Ascension St. Vincent

RICHTLINIE FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG
10/01/2026

RICHTLINIEN/PRINZIPIEN

Es ist die Richtlinie der unter diesem Absatz angegebenen Organisationen (jede als „Organisation“ bezeichnet), eine sozial gerechte Praktik für die Bereitstellung einer Notfallversorgung oder anderer medizinisch erforderlicher Versorgungsleistungen in den Einrichtungen der Organisation zu gewährleisten. Diese Richtlinie regelt, unter welchen Voraussetzungen speziell jene Patientinnen und Patienten Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, die finanzielle Unterstützung benötigen und von der Organisation Versorgungsleistungen erhalten. Diese Richtlinie gilt für jede der folgenden Organisationen innerhalb von Ascension St. Vincent:

St. Vincent Hospital and Health Care Center, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Stress Center

1. Wir gewähren finanzielle Unterstützung aus Ehrfurcht vor der Würde jedes einzelnen Menschen und aus Verpflichtung gegenüber dem Allgemeinwohl, wobei unsere besondere Aufmerksamkeit und Solidarität in Armut lebenden Menschen und anderen schutzbedürftigen Personen gilt, basierend auf den Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit und der sozialen Verantwortung.

2. Diese Richtlinie gilt für alle von der Organisation geleisteten Notfallversorgung und sonstigen medizinisch notwendigen Behandlungen, einschließlich solcher, die von angestelltem ärztlichem Personal erbracht werden, und einschließlich psychosozialer Unterstützungsleistungen. Diese Richtlinie gilt nicht für solche Rechnungen, die für andere als Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Leistungen ausgestellt wurden.

3. Die Liste der Anbieter, die von der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind, ist die Liste aller Anbieter, die in den Einrichtungen der Organisation Hilfe leisten, wobei angeben wird, welche durch die Richtlinien zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind und welche nicht.

DEFINITIONEN

Im Rahmen dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen:

- „**501(r)**“ bezeichnet Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code und die darin enthaltenen Vorschriften.
- „**Allgemeiner Verrechnungsbetrag**“ oder „**AGB**“ (Amount Generally Billed) bezeichnet hinsichtlich Notfallversorgung und anderer medizinisch erforderlicher Versorgung den Betrag, der Personen mit einer Versicherung, die solche Versorgung abdeckt, im Allgemeinen in Rechnung gestellt wird.
- „**Gemeinschaft**“ bezeichnet als primäres Versorgungsgebiet des Ascension St. Vincent Stress Center unter anderem Marion County in Zentral-Indiana. Eine Patientin/ein Patient gilt auch dann als Mitglied der Gemeinschaft der Organisation, wenn die von ihr/ihm benötigte Notfallversorgung bzw. medizinisch notwendige Behandlung die Fortsetzung einer Notfallversorgung bzw. medizinisch notwendigen Behandlung ist, die die Patientin/der Patient in einer anderen Einrichtung von Ascension Health erhalten hat und für die er/sie dort Anspruch auf

finanzielle Unterstützung hatte.

- „**Notfallversorgung**“ bezeichnet die Behandlung einer Erkrankung, die sich in akuten Symptomen von ausreichender Schwere (einschließlich starker Schmerzen) äußert, so dass das Ausbleiben einer sofortigen medizinischen Versorgung zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Körperfunktionen bzw. einer schwerwiegenden Funktionsstörung eines Körperorgans oder Körperteils führen oder die Gesundheit der betreffenden Person ernsthaft gefährden kann.
- „**Medizinisch notwendige Versorgung**“ ist eine Versorgung, die (1) für die Prävention, Diagnose oder Behandlung der Krankheit von Patienten geeignet sowie konsistent und wesentlich ist, (2) das für die Erkrankung der Patientin / des Patienten am besten geeignete Angebot oder Servicelevel darstellt, das sicher bereitgestellt werden kann, (3) nicht in erster Linie nach Belieben der Patientin / des Patienten, ihrer/seiner Familie, Arztes oder Betreuers erfolgt und (4) der Patientin / dem Patienten voraussichtlich eher nutzen als schaden wird. Damit zukünftige geplante Versorgung als „medizinisch notwendige Versorgung“ anzusehen ist, müssen die Maßnahmen und der Zeitpunkt der Versorgung vom Chief Medical Officer (oder Beauftragten) der Organisation genehmigt werden. Die Feststellung, ob es sich um medizinisch notwendige Versorgung handelt, muss von einem zugelassenen Dienstleister, der den Patienten medizinisch versorgt, und, im Ermessen der Organisation, vom aufnehmenden Arzt, überweisenden Arzt bzw. dem Chief Medical Officer oder einem anderen überprüfenden Arzt (je nach Art der empfohlenen Versorgung) getroffen werden. Für den Fall, dass die von einer/einem unter dieser Richtlinie fallenden Patienten/Patienten verlangte Leistung von einem begutachtenden Arzt als nicht medizinisch notwendig erachtet wird, muss jene Einschätzung auch vom aufnehmenden oder überweisenden Arzt bestätigt werden.
- „**Organisation**“ bezeichnet *St. Vincent Hospital and Health Care Center, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Stress Center.*
- „**Patientin/Patient**“ steht für alle Personen, die eine Notfallversorgung und sonstige medizinisch erforderliche Versorgung von der Organisation erhalten, sowie die Person, die für die Versorgung der Patientin / des Patienten finanziell verantwortlich ist.

