należnej za opiekę.

B. Kwalifikowalność do uzyskania dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej

1. Kryteria kwalifikowalności

a. Kwalifikowalność do uzyskania pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej jest określana w oparciu o wykazaną przez pacjenta niezdolność do opłacenia kosztów opieki lub przedmiotów ze względu na niewystarczające zasoby finansowe. Za osoby niespełniające warunków objęcia pomocą finansową w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej w ramach niniejszej Polityki uznaje się pacjentów, w przypadku których majątek rodzinny przekracza 50 000 dolarów i to niezależnie od dochodu rodziny pacjenta.

b. Pacjenci, w przypadku których majątek rodzinny jest wyceniany na mniej niż 50 000 dolarów i którzy spełniają następujące warunki, kwalifikują się do uzyskania pomocy finansowej w formie dofinansowania do kwoty, którą pacjent zobowiązany jest uiścić za leczenie w nagłych przypadkach oraz inne niezbędne świadczenia medyczne (ale nie do kwot obciążających stronę trzecią będącą płatnikiem) w oparciu o skalę ruchomą we wskazanych kwotach:

- Jeśli dochody rodziny pacjenta stanowią do 200% kwoty określonej w Informacjach o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym, pacjent uzyska dofinansowanie do kosztów opieki zdrowotnej pokrywające 100% kwoty, którą jest zobowiązany uiścić.
- Jeśli dochody rodziny pacjenta stanowią od 201% do 300% kwoty określonej w Informacjach o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym, pacjent uzyska dofinansowanie do kosztów opieki zdrowotnej równe procentowej części ZSO danego Szpitala w odniesieniu do kwot należnych od pacjenta. (Na przykład: jeśli procentowa część ZSO Szpitala w danym czasie wynosiłaby 76%, wówczas pacjent otrzymałby 76% dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej w odniesieniu do kwot należnych od pacjenta).

Każdy Szpital Beaumont publikuje swoją ustaloną co roku procentową część ZSO w witrynie internetowej Beaumont Health. Ta informacja jest również dostępna pod numerem telefonu (248) 577-9205 lub po złożeniu pisemnego wniosku na następujący adres:

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

c. Aktualne Informacje o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym stanowią Załącznik A.

d. Jeśli pacjent zostanie zgłoszony jako osoba zależna w zeznaniu podatkowym rodzica lub dorosłego dziecka, podstawę do określenia kwalifikowalności stanowią będzie dochód strony zgłaszającej pacjenta

jako osobę zależną liczony razem z pozostałym dochodem rodziny.

e. W przypadku, gdy aktualny dochód rodziny wzrósł w sposób znaczący w ostatnim roku i jeśli istnieje racjonalna podstawa, by wierzyć, że dochód rodziny wróci do wcześniejszego poziomu, placówka Beaumont Health może zawiesić decyzję dotyczącą pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej. Niezależnie od postanowień tej Polityki o przeciwnym brzmieniu, jeśli dochód rodziny obniżył się w sposób znaczący w ostatnim roku i jeśli istnieje racjonalna podstawa, by wierzyć, że w ciągu następnego roku dochód rodziny wróci do wcześniejszego poziomu, placówka Beaumont Health może cofnąć decyzję dotyczącą pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej.

f. Pomoc finansowa nie dotyczy kwot obciążających towarzystwa ubezpieczeniowe lub firmy oferujące plany świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego, czy towarzystwo ubezpieczeniowe lub firma oferująca plan świadczeń zdrowotnych zrealizowała płatność na rzecz pacjenta czy placówki Beaumont Health.

g. Jeśli pacjent uzyska odszkodowanie w wyniku ugody lub wyroku skazującego stronę trzecią będącą sprawcą uszkodzenia jego ciała, które stanowiło przyczynę udzielenia świadczeń medycznych i przekazania przedmiotów przez placówkę Beaumont Health, pacjent zobowiązany jest wykorzystać kwotę uzyskaną w ramach ugody lub wyroku do opłacenia rachunku i nie kwalifikuje się do objęcia pomocą finansową w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej.

