



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>

Finanzielle Unterstützung

Document Type: Policy (German)

I. ZWECK UND ZIELSETZUNG:

A. Diese Richtlinie beschreibt, wie die Beaumont Health Hospitals und die Beaumont Medical Group nicht versicherte Patienten und Patienten, die Hilfe bei der Bezahlung ihrer Krankenhausrechnungen benötigen, identifizieren und ihnen finanzielle Unterstützung anbieten.

Diese Richtlinie gilt für diese Krankenhäuser, gemeinsam als „Beaumont Hospitals“ oder „Kliniken“ und einzeln als „Beaumont Hospital“ oder „Klinik“ bezeichnet. Die Bezeichnung „Beaumont Health“ in dieser Richtlinie steht für das jeweilige Beaumont Hospital sowie für die Beaumont Medical Group.

B. Diese Richtlinie soll die Anforderungen in Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code (Abgabenordnung der USA) von 1986 in der geänderten Fassung erfüllen, der bestimmte Anforderungen an die Krankenhäuser in Bezug auf finanzielle Unterstützung, Gebührenbeschränkungen sowie Abrechnung und Einzugsmaßnahmen stellt. Patienten, die nicht über die Mittel verfügen, um die in den Kliniken erbrachten Leistungen zu bezahlen, können eine finanzielle Unterstützung beantragen und diese nach Maßgabe der Bestimmungen und Bedingungen dieser Richtlinie erhalten.

C. Diese Richtlinie dient auch dazu, bestimmte Vorgaben zur Medicare-Kostenmeldung für Krankenhäuser zu erfüllen.

D. Großgeschriebene Wörter, die in dieser Richtlinie verwendet werden und nicht anderweitig definiert sind, haben die in Abschnitt III unten dargelegte Bedeutung.

II. AUSSAGE DER RICHTLINIE:

A. Der Grundsatz von Beaumont Health lautet:

1. Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Versorgung ohne Benachteiligung allen Patienten, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit, bereitzustellen;
2. Finanzielle Unterstützung für Notfallbehandlungen und andere medizinisch notwendige Behandlungen für Personen bereitzustellen, die im Rahmen dieser Richtlinie anspruchsberechtigt sind;
3. Patienten, die im Rahmen dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen nicht mehr als die generell in Rechnung gestellten Beträge in Rechnung stellen (d. h., Beaumont Health wird einem Patienten, der im Rahmen dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen nicht mehr als die Bruttokosten für diese Behandlungen multipliziert mit dem Prozentsatz der generell in Rechnung gestellten Beträge (AGB) in Rechnung stellen); und
4. Patienten, die im Sinne dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, weniger als die Bruttokosten für Leistungen in Rechnung stellen, die keine Notfallversorgung oder andere medizinisch notwendige Versorgung darstellen.
5. Gewährung von Rabatten für anspruchsberechtigte nicht versicherte Selbstzahler.

B. Die Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung wird auf der Grundlage (i) der nachgewiesenen Unfähigkeit des Patienten, Dienstleistungen oder Gegenstände aufgrund unzureichender finanzieller Mittel zu bezahlen, oder (ii) des Status des Patienten als anspruchsberechtigter nicht versicherter Selbstzahler ermittelt. Wie in dieser Richtlinie festgelegt, berücksichtigt Beaumont Health bei der Beurteilung der Anspruchsberechtigung eines Patienten für finanzielle Unterstützung aufgrund unzureichender finanzieller Ressourcen das Familienvermögen des Patienten sowie das Familieneinkommen des Patienten im Vergleich zu den Federal Poverty Guidelines (die jährlich aktualisiert werden). Um für eine finanzielle Unterstützung in Betracht zu kommen, muss ein Patient zudem bei der Bereitstellung von Informationen, die von Beaumont Health gemäß dieser Richtlinie angefordert werden, und bei der Beantragung von Medicaid oder Zahlungsprogrammen Dritter mitwirken.

Wie nachfolgend dargelegt, beinhaltet diese Richtlinie folgende Punkte:

1. Sie umfasst die Anspruchskriterien für finanzielle Unterstützung und legt die Umstände fest, unter denen ein Patient Anspruch auf kostenlose oder vergünstigte Versorgung hat.
2. Sie erläutert die Vorgehensweise zur Beantragung einer finanziellen Unterstützung, falls zutreffend.
3. Sie erläutert das Verfahren, nach dem präsumtiv bestimmt wird, ob Patienten um für eine finanzielle Unterstützung in Frage zu kommen, und das Verfahren, nach dem Patienten, bei denen präsumtiv festgestellt wird, dass sie für eine finanzielle Unterstützung von weniger als 100 % in Frage kommen, eine höhere finanzielle

Unterstützung beantragen können.