Gewährte finanzielle Unterstützung

Die in diesem Abschnitt beschriebene finanzielle Unterstützung ist auf Patienten beschränkt, die in der Gemeinschaft leben:

1. Vorbehaltlich der anderen Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung haben Patienten mit einem Einkommen, das bis zu 250 % der US-Armutsschwelle (Federal Poverty Level, FPL) beträgt, Anspruch auf 100 % der Wohltätigkeitsversorgung für den Teil der Gebühren, für den die Patientin/der Patient persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die ggf. von einer Versicherung geleistet wurden, wenn festgestellt wird, dass die betreffende Patientin/der betreffende Patient gemäß der Einschätzung der Anspruchsberechtigung (siehe Absatz 5 unten) anspruchsberechtigt ist oder am oder vor dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung der Patientin/des Patienten einen Antrag auf finanzielle Unterstützung einreicht (ein „Antrag“) und der Antrag von der Organisation bewilligt wird. Der Patient hat Anspruch auf bis zu 100 % finanzielle Unterstützung, wenn der Patient den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann ist allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo des Patienten beschränkt,

nachdem alle auf dem Konto des Patienten geleisteten Zahlungen berücksichtigt wurden. Einer Patientin/einem Patienten, die/der im Rahmen dieser Kategorie finanzieller Unterstützung anspruchsberechtigt ist, werden nicht mehr als die errechneten AGB-Sätze berechnet.

2. Vorbehaltlich anderer Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung erhalten Patienten mit einem Einkommen von über 250 % der US-Armutsschwelle, jedoch nicht mehr als 400 % der US-Armutsschwelle einen Stufenrabatt für den Teil der Gebühren für erbrachte Versorgungsleistungen, für welchen die Patientin/der Patient persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die ggf. von einer Versicherung geleistet wurden, wenn die betreffende Patientin/der betreffende Patient am oder vor dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung der Patientin / des Patienten einen Antrag einreicht und der Antrag von der Organisation bewilligt wird. Der Patient hat Anspruch auf den Stufenrabatt, wenn der Patient den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann ist allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo des Patienten beschränkt, nachdem alle auf dem Konto des Patienten geleisteten Zahlungen berücksichtigt wurden. Einer Patientin/einem Patienten, die/der im Rahmen dieser Kategorie finanzieller Unterstützung anspruchsberechtigt ist, werden nicht mehr als die errechneten AGB-Sätze berechnet. Der Rabatt ist wie folgt gestaffelt:

   Patientinnen/Patienten zwischen 251 % FPL und 300 % FPL erhalten 90 % Unterstützung
   Patientinnen/Patienten zwischen 301 % FPL und 350 % FPL erhalten 80 % Unterstützung
   Patientinnen/Patienten zwischen 351 % FPL und 400 % FPL erhalten 75 % Unterstützung

3. Vorbehaltlich der anderen Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung hat eine Patientin/ein Patient mit einem Einkommen von mehr als 400 % der FPL ggf. im Rahmen einer Bedürftigkeitsprüfung Anrecht auf finanzielle Unterstützung in Form von Rabatten auf Patientengebühren für erbrachte Versorgungsleistungen von der Organisation basierend auf den Gesamtschulden der Patientin / des Patienten für medizinische Versorgung. Ein Patient hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß der Bedürftigkeitsprüfung, wenn der Patient übermäßig hohe Gesamtschulden für medizinische Versorgung hat, einschließlich Schulden für medizinische Leistungen gegenüber Ascension und eventuelle andere Gesundheitsdienstleister für Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Behandlungen, die gleich oder höher als das Bruttoeinkommen des Haushalts des betreffenden Patienten sind. Die Höhe der finanziellen Unterstützung, die im Rahmen der Bedürftigkeitsprüfung gewährt wird, ist die gleiche wie für Patienten mit einem Einkommen von 400 % der US-Armutsschwelle gemäß Absatz 2 oben, wenn die betreffende Patientin/der betreffende Patient am oder vor dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung der Patientin / des Patienten einen Antrag einreicht und der Antrag von der Organisation bewilligt wird. Die Patientin/der Patient hat Anspruch auf den Rabatt im Rahmen einer Bedürftigkeitsprüfung, wenn die betreffende Patientin/der betreffende Patient den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten einreicht. Dann ist

allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die der betreffenden Patientin/dem betreffenden Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo der Patientin / des Patienten beschränkt nach Berücksichtigung aller auf dem Konto der Patientin / des Patienten geleisteten Zahlungen. Einer Patientin/einem Patienten, die/der im Rahmen dieser Kategorie finanzieller Unterstützung anspruchsberechtigt ist, werden nicht mehr als die errechneten AGB-Sätze berechnet.