h. Aby spełnić warunki objęcia pomocą finansową w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej w ramach niniejszej Polityki, pacjent musi nie tylko spełnić wymienione wyżej kryteria dotyczące dochodu i majątku rodziny, lecz także:

- Uzpełnić Wniosek o przyznanie pomocy finansowej przekazany przez placówkę Beaumont Health.
- Dostarczyć komplet dokumentacji wymaganej przez placówkę Beaumont Health zgodnie z niniejszą Polityką oraz formularz Wniosku o przyznanie pomocy finansowej.
- Wnioskować o wsparcie z wszystkich publicznych programów pomocy wskazanych przez placówkę Beaumont Health, takich jak Medicaid, pomoc społeczna, program wspierania osób niepełnosprawnych itp.
- Współpracować z Beaumont Health przy ustalaniu, czy pacjent kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej w ramach niniejszej Polityki.

i. Placówka Beaumont Health zapewni pacjentom możliwe wsparcie w ich staraniach o uzyskanie pomocy publicznej, do której mogą mieć prawo (takiej jak na przykład funkcjonujący w stanie Michigan program Medicaid, pomoc społeczna itp.). Udzielając pacjentom wsparcia w staraniach o uzyskanie tego typu pomocy, placówki Beaumont Health mogą korzystać z usług firm zewnętrznych.

j. Decyzja o uznaniu, iż pacjent spełnia warunki przyznania pomocy finansowej może zostać zmieniona, jeśli okaże się, że informacje dostarczone w procesie wnioskowania lub w innych okolicznościach były niedokładne lub niepełne. W takim przypadku pacjent zostanie poinformowany i zobligowany do zapłaty.

k. Pomoc finansowa jest dostępna w ramach niniejszej Polityki wyłącznie dla mieszkańców Stanów Zjednoczonych, chyba że przed rozpoczęciem świadczenia usług zostanie zastosowany szczególny wyjątek.

2. Domyślna kwalifikowalność do uzyskania pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej

a. Placówki Beaumont Health mogą skorzystać z pomocy firmy zewnętrznej w celu przeprowadzenia elektronicznej weryfikacji urzędowych baz danych umożliwiającej oszacowanie dochodu rodziny pacjenta, a dzięki temu także określenie właściwego poziomu pomocy finansowej. Tego typu model prognostyczny pozwala wykorzystać dane z dokumentów urzędowych w celu określenia sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdolności finansowej poprzez oszacowanie dochodu, majątku oraz płynności finansowej. Technologia elektroniczna stworzona została w sposób pozwalający oceniać wszystkich pacjentów według tych samych standardów. Ponadto bazuje na historii pomocy finansowej udzielonej w ramach tradycyjnego procesu wnioskowania. W celu określenia kwoty pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej, do uzyskania której pacjent kwalifikuje się domyślnie, stosowane będą uzyskane od strony trzeciej informacje o wielkości rodziny i jej dochodach wraz z ruchomą skalą Polityki Pomocy Finansowej.

b. Pacjenci objęci programem Medicaid z założenia będą kwalifikować się do uzyskania 100% pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej.

c. Jeśli pacjent z założenia kwalifikuje się do uzyskania 100% pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej, Centrala firmy poinformuje go o swojej decyzji na piśmie, a pacjent nie będzie musiał wypełniać Wniosku o przyznanie pomocy finansowej. Jeśli pacjent z założenia kwalifikuje się do uzyskania mniej niż 100% pomocy finansowej, informujemy go o podstawie, która służy do określania domyślnej kwalifikowalności oraz o tym, w jaki sposób może wnioskować o uzyskanie większej pomocy finansowej w ramach niniejszej Polityki. Ponadto zanim podejmiemy nadzwyczajne działania windykacyjne w celu uzyskania kwoty należnej za opiekę po potrąceniu pomocy, wyznaczymy pacjentowi rozsądny termin na wnioskowanie o udzielenie wyższej pomocy finansowej.

d. Okres, w którym stosuje się proces określania kwalifikowalności do pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej

i. Proces określania kwalifikowalności do uzyskania pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej powinien być stosowany wyłącznie do

konkretnych świadczeń. Fakt, że pacjent kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej pozwalającej opłacić koszty konkretnego świadczenia, nie oznacza automatycznie, że kwalifikuje się on do uzyskiwania podobnej pomocy w opłacaniu świadczeń lub artykułów w przyszłości.