4. Sie beschreibt die Berechnungsgrundlage für die Beträge, die Patienten in Rechnung gestellt werden, die im Rahmen dieser Richtlinie finanziell unterstützt werden können, sowie die Beträge, an denen Anpassungen der Charity Care vorgenommen werden.
5. Sie beschränkt die Beträge, die Beaumont Health für die Notfallversorgung oder sonstige medizinisch notwendige Versorgung von Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, berechnet, auf maximal die Beträge, die Personen generell in Rechnung gestellt werden, die eine Versicherung haben, die diese Versorgung abdeckt.
6. Sie beschreibt die Methode, mit der Beaumont Health die generell in Rechnung gestellten Beträge bestimmt.
7. Darin heißt es, dass Beaumont Health ein separates Dokument führt, in dem angegeben ist, welche Anbieter (mit Ausnahme der Beaumont Hospitals), eine Notversorgung oder andere medizinisch notwendige Versorgung in den Krankenhäusern erbringen, unter diese Richtlinie fallen und welche nicht, und erläutert, wie eine Person ganz einfach ein kostenloses Exemplar der Liste erhalten kann.
8. Sie besagt, dass Beaumont Health eine separate Abrechnungs- und Inkassorichtlinie unterhält, die Maßnahmen festlegt, die im Falle einer Nichtzahlung ergriffen werden können, und Erklärungen enthält, wie Personen ganz einfach ein Exemplar der Abrechnungs- und Inkassorichtlinien erhalten können.
9. Sie beschreibt die Bereitstellung von Rabatten durch Beaumont Health für anspruchsberechtigte nicht versicherte Selbstzahler im Rahmen dieser Richtlinie.

C. Beaumont Health bietet allen Patienten eine Notfallversorgung, unabhängig von deren Zahlungsfähigkeit, im Einklang mit dem Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Gesetz über medizinische Notfallbehandlung und aktive Arbeit).

III. DEFINITIONEN:

Für die Zwecke dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen:

A. Generell in Rechnung gestellte Beträge (im Englischen auch als AGB abgekürzt): Jedes Beaumont Hospital wendet die „Look-Back-Methode“ zur Bestimmung der AGB an. Insbesondere bestimmt die jeweilige Klinik die generell abgerechneten Beträge für alle medizinischen Leistungen durch Multiplikation der Bruttokosten für diese Leistungen mit dem AGB-Prozentsatz.

B. AGB-Prozentsatz: Jedes Beaumont Hospital berechnet seinen eigenen AGB-Prozentsatz, indem es die Summe aller Ansprüche, die für die gesamte medizinische Versorgung durch Medicare und alle privaten Krankenversicherungen während eines vorangegangenen Zeitraums von zwölf (12) Monaten zugelassen wurden, durch die Summe der

zugehörigen Bruttogebühren für diese Ansprüche dividiert. Für diese Zwecke ist in dem „bewilligten“ Betrag sowohl der von Medicare oder dem Privatversicherer zu erstattende Betrag als auch der Betrag (falls vorhanden) enthalten, den der Medicare-Begünstigte oder die versicherte Person persönlich zu zahlen hat (in Form von Mitversicherung, Zuzahlung oder Selbstbehalt), unabhängig davon, ob und wann die Person ihren Anteil tatsächlich ganz oder teilweise zahlt, und unter Außerachtlassung von Anpassungen für Charity Care oder Rabatten, die auf den Anteil der Person angewandt werden (gemäß dieser Richtlinie oder anderweitig). Jedes Beaumont Hospital berechnet jährlich einen revidierten AGB-Prozentsatz und wendet den revidierten AGB-Prozentsatz bis zum 120. Tag nach Ablauf des für die Bestimmung des AGB-Prozentsatzes verwendeten 12-Monatszeitraums an.

Der AGB-Prozentsatz des jeweiligen Beaumont Hospitals wird auf der Website von Beaumont Health veröffentlicht. Darüber hinaus kann die Öffentlichkeit den AGB-Prozentsatz des Beaumont Hospitals schriftlich und kostenfrei unter der Telefonnummer (248) 577-9205 oder schriftlich unter folgender Adresse erhalten:

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

C. **Notfallversorgung:** Versorgung oder Behandlung eines medizinischen Notfalls im Sinne des Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Gesetz über die medizinische Notfallbehandlung und Erwerbsarbeit) (EMTALA).

D. **EMTALA:** Gesetz über die medizinische Notfallversorgung und Erwerbsarbeit (42 U.S.C. § 1395dd) und die Regelungen unter Unterkapitel G von Kapitel IV von Abschnitt 42 des US-Bundesgesetzbuchs.

E. **Familie:** Laut Definition des US-amerikanischen Statistikamts eine Gruppe von zwei oder mehr Personen, die zusammenwohnen und durch Geburt, Heirat oder Adoption verbunden sind. Wird der Patient in der Steuererklärung eines Elternteils oder erwachsenen Kindes als unterhaltsberechtigter geltend gemacht, gilt die Partei, die den Patienten als unterhaltsberechtigter geltend macht, als Familienmitglied des Patienten.

F. **Familienvermögen:** Das kombinierte Vermögen (mit Ausnahme des Familieneinkommens) des Patienten, der Familienangehörigen des Patienten und aller Bürger, wie laut dieser Richtlinie angepasst. Zum Familienvermögen gehören unter anderem Gelder auf Bankkonten und Anlagekonten, Anleihen, Einlagenzertifikate und Treuhandvermögen. Ausgenommen vom Familienvermögen sind Grundstücke, Fahrzeuge und Vermögenswerte, die dem Patienten und einer Person, die nicht Mitglied der Familie ist, gemeinsam gehören, allerdings nur dann, wenn der Zugang des Patienten zu dem Vermögen ausschließlich zum Nutzen des Nicht-Familienmitglieds erfolgt. Antragsteller auf finanzielle Unterstützung können aufgefordert werden, Unterlagen über die Höhe des Familienvermögens vorzulegen.