4. Eine Patientin/ein Patient hat möglicherweise keinen Anspruch auf die in Absatz 1 bis 3 beschriebene finanzielle Unterstützung, wenn davon ausgegangen wird, dass die betreffende Patientin/der betreffende Patient über genügend Mittel verfügt, um gemäß einer Vermögensprüfung zahlungsfähig zu sein. Die Vermögensprüfung beinhaltet eine materielle Bewertung der Zahlungsfähigkeit einer Patientin / eines Patienten anhand der im FAP-Antrag bemessenen Kategorien von Vermögenswerten. Eine Patientin/ein Patient mit Vermögenswerten, die 250 % der US-Armutsschwelle übersteigen, hat möglicherweise keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung.

5. Ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt im Umsatzzyklus festgestellt werden und die Verwendung einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung für einen Patienten mit einem ausreichend hohen unbezahlten Saldo innerhalb der ersten 240 Tage nach der ersten Entlassungsrechnung des Patienten umfassen, um den Anspruch auf eine 100%ige Wohltätigkeitsversorgung festzustellen, ungeachtet des Versäumnisses des Patienten, einen Antrag auf finanzielle Unterstützung („FAP-Antrag") zu stellen. Wenn einem Patienten eine 100%ige Wohltätigkeitsversorgung lediglich anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung gewährt wird, ohne dass ein ausgefüllter FAP-Antrag eingereicht wurde, ist die Höhe der finanziellen Unterstützung für einen anspruchsberechtigten Patienten auf den unbeglichenen Saldo des Patienten nach Berücksichtigung aller auf dem Konto des Patienten geleisteten Zahlungen begrenzt. Die Feststellung eines Anspruchs nur auf der Grundlage einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung gilt nur für den Versorgungsfall, für den die Einschätzung der Anspruchsberechtigung durchgeführt wurde.

6. Bei Patienten, die an bestimmten Versicherungsprogrammen teilnehmen, welche die Organisation als „außerhalb des Netzwerks“ liegend ansieht, kann die Organisation die finanzielle Unterstützung, die der Patientin / dem Patienten andernfalls auf Grundlage einer Überprüfung der Versicherungsinformationen der Patientin / des Patienten und anderer relevanter Fakten und Umstände zur Verfügung stünde, reduzieren oder verweigern.

7. Die Patientin/der Patient kann gegen eine Ablehnung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung Widerspruch einlegen, sofern sie/er der Organisation innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen nach Erhalt der Mitteilung über die Ablehnung weitere Informationen zur Verfügung stellt. Alle Anfechtungen werden von der Organisation zur endgültigen Entscheidung geprüft. Wenn die endgültige Entscheidung die vorherige Verweigerung der finanziellen Unterstützung bestätigt, wird die Patientin bzw. der Patient schriftlich benachrichtigt. Die Entscheidung der Organisation über die Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung durch Patienten und Familien kann wie folgt angefochten werden:
    a. Alle Einsprüche müssen schriftlich per Post an folgende Adresse eingereicht werden: Ascension St. Vincent, Vice President of Revenue Cycle, PO Box 713441, Chicago, IL 60677-4341, USA.

b. Alle Widersprüche werden vom Berufungsausschuss für finanzielle Unterstützung der Organisation geprüft und die Entscheidungen des Ausschusses werden schriftlich an die Patientin/den Patienten oder die Familie, die den Widerspruch eingelegt hat, versandt.

Sonstige Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten, denen keine finanzielle Unterstützung zusteht

Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung (wie oben beschrieben) haben, können eventuell andere Arten von Hilfeleistungen beziehen, die von der Organisation angeboten werden. Der Vollständigkeit halber sind diese anderen Arten von Hilfeleistungen hier aufgeführt, obwohl diese nicht auf Bedürftigkeit basieren und nicht der Bestimmung 501(r) unterliegen.