C. Jak wnioskować o przyznanie pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej

1. Proces wnioskowania i termin składania wniosków

a. O ile pacjent nie zostanie uznany z założenia za kwalifikującego się do uzyskania 100% dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej, wówczas, aby móc wnioskować o pomoc finansową (lub o większą pomoc finansową w przypadku osób kwalifikujących się z założenia do uzyskania mniej niż 100% pomocy finansowej), pacjent lub jego Poręczający musi uzupełnić Wniosek o przyznanie pomocy finansowej dostarczony przez placówkę Beaumont Health oraz przekazać wszelkie dokumenty wymagane przez Szpital zgodnie z niniejszą Polityką oraz Wnioskiem o przyznanie pomocy finansowej.

b. Pacjenci zobowiązani są uzupełnić Wniosek o przyznanie pomocy finansowej bezzwłocznie po uzyskaniu od placówki Beaumont Health świadczeń lub artykułów. Pacjenci mają prawo wnioskować o przyznanie pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej przez okres do 240 dni od otrzymania pierwszego zestawienia opłat po wypisaniu ze szpitala dotyczącego przedmiotowego świadczenia. Niewypełnienie i niedostarczenie wniosku w okresie 240 dni może skutkować odmową przyznania pomocy finansowej.

2. Dokumenty poświadczające wartość dochodów i majątku rodziny

a. Wszystkie osoby ubiegające się o przyznanie pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej są zobowiązane dostarczyć dokumenty poświadczające wartość dochodów rodziny i majątku rodziny. Na życzenie placówki Beaumont Health osoba wnioskująca może zostać poproszona o dostarczenie kopii następujących dokumentów, jeśli mają zastosowanie:

- Pasków płacowych za okres co najmniej czterech ostatnich tygodni lub oświadczenia pracodawcy o wysokości wynagrodzenia brutto.
- Karty podatkowej W-2 za ostatni rok.
- Najbardziej aktualnego zeznania dochodowego IRS Form 1040.
- Wyciągów bankowych z dwóch ostatnich miesięcy obejmujących wszelkie rachunki bieżące, oszczędnościowe, kapitałowe lub inne konta bankowe i inwestycyjne.
- Pisemnego oświadczenia dotyczącego wszelkich innych dochodów uzyskanych w dwóch ostatnich miesiącach (np. zasiłku dla bezrobotnych lub niepełnosprawnych, emerytury itp.)
- Pisma o odmowie przyznania zasiłku dla bezrobotnych.
- Dokumentacji dotyczącej wartości majątku rodziny.

b. Niedostarczenie któregokolwiek z tych dokumentów może skutkować odmową przyznania pomocy finansowej. Odmowa przyznania pomocy finansowej nie może jednak wynikać z niedostarczenia informacji lub dokumentacji, które nie zostały wyraźnie wskazane w niniejszej Polityce lub Wniosku o przyznanie pomocy finansowej. Jeśli wnioskujący nie posiada żadnego z wymienionych dokumentów poświadczających wartość dochodu i majątku rodziny, może on skontaktować się z jednym z biur Doradcy do spraw Świadczeń właściwym dla każdego Szpitala, których adresy i numery telefonów podano w Załączniku B, w celu ustalenia, jakie inne dokumenty może dostarczyć na potrzeby procesu określania kwalifikowalności.

c. Placówki Beaumont Health mogą udostępniać informacje dotyczące pomocy finansowej udzielonej pacjentom w lokalizacjach powiązanych z Grupą Beaumont Health w celu uproszczenia zarządzania pomocą finansową udzielaną pacjentom w różnych placówkach. Z wyjątkiem sytuacji, gdy pozwalają na to lub wręcz wymagają tego przepisy prawa, żadne informacje nie będą udostępniane poza Grupą Beaumont Health.