G. **Familieneinkommen:** Gesamteinkommen, das der Patient, die Familienangehörigen des Patienten, die älter als 15 Jahre sind, und alle Bürger aus allen Quellen, darunter beispielsweise Verdienst, Arbeitslosenunterstützung, Arbeiterunfallversicherung, Sozialversicherung, Sozialhilfe, staatliche Beihilfe, Veteranenzahlungen, Hinterbliebenenleistungen, Renten- oder Pensionseinkommen, Zinsen, Dividenden, Mieten, Lizenzgebühren, Einkünfte

aus Treuhandfonds, Erziehungsbeihilfen, Unterhaltszahlungen, Kindergeld und sonstige Unterstützungsleistungen, erhalten. Zu diesem Zweck werden die Pensionskonten auf der Grundlage ihres Rentenwerts bewertet, wobei der jährliche Gegenwert als Familieneinkommen behandelt wird; fünfundzwanzig Jahre werden als Dauer der Rente und 3,5 % als jährliche Wachstumsrate verwendet. Während des präsumtiven Verfahrens zur Prüfung der Anspruchsberechtigung kann Beaumont Health das Familieneinkommen eines Patienten mit Hilfe eines von einem Drittanbieter entwickelten Berechnungsmodells schätzen, das Bonitätsinformationen, selbstberichtete Daten, Marketingdatenquellen und Durchschnittseinkommen für andere in der Nähe der vom Patienten angegebenen Adresse verwendet.

H. Bundesstaatliche Armutsrichtlinien: Die Federal Poverty Income Guidelines, wie sie vom U.S. Department of Health and Human Services (US-amerikanischen Gesundheitsministerium) jeweils im Federal Register veröffentlicht und am Tag der Zustellung in Kraft sind. Die aktuellen bundesstaatlichen Armutsrichtlinien, die für diese Richtlinie gelten und von Zeit zu Zeit aktualisiert werden, sind als Anhang A beigelegt (siehe Registerkarte Anhang oben rechts).

I. Bruttogebühren: Die vollen Tarife der Klinik für die Bereitstellung von medizinischen Artikeln und Leistungen.

J. Bürge: Eine andere Person als der Patient, die zur Zahlung der Arztrechnungen des Patienten verpflichtet ist.

K. Medizinisch notwendige Pflege: Diese Leistungen sind angemessen und notwendig, um präventive, palliative, kurative oder restaurative Behandlungen für körperliche oder geistige Beschwerden im Einklang mit fachlich anerkannten Standards der Gesundheitsversorgung zu diagnostizieren und durchzuführen, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung allgemein anerkannt sind. Medizinisch notwendige Pflege umfasst keine kosmetischen Leistungen, Schönheitsoperationen, andere Wahlleistungen, ermäßigte Artikel und Leistungen, die durch Pauschalpreisvereinbarungen, persönliche Leistungen (d.h., Zimmergebühren) oder Patientenbedarf angeboten werden.

L. Nicht versicherter Patient: Eine Person, die keinen Versicherungsschutz Dritter durch einen kommerziellen Versicherer, den ERISA-Plan, ein staatliches Gesundheitsprogramm (einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Medicare, Medicaid, SCHIP und CHAMPUS), eine Arbeitsunfallversicherung oder andere Unterstützung Dritter hat, der ihr bei der Erfüllung ihrer finanziellen Verpflichtungen für die medizinische Versorgung hilft.

IV. VORGEHENSWEISE:

A. Verweis des Patienten

Das für die Terminplanung oder Anmeldung zuständige Krankenhauspersonal sollte alle Patienten, die nicht versichert und nicht in der Lage sind, die medizinische Versorgung zu bezahlen, an einen Leistungsberater verweisen, damit dieser die Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung bestimmt. Versicherte Patienten, die es sich nicht leisten können, ihren Anteil am fälligen Gesamtbetrag zu bezahlen, sollten ebenfalls an einen Leistungsberater verwiesen werden.

B. Anspruchsberechtigung für Charity Care-Anpassung

1. Kriterien für die Anspruchsberechtigung

a. Die Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care basiert auf der nachgewiesenen Unfähigkeit des Patienten, für Dienstleistungen oder Gegenstände aufgrund unzureichender finanzieller Mittel zu zahlen. Ein Patient hat keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care gemäß dieser Richtlinie, wenn das Familienvermögen des Patienten einen Wert von mindestens 50.000 USD hat, unabhängig vom Familieneinkommen des Patienten.

b. Ein Patient mit einem Familienvermögen unter 50.000 USD, der die folgenden Kriterien erfüllt, hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care-Beträge, die der Patient für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen schuldet (jedoch nicht auf Beträge, die von einem Drittzahler geschuldet werden), und zwar auf Basis einer gleitenden Skala in der angegebenen Höhe:

- Wenn das Familieneinkommen eines Patienten höchstens 200 % der bundesstaatlichen Armutsrichtlinien beträgt, erhält der Patient eine 100-prozentige Anpassung der Charity Care in Bezug auf die vom Patienten geschuldeten Beträge.
- Beträgt das Familieneinkommen eines Patienten mindestens 201 %, jedoch höchstens 300 % der Federal Poverty Guidelines, so erhält der Patient eine Anpassung der Charity Care in Höhe des AGB-Prozentsatzes des jeweiligen Krankenhauses in Bezug auf die vom Patienten geschuldeten Beträge. (Wenn der AGB-Prozentsatz des Krankenhauses zu diesem Zeitpunkt z. B. 76 % beträgt, würde der Patient eine 76-prozentige Anpassung der Charity Care in Bezug auf die vom Patienten geschuldeten Beträge erhalten).