1. Nicht versicherte Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, erhalten einen Rabatt, der dem Rabatt entspricht, der dem rentabelsten Kostenträger für die betreffende Organisation gewährt wird. Die am meisten zahlende Partei muss mindestens 3 % des Aufkommens der Organisation ausmachen, gemessen an Volumen oder Patienten-Bruttoeinnahmen. Wenn eine einzelne zahlende Partei nicht dieses Mindestausmaß an Volumen erbringt, werden mehrere Vertragsparteien gemittelt, damit die Zahlungsbedingungen, die für das gemittelte Konto mindestens 3 % des Volumens der Geschäftstätigkeit der Organisation für dieses Jahr ausmachen, verwendet werden.
2. Nichtversicherten und versicherten Patientinnen/Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, kann ein Sofortrabatt gewährt werden. Der Sofortrabatt kann zusätzlich zu dem im vorhergehenden Absatz beschriebenen Rabatt für Nichtversicherte angeboten werden.

Gebührenermäßigungen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben

Patientinnen/Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird pro Person nicht mehr als der AGB für Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Leistungen und nicht mehr als die Bruttobeträge für alle anderen Arten medizinischer Leistungen berechnet. Die Organisation berechnet einen oder mehrere AGB-Prozentsätze nach der „Look-Back“-Methode, einschließlich Medicare Fee-for-Service und aller privaten Krankenversicherer, die Zahlungen an die Organisation leisten, alle gemäß 501(r). Ein kostenloses Exemplar der Beschreibung der AGB-Berechnung und der Prozentsätze ist auf der Website der Organisation, in jeder Abteilung für Patientenregistrierung oder telefonisch bei unserem Kundendienst erhältlich.

Antrag auf finanzielle oder sonstige Unterstützung

Eine Patientin/ein Patient kann ihren/seinen Anspruch anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung oder durch Beantragung von finanzieller Unterstützung durch Einreichen eines ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung geltend machen. Der Finanzhilfe-Antrag und die Anleitungen für den Finanzhilfe-Antrag sind verfügbar auf der Website der Organisation, in jeder Abteilung für Patientenregistrierung oder telefonisch bei unserem Kundendienst Die Organisation verlangt von den Nichtversicherten, dass sie mit einem Finanzberater zusammenarbeiten und Medicaid

oder andere öffentliche Hilfsprogramme beantragen, für welche die Patientin/der Patient als potenziell anspruchsberechtigt gilt, um einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung geltend zu machen (es sei denn, dieser Anspruch wurde bereits anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung bestätigt). Einer Patientin / einem Patienten kann die finanzielle Unterstützung verweigert werden, wenn sie/er in einem FAP-Antrag oder im Zusammenhang mit der Einschätzung der Anspruchsberechtigung falsche Angaben macht, wenn die Patientin/der Patient sich weigert, Versicherungserlöse oder das Recht abzutreten, direkt von einer Versicherungsgesellschaft bezahlt zu werden, die möglicherweise zur Zahlung der erbrachten Leistungen verpflichtet ist, oder wenn sich die Patientin/der Patient weigert, mit einem Finanzberater zusammenzuarbeiten, um Medicaid oder andere öffentliche Hilfsprogramme zu beantragen, auf die die Patientin/der Patient möglicherweise Anspruch hat, um den Anspruch auf finanzielle Unterstützung geltend zu machen (es sei denn, dieser Anspruch wurde bereits anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung bestätigt). Die Organisation kann einen FAP-Antrag, der weniger als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurde, bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung für einen aktuellen Versorgungsfall berücksichtigen. FAP-Anträge, der mehr als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurden, werden von der Organisation nicht berücksichtigt.

Abrechungs- und Inkassoregelung

Die Maßnahmen, die die Organisation bei einer allfälligen Nichtzahlung ergreifen darf, sind in einer separaten Abrechnungs- und Inkasso-Richtlinie beschrieben. Ein kostenloses Exemplar der Abrechnungs- und Inkassorichtlinien ist auf der Website der Organisation, in jeder Abteilung für Patientenregistrierung oder telefonisch bei unserer Kundendienstabteilung erhältlich.

Auslegung

Diese Richtlinie und alle damit zusammenhängenden Verfahren sollen der Bestimmung 501(r) entsprechen und müssen im Einklang mit dieser Bestimmung ausgelegt und angewandt werden, außer wenn ausdrücklich eine andere Auslegung angegeben wird.

Ascension St. Vincent Stress Center

LISTE DER ANBIETER, DIE VON DER RICHTLINIE FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG ABGEDECKT SIND

10/01/2026

Die nachstehende Liste gibt an, welche Anbieter von Notfall- und anderen medizinisch notwendigen Behandlungen, die in der Krankenhauseinrichtung erbracht werden, von der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (FAP) abgedeckt werden. ***Bitte beachten Sie, dass alle Leistungen, bei denen es sich nicht um Notfälle oder andere medizinisch notwendige Leistungen handelt, nicht von der FAP abgedeckt werden.***

Von der FAP abgedeckte Anbieter	Nicht von der FAP abgedeckte Anbieter
Alle Ärzte der St. Vincent Medical Group	
Alle bei St. Vincent angestellten Ärzte	