3. Gdzie można uzyskać Wniosek o przyznanie pomocy finansowej oraz inne Informacje o pomocy finansowej

a. Każda placówka Beaumont Health udostępnia tekst niniejszej Polityki Pomocy Finansowej, Wniosku o udzielenie pomocy finansowej, Uproszczonego Streszczenia Polityki Pomocy Finansowej oraz Polityki Dochodzenia Należności w witrynie internetowej Beaumont Health <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance> w następujących językach:

- i. angielski
- ii. albański
- iii. arabski
- iv. chiński
- v. niemiecki
- vi. włoski
- vii. japoński
- viii. koreański
- ix. polski
- x. rosyjski
- xi. hiszpański
- xii. wietnamski

b. Ponadto wersje drukowane niniejszej Polityki Pomocy Finansowej, Wniosku o udzielenie pomocy finansowej, listy świadczeniodawców realizujących usługi objęte i nieobjęte Polityką Pomocy Finansowej, Uproszczonego streszczenia Polityki Pomocy Finansowej oraz Polityki Dochodzenia Należności dostępne są na żądanie i bezpłatnie w izbach przyjęć Szpitali i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, a w standardowych godzinach roboczych także w odpowiednich biurach doradztwa

finansowego Szpitali, których lista stanowi Załącznik B.

c. Doradcy do spraw świadczeń Beaumont Health są gotowi udzielić odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące wsparcia finansowego oraz pomóc pacjentom w wypełnianiu Wniosku o przyznanie pomocy finansowej. Adres i numer telefonu Biura Doradcy do spraw Świadczeń właściwego dla każdego Szpitala został podany w Załączniku B.

4. Gdzie złożyć Wniosek o przyznanie pomocy finansowej

Uzupełniony Wniosek o przyznanie pomocy finansowej należy przesłać wraz z wymaganą dokumentacją na adres Działu usług finansowych dla pacjentów placówek Beaumont Health:

Beaumont Health

Attn: Customer Service

26901 Beaumont Blvd

Southfield, MI 48033

Numer telefonu: (248) 577-9205

5. Czas na rozpatrzenie Wniosku o przyznanie pomocy finansowej

Pracownicy Beaumont Health rozpatrzą Wniosek o przyznanie pomocy finansowej i określą, czy pacjent kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej. Proces rozpatrywania wniosku trwa zazwyczaj do 30 dni. Po podjęciu decyzji dotyczącej kwalifikowalności do uzyskania pomocy finansowej Centrala firmy wyśle do osoby wnioskującej pismo informujące o podjętej decyzji. Niekompletne Wnioski o przyznanie pomocy finansowej będą odsyłane do osób wnioskujących wraz z opisem dodatkowych informacji i dokumentów wymaganych na potrzeby uzupełnienia wniosku.

6. Spory

Pacjent może wnioskować o ponowne rozpatrzenie decyzji Beaumont Health o nieprzyznaniu pomocy finansowej w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej lub przyznaniu dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej w kwocie mniejszej niż 100%, informując pracownika Szpitala w jednym z biur, których lista stanowi Załącznik C o źródle sporu i jego oczekiwanym rozwiązaniu w ciągu 30 dni od otrzymania od pacjenta informacji o okolicznościach, które stanowią przyczynę sporu. Pacjenci mogą przekazać informację o sporze ustnie lub na piśmie. Przedstawiciele Szpitala określani w Załączniku C lub osoby przez nich wyznaczone przeanalizują zgłoszony przez pacjenta spór i poinformują go pisemnie o decyzji. Pacjenci, którzy nie złożą wniosku o przyznanie pomocy finansowej lub którym nie zostanie ona udzielona w związku z elementami niniejszej Polityki dotyczącymi uzależnienia od dochodu lub zakładanej kwalifikowalności, mogą kwalifikować się do uzyskania zniżki dla pacjentów nieubezpieczonych i opłacających koszty samodzielnie w ramach niniejszej Polityki.

7. Koordynacja z nieściągalnymi należnościami w ramach programu Medicare

Wszelkie kwoty odliczeń lub koasekuracji zgłoszone jako nieściągalne należności w ramach programu Medicare należy wyłączyć ze sprawozdawczości Szpitala dotyczącej opieki zdrowotnej.