Der jährlich ermittelte AGB-Prozentsatz für das jeweilige Krankenhaus wird auf der Website von Beaumont Health veröffentlicht und kann auch telefonisch unter (248) 577-9205 oder schriftlich unter der folgenden Adresse angefordert werden:

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

c. Die aktuellen bundesstaatlichen Armutsrichtlinien liegen als Anhang A bei.

d. Wird der Patient in der Steuererklärung eines Elternteils oder erwachsenen Kindes als unterhaltsberechtigter geltend gemacht, so wird das Einkommen der Partei, die den Patienten als unterhaltsberechtigter geltend macht, zusammen mit jedem weiteren Familieneinkommen als Grundlage

für die Bestimmung des Anspruchs angesehen.

e. Wenn sich das aktuelle Familieneinkommen im vergangenen Jahr deutlich erhöht hat, kann Beaumont Health eine Entscheidung über finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care aussetzen, wenn es eine vernünftige Grundlage für die Annahme gibt, dass das Familieneinkommen wieder auf das vorherige Niveau zurückfällt. Ungeachtet anderslautender Bestimmungen dieser Richtlinie kann Beaumont Health finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care verweigern, wenn das Familieneinkommen im vergangenen Jahr erheblich gesunken ist und Grund zur Annahme besteht, dass das Familieneinkommen innerhalb des nächsten Jahres wieder auf das vorherige Niveau zurückkehren wird.

f. Die finanzielle Unterstützung gilt nicht für die Zahlungsverpflichtung einer Versicherungsgesellschaft oder eines Leistungsplans im Rahmen eines Gesundheitsversorgungsplans, unabhängig davon, ob die Versicherungsgesellschaft oder der Gesundheitsplan Zahlungen an den Patienten oder an Beaumont Health geleistet hat.

g. Erhält der Patient eine finanzielle Abfindung bzw. Abfindung aufgrund eines rechtskräftigen Urteils gegen den Schadenersatzpflichtigen, der die Verletzung des Patienten verursacht hat, die zu den von Beaumont Health erbrachten medizinischen Leistungen und bereitgestellten Artikeln führte, muss der Patient den Abfindungs- oder Urteilsbetrag dafür verwenden, die Schulden auf dem Patientenkonto zu begleichen, und hat keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care.

h. Zusätzlich zur Erfüllung der oben genannten Kriterien bezüglich Familieneinkommen und Familienvermögen muss ein Patient, um Anspruch auf finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care gemäß dieser Richtlinie zu haben, auch folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Den von Beaumont Health bereitgestellten Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen;
- Alle von Beaumont Health angeforderten Unterlagen gemäß dieser Richtlinie und dem Antragsformular für finanzielle Unterstützung einreichen;
- Alle von Beaumont Health geforderten öffentlichen Hilfsprogramme beantragen, wie etwa Medicaid, Sozialversicherung, Erwerbsunfähigkeit usw.; und
- Mit Beaumont Health zusammenarbeiten, um festzustellen, ob der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie hat oder nicht.

i. Beaumont Health wird den Patienten angemessene Unterstützung bei der Erlangung von staatlichen Leistungen gewähren, die für ihn in Frage kommen (wie etwa Michigan Medicaid, Sozialversicherung usw.). Beaumont Health kann die Dienste externer Anbieter in Anspruch nehmen, die den Patienten bei der Erlangung dieser Leistungen unterstützen.

j. Die Entscheidung, dass ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, kann sich ändern, falls festgestellt wird, dass die während des Antragsverfahrens oder anderweitig gemachten Angaben unrichtig oder unvollständig waren. In diesem Fall wird der Patient benachrichtigt und ist zur Zahlung verpflichtet.

k. Finanzielle Unterstützung ist im Rahmen dieser Richtlinie nur für Einwohner der Vereinigten Staaten verfügbar, es sei denn, vor der Erbringung von Leistungen wird eine besondere Ausnahme gewährt.

2. Präsumtiver Anspruch auf finanzielle Unterstützung als Anpassung der Charity Care

a. Beaumont Health kann sich eines Dritten bedienen, der eine elektronische Überprüfung der Datenbanken öffentlicher Register vornimmt, um das Familieneinkommen eines Patienten abzuschätzen und anderweitig den Finanzbedarf zu ermitteln. Dieses prädiktive Modell verwendet Daten aus öffentlichen Registern, um einen sozioökonomischen und finanziellen Leistungswert zu berechnen, der Schätzungen für Einkommen, Vermögen und Liquidität beinhaltet. Die elektronische Technologie ist so konzipiert, dass sie den jeweiligen Patienten nach den gleichen Standards bewertet und mit der historischen Analyse für finanzielle Unterstützung im Rahmen des traditionellen Anwendungsprozesses kalibriert wird. Die von diesem Dritten erhaltenen Angaben zum Familieneinkommen und zur Familiengröße werden in Verbindung mit der Staffelung der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung herangezogen, um die Höhe der finanziellen Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care zu bestimmen, auf die der Patient präsumtiv Anspruch hat.

b. Ein Patient, der ein Begünstigter von Medicaid ist, wird präsumtiv für eine 100 %-ige finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung von Charity Care in Betracht gezogen.

c. Kommt ein Patient präsumtiv für eine 100 %-ige finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care in Frage, wird die Geschäftsstelle den Patienten schriftlich über die Feststellung informieren, und der Patient muss keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen. Wenn sich herausstellt, dass ein Patient präsumtiv für eine finanzielle Unterstützung von weniger als 100 % in Form einer Anpassung der Charity Care in Frage kommt, werden wir den Patienten über die Grundlage für die voraussichtliche Anspruchsberechtigung und die Art und Weise, wie der Patient eine weitere finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie beantragen kann, informieren. Zudem wird dem Patienten eine angemessene Frist eingeräumt, um eine großzügigere Unterstützung zu beantragen, bevor außerordentliche Inkassoverfahren eingeleitet werden, um den für die medizinische Versorgung geschuldeten, ermäßigten Betrag zu erhalten.

d. Zeitraum, für den eine Bestimmung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care gilt

i. Die Feststellung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care gilt nur für einen bestimmten Versorgungsfall. Ein Anspruch auf finanzielle

Unterstützung in Bezug auf einen bestimmten Versorgungsfall berechtigt einen Patienten nicht automatisch zu einer ähnlichen Unterstützung in Bezug auf Dienstleistungen oder Artikel, die in der Zukunft bereitgestellt werden.

C. So beantragen Sie finanzielle Unterstützung in Form einer Charity Care-Anpassung

1. Antragsverfahren und Abgabetermin

- a. Um finanzielle Unterstützung zu beantragen (oder um eine großzügigere finanzielle Unterstützung zu beantragen, sofern nicht präsumtiv festgestellt wurde, dass eine Person Anspruch auf weniger als 100 % Anpassung der Charity Care hat), muss ein Patient oder der Bürge des Patienten den von Beaumont Health bereitgestellten Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen und alle gemäß dieser Richtlinie und dem Antrag auf finanzielle Unterstützung angeforderten Unterlagen vorlegen.
- b. Patienten sollten den Antrag auf finanzielle Unterstützung so bald wie möglich ausfüllen, nachdem sie Dienstleistungen oder Artikel von Beaumont Health erhalten haben. Patienten können bis zu 240 Tage nach dem Datum der ersten Abrechnung nach der Entlassung für den betreffenden Versorgungsfall eine finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care beantragen. Wird der Antrag nicht innerhalb dieser 240-Tage-Frist ausgefüllt und zurückgeschickt, kann dies zur Verweigerung der finanziellen Unterstützung führen.

2. Nachweis des Familieneinkommens und des Familienvermögens

- a. Alle Antragsteller auf finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity Care sollten einen Nachweis über Familieneinkommen und -vermögen erbringen. Beaumont Health kann einen Antragsteller auffordern, Kopien folgender relevanter Dokumente vorzulegen:
 - Gehaltsabrechnungen der letzten vier Wochen (mindestens) oder eine Erklärung des Arbeitgebers als Nachweis des Bruttolohns.
 - IRS-Formulare W-2, die im vergangenen Jahr erstellt wurden
 - Aktuellstes IRS-Formular 1040
 - Die Kontoauszüge der letzten zwei Monate für jedes Giro-, Spar-, Geldmarkt- oder sonstige Bank- oder Anlagekonto
 - Schriftliche Nachweise für die letzten beiden Monate für sämtliche weitere Einkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Berufsunfähigkeit, Ruhestand, etc.)
 - Ablehnungsschreiben Arbeitslosengeld
 - Dokumentation der Familienvermögenswerte
- b. Die Nichtvorlage eines dieser Dokumente kann zur Verweigerung der finanziellen Unterstützung führen, obwohl einem Antragsteller die finanzielle Unterstützung nicht verweigert wird, weil er keine Informationen oder Unterlagen zur Verfügung stellt, die in dieser Richtlinie oder dem Antrag auf finanzielle Unterstützung nicht ausdrücklich verlangt werden. Wenn ein Antragsteller über keine der

aufgeführten Dokumente zum Nachweis des Familieneinkommens oder -vermögens verfügt, kann er sich an die Finanzberatungsstelle der Klinik an/unter den in Anhang B aufgeführten Standorten und Telefonnummern wenden, um andere Nachweise zu besprechen, die zum Nachweis der Anspruchsberechtigung vorgelegt werden können.

c. Beaumont Health kann Informationen über die finanzielle Unterstützung von Patienten über die angeschlossenen Standorte von Beaumont Health hinweg weitergeben, um die finanzielle Unterstützung von Patienten, die an mehreren Standorten betreut werden, zu verbessern und zu erleichtern. Daten werden nicht an Dritte außerhalb von Beaumont Health, weitergegeben, es sei denn, dies ist gesetzlich erlaubt oder so vorgeschrieben.