D. Podstawa naliczania kwot wymagalnych od pacjentów kwalifikujących się do objęcia pomocą finansowej

1. Placówki Beaumont Health nie naliczą pacjentom kwalifikującym się do objęcia pomocą finansową w ramach niniejszej Polityki za leczenie w nagłych przypadkach oraz inne niezbędne świadczenia medyczne kwot wyższych niż zwyczajowo stosowane opłaty w przypadku osób posiadających ubezpieczenie pokrywające koszty tego typu opieki (tj. więcej niż koszt brutto tego typu opieki pomnożony przez procentową część ZSO). W każdej chwili istnieje możliwość szybkiego uzyskania bezpłatnego egzemplarza obowiązującej procentowej części ZSO wraz z opisem sposobu jej obliczania:

- a. W witrynie internetowej: <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>.
- b. Przesyłając prośbę do odpowiedniego biura doradztwa finansowego Szpitali, których lista stanowi Załącznik B.

2. W celu określenia kwoty, jaką z tytułu leczenia w nagłych przypadkach oraz innych niezbędnych świadczeń medycznych winien jest uiścić pacjent spełniający warunki objęcia pomocą finansową w formie dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej w ramach niniejszej Polityki, należy porównać procentową część dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej określoną w Części IV.B.1.b niniejszej Polityki z kosztami brutto tej opieki pomnożonymi przez procentową część ZSO. W przypadku pacjentów ubezpieczonych dostosowane koszty brutto stosuje się wyłącznie do obliczania części, którą pacjent musi sfinansować z własnej kieszeni (tj. dopłat, odliczeń i innych kwot koasekuracji) w ramach mającego zastosowanie planu opieki zdrowotnej; część, która ma być opłacona z planu opieki zdrowotnej obliczona zostanie na podstawie warunków planu oraz stawek przyjętych przez Szpital Beaumont bez dodatkowych zmian, niezależnie od tego, czy z planu opieki zdrowotnej wypłacono pieniądze na rzecz pacjenta czy placówki Beaumont Health. Łączna płatność uzyskana od towarzystwa ubezpieczeniowego i od pacjenta może być wyższa niż ZSO.

3. Zgodnie z prawem stanu Michigan, placówki Beaumont Health nie naliczą pacjentom nieubezpieczonym, w przypadku których dochód rodziny wynosi do 250% kwoty zawartej w Informacjach o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym, opłaty przewyższającej 115% stawki zwrotu z tytułu leczenia w ramach programu Medicare (tzn. Beaumont Health udzieli automatycznej zniżki, aby zapewnić zgodność z tym prawem).

4. Placówki Beaumont Health naliczą pacjentom spełniającym warunki objęcia pomocą finansową w ramach niniejszej Polityki opłatę w kwocie niższej niż koszt brutto usług innych niż leczenie w nagłych przypadkach czy pozostałe niezbędne świadczenia medyczne.

E. Dodatkowe kategorie opłat kwalifikujących się do objęcia pomocą

W celu uniknięcia niepewności należy zauważyć, że niniejsza Polityka wyraźnie uwzględnia następujące kwestie w odniesieniu do pacjentów, którzy w innych przypadkach kwalifikują się do dofinansowania do kosztów opieki zdrowotnej w ramach niniejszej Polityki:

1. Opłaty dla pacjentów posiadających ubezpieczenie od podmiotu, który nie jest związany umową z Beaumont Health (plany spoza sieci).
2. Opłaty za usługi nieobjęte ubezpieczeniem świadczone na rzecz pacjentów uprawnionych do korzystania z programu Medicaid lub innych programów opieki dla osób niezamożnych.
3. Opłaty za pacjentów, którzy przekroczyli długość pobytu w ramach programu Medicaid lub innych programów opieki dla osób niezamożnych.
4. Opłaty za pacjentów ubezpieczonych w innym zakresie, którzy wyczerpali swoje świadczenia i są zobowiązani do opłacenia wszelkich pozostałych kwot.

F. Zniżka dla pacjentów nieubezpieczonych (płacących samodzielnie)

1. Kwalifikowalność

Beaumont Health zapewnia zniżkę kwalifikującym się do niej pacjentom nieubezpieczonym. Aby kwalifikować się do zniżki, pacjent nie może być objęty żadnym planem ubezpieczenia medycznego ani jego poręczającym nie może być podmiot trzeci.