3. Hier erhalten Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung und andere Informationen zur finanziellen Unterstützung

a. Jedes Beaumont Hospital Klinik stellt diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung, den Antrag auf finanzielle Unterstützung und eine Zusammenfassung dieser Richtlinie zur finanziellen Unterstützung im Klartext sowie die Abrechnungs- und Inkassorichtlinie auf der Webseite von Beaumont Health unter <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>, in folgenden Sprachen bereit:

- i. Englisch
- ii. Albanisch
- iii. Arabisch
- iv. Chinesisch
- v. Deutsch
- vi. Italienisch
- vii. Japanisch
- viii. Koreanisch
- ix. Polnisch
- x. Russisch
- xi. Spanisch
- xii. Vietnamesisch

b. Darüber hinaus sind gedruckte Exemplare dieser Richtlinie zur finanziellen Unterstützung, des Antrags auf finanzielle Unterstützung, der Liste der abgedeckten und nicht abgedeckten Anbieter, einer Klartextzusammenfassung dieser Richtlinie zur finanziellen Unterstützung sowie die Abrechnungs- und Inkassorichtlinie auf Anfrage und kostenlos in den Aufnahmebereichen und im Notfallzentrum der jeweiligen Klinik sowie während der normalen Geschäftszeiten bei der in Anhang B aufgeführten zuständigen Finanzberatungsstelle des Krankenhauses erhältlich.

c. Die Leistungsberater von Beaumont Health stehen den Patienten zur Verfügung, um Fragen zur finanziellen Unterstützung zu beantworten und ihnen beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle

Unterstützung zu helfen. Der Standort und die Telefonnummer für das Büro des Leistungsberaters des jeweiligen Krankenhauses sind in Anhang B aufgeführt.

4. Hier können Sie den Antrag auf finanzielle Unterstützung einreichen

Der ausgefüllte Antrag auf finanzielle Unterstützung sollte zusammen mit den erforderlichen Unterlagen bei der folgenden Beaumont Health-Finanzdienststelle für Patienten eingereicht werden:

Beaumont Health
Attn.: Customer Service
26935 Northwestern Hwy.
Southfield, MI 48033, USA
Telefon: +1 (248) 577-9205

5. Bearbeitungszeit eines Antrags auf finanzielle Unterstützung

Die Mitarbeiter von Beaumont Health prüfen den Antrag auf finanzielle Unterstützung und ermitteln, ob der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. Die Antragsprüfung ist in der Regel innerhalb von 30 Tagen abgewickelt. Nachdem eine Entscheidung über den Anspruch auf finanzielle Unterstützung getroffen wurde, informiert die Geschäftsstelle den Antragsteller in einem Schreiben über die Entscheidung. Ein unvollständiger Antrag auf finanzielle Unterstützung wird an den Antragsteller, zusammen mit einer schriftlichen Beschreibung der zusätzlichen Informationen und Unterlagen, die erforderlich sind, damit die Person den Antrag einreichen kann, zurückgesandt.

6. Streitfälle

Ein Patient kann eine Entscheidung von Beaumont Health, finanzielle Unterstützung in Form einer Anpassung der Charity-Care-Leistungen zu verweigern oder eine Anpassung der Charity-Care-Leistungen von weniger als 100 % zu gewähren, überprüfen lassen, indem er die für das Krankenhaus angegebene Person in der in Anhang C aufgeführten Geschäftsstelle innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Benachrichtigung des Patienten über die Umstände, die zu der Anfechtung geführt haben, über die Grundlage der Anfechtung und die gewünschten Maßnahmen informiert. Die Anfechtung seitens des Patienten kann mündlich oder schriftlich erfolgen. Die für das Krankenhaus in Anhang C angegebene Person oder ihr Bevollmächtigter wird die Anfechtung seitens des Patienten prüfen und den Patienten über eine etwaige Entscheidung schriftlich informieren. Ein Patient, der sich gegen eine finanzielle Unterstützung entscheidet oder dem die finanzielle Unterstützung im Rahmen der bedarfsorientierten oder präsumtiven Berechtigungselementen dieser Richtlinie verweigert wird, kann dennoch einen Rabatt für nicht versicherte Selbstzahler gemäß der Richtlinie in Anspruch nehmen.

7. Koordination mit Medicare-Forderungen

Jeder abzugsfähige oder mitversicherte Betrag, der als uneinbringliche Medicare-Forderung geltend gemacht wird, ist von der Meldung des Krankenhauses über Charity Care auszuschließen.

D. Berechnungsgrundlage für Beträge, die Patienten in Rechnung gestellt werden, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben

1. Beaumont Health stellt Patienten, die im Rahmen dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen nicht mehr in Rechnung als die Beträge, die Personen, die über eine Versicherung verfügen, die diese Behandlungen abdeckt, generell in Rechnung gestellt werden (d. h. mehr als die Bruttokosten für diese Behandlungen multipliziert mit dem AGB-Prozentsatz). Der jeweils gültige AGB-Prozentsatz und eine zugehörige Erläuterung der Berechnung können von der Allgemeinheit jederzeit schriftlich und kostenlos wie folgt abgerufen werden:

- a. Auf folgender Website: <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>.
- b. Bei der zuständigen in Anhang B genannten Finanzberatungsstelle.