2. Kwota zniżki

Zniżka jest równa procentowej części ZSO danego Szpitala w odniesieniu do kwot należnych od pacjenta. (Na przykład, jeśli procentowa część ZSO Szpitala w danym czasie wynosiłaby 76%, wówczas pacjent otrzymałby 76% zniżki od regularnych opłat w odniesieniu do kwot należnych od pacjenta). Zniżka jest stosowana za pomocą kodu opłaty 200027 (zniżka dla pacjentów nieubezpieczonych).

Procentowa część ZSO każdego Szpitala, ustalana co pewien czas, jest publikowana w witrynie internetowej Beaumont Health, a także udostępniana pod numerem telefonu (248) 577-9205 lub po złożeniu pisemnego wniosku na następujący adres:

Customer Service Department
Beaumont Health System
26901 Beaumont Blvd.
Southfield, MI 48033

3. Wykluczenia

Następujące artykuły i usługi nie kwalifikują się do zniżki dla nieubezpieczonych pacjentów płacących samodzielnie w ramach niniejszej Polityki:

- a. Pakietowe usługi cenowe (Poręczający typu 112)
- b. Chirurgia kosmetyczna (BI 11)
- c. III faza rehabilitacji kardiologicznej (BI 42)

- d. Odwyk dzienny dla dorosłych (BI 58)
- e. Program przedszkolny (BI 76)
- f. Należności związane ze zobowiązaniami ubezpieczeniowymi pacjenta (np. kwoty dopłat, odliczeń i koasekuracji)

G. Naliczanie i dochodzenie należności

1. Każda placówka Beaumont Health opracowała polityki i procedury dotyczące praktyk poboru należności na poziomie wewnętrznym i zewnętrznym, które obejmują: przedział, w którym pacjent kwalifikuje się do przyznania pomocy finansowej, wysiłki pacjenta podejmowane w dobrej wierze w celu uzyskania wsparcia z programów rządowych oraz jego wysiłki w dobrej wierze podejmowane w celu wywiązania się z wszelkich umów dotyczących płatności podpisanych z placówką Beaumont Health. W przypadku pacjentów kwalifikujących się do uzyskania pomocy finansowej, którzy dokonują w dobrej wierze starań zmierzających do opłacenia zaległych rachunków, placówki Beaumont Health mogą zaproponować plan wydłużonej spłaty, nie narzucają Nadzwyczajnych działań windykacyjnych [określonych w Części 501(r) amerykańskiego Kodeksu Podatkowego (Internal Revenue Code) z 1986 roku wraz z późniejszymi zmianami] oraz nie przełożą nieopłaconych rachunków zewnętrznej firmie windykacyjnej.

2. Wszelkie zestawienia opłat przesyłane do pacjentów zawierać będą wyraźne, pisemne powiadomienie o możliwości uzyskania przez pacjenta pomocy finansowej w ramach niniejszej Polityki opatrzone numerem telefonu biura Szpitala, które udziela informacji o Polityce i o procesie składania Wniosku o przyznanie pomocy finansowej oraz łączem do witryny internetowej, w której dostępne są teksty niniejszej Polityki, formularza Wniosku o przyznanie pomocy finansowej oraz uproszczonego streszczenia niniejszej Polityki.

3. Działania, jakie placówki Beaumont Health mogą podjąć w wypadku niedokonania płatności opisane zostały w osobnej Polityce naliczania i dochodzenia należności. Egzemplarz Polityki naliczania i dochodzenia należności uzyskać można w witrynie internetowej Beaumont Health <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance> lub kontaktując się z odpowiednim dla danego Szpitala biurem Doradcy do spraw świadczeń, których lista stanowi Załącznik B.