2. Um den Betrag zu ermitteln, der für Notfallversorgung oder andere medizinisch notwendige Versorgung von einem Patienten geschuldet wird, der gemäß dieser Richtlinie für eine finanzielle Unterstützung als Anpassung der Charity Care in Frage kommt, wird der anwendbare Prozentsatz für die Anpassung der Charity Care, wie er in Abschnitt IV.B.1.b dieser Richtlinie festgelegt ist, auf die Bruttokosten für diese Versorgung angewendet und mit dem AGB-Prozentsatz multipliziert. Bei versicherten Patienten werden die angepassten Bruttokosten lediglich zur Berechnung der finanziellen Verantwortung des Patienten (z. B. Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und andere Mitversicherungsbeträge) im Rahmen des anwendbaren Krankenversicherungsplans verwendet; die finanzielle Verantwortung des Krankenversicherungsplans erfolgt auf Grundlage der Bedingungen des Plans und der vereinbarten Sätze des Krankenhauses ohne weitere Anpassung, unabhängig davon, ob der Krankenversicherungsplan Zahlungen an den Patienten oder an Beaumont Health geleistet hat. Die Kombination aus Versicherungs- und Patientenzahlungen kann den AGB übersteigen.

3. Im Einklang mit dem Gesetz des Bundesstaates Michigan stellt Beaumont Health einem nicht versicherten Patienten mit einem Familieneinkommen von maximal 250 % der Federal Poverty Guidelines nicht mehr als 115 % des Medicare-Erstattungssatzes in Rechnung (d. h., Beaumont Health gewährt einen automatischen Rabatt, um die Einhaltung dieses Gesetzes zu gewährleisten).

4. Beaumont Health stellt einem Patienten, der im Rahmen dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, weniger als die Bruttokosten für Dienstleistungen in Rechnung, bei denen es sich nicht um Notfallbehandlungen oder medizinisch notwendige Behandlungen handelt.

E. Zusätzliche Kategorien zuschussfähiger Entgelte

Zur Vermeidung von Unklarheiten wird darauf hingewiesen, dass diese Richtlinie ausdrücklich Folgendes für Patienten abdeckt, die ansonsten für eine Anpassung der Charity Care im Rahmen dieser Richtlinie in Frage kommen:

- 1. Gebühren für Patienten mit Versicherungsschutz von einer Einrichtung, die keine vertragliche Beziehung zu Beaumont Health hat (sogenannte Out-of-Network-Tarife);

2. Gebühren für nicht abgedeckte Leistungen, die für Patienten erbracht werden, die Anspruch auf Medicaid oder andere Programme für Bedürftige haben;
3. Gebühren für Patienten, die die Aufenthaltsdauer für Medicaid oder andere Programme für Bedürftige überschritten haben; und
4. Gebühren für anderweitig versicherte Patienten, die ihre Leistungen ausgeschöpft haben und für den Restbetrag kostenpflichtig sind.

F. Rabatt für nicht versicherte Patienten (Selbstzahler)

1. Anspruch

Beaumont Health gewährt berechtigten nicht versicherten Patienten einen Rabatt. Um den Rabatt in Anspruch nehmen zu können, darf der Patient nicht über eine Krankenversicherung oder einen Drittanbieter versichert sein.

2. Höhe des Rabatts

Der Abschlag entspricht dem AGB-Prozentsatz des jeweiligen Krankenhauses bezogen auf die vom Patienten geschuldeten Beträge. (Wenn beispielsweise der AGB-Anteil des Krankenhauses zu diesem Zeitpunkt 76 % beträgt, dann würde der Patient einen Rabatt von 76 % auf die regulären Gebühren in Bezug auf die vom Patienten geschuldeten Beträge erhalten). Der Rabatt wird mittels Gebührencode 200027 (Uninsured Patient Discount) gewährt.

Der von Zeit zu Zeit festgelegte AGB-Prozentsatz jedes Krankenhauses wird auf der Website von Beaumont Health veröffentlicht und ist auch unter der Telefonnummer +1 (248) 577-9205 oder schriftlich unter der folgenden Adresse erhältlich:

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

3. Ausschlüsse

Für die folgenden Artikel und Dienstleistungen besteht kein Anspruch auf einen Selbstzahlerrabatt für nicht versicherte Patienten im Rahmen dieser Richtlinie:

- a. Paketpreis Dienstleistungen (Anbietertyp 112)
- b. Schönheitschirurgie (BI 11)
- c. Herz-Reha Phase III (BI 42)
- d. Tages-Reha für Erwachsene (BI 58)
- e. Vorschulprogramm (BI 76)

- f. Verbindlichkeiten im Zusammenhang mit den Versicherungsverpflichtungen eines Patienten (wie etwa Zuzahlungen, Selbstbehalte und Mitversicherungsbeträge)