H. Lista świadczeniodawców realizujących usługi objęte niniejszą Polityką

Lista świadczeniodawców („Lista Świadczeniodawców”) zatrudnionych lub w inny sposób upoważnionych do świadczenia opieki pacjentom w placówkach Beaumont Health oraz informacja na temat świadczeniodawców realizujących usługi objęte niniejszą Polityką stanowią elementy niezależne od niniejszej Polityki. Zgodnie z informacją zawartą w Liście Świadczeniodawców dokument ten ma zastosowanie wyłącznie od dnia, w którym zostanie utworzony lub ostatni raz zaktualizowany. Egzemplarz Listy Świadczeniodawców można uzyskać bezpłatnie w witrynie internetowej <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance> lub kontaktując się z którymkolwiek biurem Doradcy do spraw świadczeń, których lista stanowi Załącznik B.

I. Polityka opieki medycznej w nagłych wypadkach

Placówki Beaumont Health zapewniają w sposób egalitarny, to jest wszystkim pacjentom, niezależnie od ich kwalifikowalności do uzyskania pomocy finansowej w ramach niniejszej Polityki, opiekę medyczną w nagłych przypadkach w rozumieniu EMTALA – Ustawy dotyczącej opieki medycznej w nagłych przypadkach i w czasie porodu. Placówki Beaumont Health zabraniają podejmowania jakichkolwiek działań mających na celu zniechęcenie pacjentów do ubiegania się o opiekę medyczną w nagłych przypadkach, w tym wymagania przedpłat lub prowadzenia działań windykacyjnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub w innych częściach Szpitala, gdzie tego typu działania mogą przeszkadzać w świadczeniu pomocy medycznej w nagłych przypadkach w sposób egalitarny.

Załączniki

Załącznik F: Streszczenie Polityki Pomocy Finansowej Placówek Beaumont Health

Załącznik E: Sposób naliczania przez Szpitale Beaumont Zwyczajowo stosowanych opłat

Załącznik D: Pomoc finansowa –Świadczeniodawcy realizujący usługi w ramach programu

Załącznik C: Przedstawiciel Szpitala, z którym należy się kontaktować na wypadek sporów dotyczących określania kwalifikowalności do otrzymania pomocy finansowej

Załącznik B: Biura Doradcy do spraw świadczeń

Załącznik A: Aktualne Informacje o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym

Podpisy zatwierdzające

Opis etapu	Osoba zatwierdzająca	Data
	Donna Waters: VP Revenue Cycle	4/21/2021
Zatwierdzenie przez Komitet		
Sterujący ds. Procedur i Formularzy (jeżeli jest wymagane)	Kristener Polzin: Sr Dir, Patient Revenue	3/23/2021
	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

Zakres zastosowania

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

Beaumont

Załącznik A

Aktualne Informacje o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym

Informacje o stopniu ubóstwa na poziomie federalnym na rok 2022 dla 48 kontynentalnych stanów i Dystryktu Kolumbii (Waszyngton D.C.)		
Liczba osób w rodzinie / gospodarstwie domowym	100% dofinansowanie do kosztów opieki zdrowotnej	Dofinansowanie do kosztów opieki zdrowotnej równe procentowej części ZSO danego Szpitala
	<i>Wskaźnik ubóstwa na poziomie federalnym FPG: 200% lub mniej</i>	<i>Wskaźnik ubóstwa na poziomie federalnym FPG: 201% – 300%</i>
1	\$27,180	\$40,770
2	\$36,620	\$54,930
3	\$46,060	\$69,090
4	\$55,500	\$83,250
5	\$64,940	\$97,410
6	\$74,380	\$111,570
7	\$83,820	\$125,730
8	\$93,260	\$139,890
*	\$9,440	\$14,160

* Dodatek na każdą kolejną osobę w przypadku rodzin / gospodarstw domowych, w których liczba członków przekracza 8 osób.

Beaumont

Załącznik B: Biura Doradcy do spraw świadczeń

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

Załącznik C: Przedstawiciel szpitala, z którym należy się kontaktować na wypadek sporów dotyczących określania kwalifikowalności do otrzymania pomocy finansowej

Beaumont Hospital – Dearborn

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

Beaumont Hospital – Farmington Hills

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

Beaumont Hospital – Grosse Pointe

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

Beaumont Hospital – Royal Oak

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

Beaumont Hospital – Taylor

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

Beaumont Hospital – Trenton

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

Beaumont Hospital – Troy

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

Beaumont Hospital – Wayne

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