G. Abrechnung und Einziehung von Forderungen

1. Jedes Beaumont Hospital hat Richtlinien und Verfahren für interne und externe Inkassopraktiken entwickelt, die berücksichtigen, inwieweit ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, wie gutgläubig sich ein Patient bemüht, ein staatliches Programm zu beantragen, und wie gutgläubig ein Patient sich bemüht, alle Zahlungsvereinbarungen mit Beaumont Health einzuhalten. Für Patienten, die für finanzielle Unterstützung in Frage kommen und die in gutem Glauben kooperieren, um ihre ausstehenden Rechnungen zu begleichen, kann Beaumont Health erweiterte Zahlungspläne anbieten, wird keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen (wie in Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code von 1986 in seiner geänderten Fassung definiert) ergreifen und unbezahlte Rechnungen nicht an externe Inkassounternehmen weiterleiten.
2. Alle Abrechnungen, die an Patienten gesendet werden, enthalten einen auffälligen schriftlichen Hinweis, der die Empfänger über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung gemäß dieser Richtlinie informiert und die Telefonnummer des Krankenhausbüros enthält, das Informationen über diese Richtlinie und das Antragsverfahren für finanzielle Unterstützung bereitstellen kann, sowie die Internetadresse, unter der Exemplare dieser Richtlinie, das Antragsformular für finanzielle Unterstützung und eine Zusammenfassung dieser Richtlinie in einfacher Sprache angefordert werden können.
3. Die Maßnahmen, die Beaumont Health bei nicht erfolgter Zahlung ergreifen kann, sind in einer separaten Richtlinie für Abrechnung und Einziehung dargelegt. Ein Exemplar der Abrechnungs- und Inkassorichtlinie ist auf der Website von Beaumont Health unter <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance> oder durch Kontaktaufnahme mit der in Anhang B aufgeführten zuständigen Leistungsberatungsstelle erhältlich.

H. Anbieter, die unter diese Richtlinie fallen

Eine Liste der Anbieter (die „Anbieterliste“), die vertraglich oder anderweitig befugt sind, Leistungen für Patienten von Beaumont Health zu erbringen, und in der angegeben ist, welche Leistungserbringer unter diese Richtlinie fallen, wird separat von dieser Richtlinie geführt. Die Anbieterliste gilt nur ab dem Datum, an dem sie erstellt oder zuletzt aktualisiert wurde, wie in der Anbieterliste angegeben. Die Liste der Anbieter kann kostenlos online unter <https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance> angefordert werden oder durch Kontaktaufnahme mit einem der in Anhang B aufgeführten Leistungsberaterbüros.

I. Richtlinie für die medizinische Notversorgung

Beaumont Health bietet Einzelpersonen ohne Unterschied die Versorgung von medizinischen Notfällen im Sinne des EMTALA an, unabhängig davon, ob sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der Richtlinie haben. Beaumont Health untersagt alle Maßnahmen, die Einzelpersonen davon abhalten würden, eine medizinische Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen, darunter die Forderung einer Vorauszahlung von Gebühren oder die Durchführung von Inkassotätigkeiten in der Notaufnahme oder an anderen Orten des Krankenhauses, wo solche Aktivitäten die Bereitstellung einer medizinischen Notfallversorgung ohne Unterschied beeinträchtigen könnten.

Anlagen

Anhang F: Zusammenfassung der Beaumont Health Richtlinien zur finanziellen Unterstützung

Anhang E: Methode zur Berechnung von Beträgen, die den Patienten generell in Rechnung gestellt werden

Anhang D: Finanzielle Unterstützung - Teilnehmende Anbieter

Anhang C: Hospital Contact für Streitigkeiten hinsichtlich der Feststellung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung

Anhang B: Leistungsberatungsstellen

Anhang A: Aktuelle bundesstaatliche Armutsrichtlinien

Freigabe Unterschriften

Schritt Beschreibung	Genehmigende Person	Datum:
	Donna Waters: VP Revenue Cycle	21/4/2021
Richtlinien und Formulare		
Genehmigung des Lenkungsausschusses (falls erforderlich)	Kristener Polzin: Sr Dir, Patient Revenue	23/3/2021
	Jonathan Horenstein: VP Compliance Accred and Reg	23/3/2021
	Joshua Wymer: Sr Dir, Rev Cyc Data Analytics	8/3/2021
	Kristener Polzin: Sr Dir, Patient Revenue	24/4/2021

Anwendungsbereich

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

Anhang A

Aktuelle Armutsrichtlinien des Bundesstaates

2021 Bundestaatlische Armutsrichtlinien für die 48 angrenzenden Bundesstaaten und den District of Columbia		
Personen in der Familie/im Haushalt	100 % Anpassung der karitativen Pflege	Anpassung der Charity Care in Höhe des AGB-Prozentsatzes der Klinik
	<i>200 % des FPG Oder weniger</i>	<i>201 bis 300 % des 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

* Bei Familien/Haushalten mit mehr als 8 Personen addieren Sie diesen Betrag für jedes weitere Familien-/Haushaltsmitglied.

Beaumont

Anhang B: Leistungsberatungsstellen

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

Anhang C: Ansprechpartner im Krankenhaus bei Streitigkeiten über die Ermittlung der Berechtigung zur finanziellen Unterstützung

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