Anhang A-1

Abgedeckte Dienstleister des Ascension Standish Hospital, Ascension St. Joseph Hospital, Ascension Medical Group –Standish und St. Joseph's

RICHTLINIE ÜBER FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG
7/1/2023

RICHTLINIEN/PRINZIPIEN

Es ist die Politik der unter diesem Absatz angegebenen Organisationen (jede als „Organisation" bezeichnet), eine sozial gerechte Praktik für die Leistung von Notfallversorgung oder anderer medizinisch erforderlicher Versorgung in den Niederlassungen der Organisation zu gewährleisten. Diese Richtlinie ist speziell für den Anspruch auf finanzielle Unterstützung für Patienten vorgesehen, die finanzielle Unterstützung benötigen und von der Organisation Versorgungsleistungen erhalten. Diese Richtlinie gilt für jede der folgenden Organisationen innerhalb des Ascension Zentral-Michigan-Marktes:

Ascension Standish Hospital	Dienstleister der Ascension Medical Group – Standish
Ascension St. Joseph Hospital	Dienstleister der Ascension Medical Group – St. Joseph

1. Jegliche finanzielle Unterstützung reflektiert unser Engagement und unsere Achtung der Würde des Menschen und des Gemeinwohls sowie unsere spezielle Aufmerksamkeit und unsere Solidarität mit in Armut lebenden Menschen sowie anderen gefährdeten Personen und unser Engagement für gerechte Verteilung und soziale Verantwortung.

2. Diese Richtlinie gilt für alle von der Organisation geleisteten Notfall- und sonstigen medizinisch notwendigen Behandlungen, einschließlich ärztlicher Dienstleistungen sowie verhaltensgesundheitlicher Versorgung. Diese Richtlinie gilt nicht für Versorgungsleistungen, die keine Notfall- oder sonstige notwendige medizinische Versorgung darstellen.

3. Die Liste der Anbieter, die unter die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung fallen, enthält eine Liste aller Anbieter, die in den Einrichtungen des Unternehmens Versorgungsleistungen erbringen, aus der hervorgeht, welche unter die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung fallen und welche nicht.

DEFINITIONEN

Im Rahmen dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen:

- „**501(r)**" bedeutet „Section 501(r) des Internal Revenue Code" (Abschnitt 501(r) der Abgabenordnung der USA) und die darunter bekanntgegebenen Bestimmungen.
- **„Allgemeiner Verrechnungsbetrag**" oder „**AVB**" bedeutet hinsichtlich Notfallversorgung und anderer medizinisch erforderlicher Versorgung der Betrag, der Personen mit einer Versicherung, die solche Versorgung abdeckt, im Allgemeinen in Rechnung gestellt wird.
- „**Gemeinschaft**" bedeutet Patienten mit Wohnsitz in dem geografischen Versorgungsgebiet, das in der Bewertung des Gesundheitsbedarfs der Gemeinschaft angegeben ist. Dazu gehören:

Anhang A-1

Ascension Mid-Michigan Community Service Area by County			
Alcona	Gladwin	Midland	Shiawassee
Arenac	Gratiot	Oakland	Tuscola
Bay	Iosco	Ogemaw	
Genesee	Lapeer	Saginaw	

- Ein Patient gilt auch dann als Mitglied der Gemeinschaft der Organisation, wenn die Notfall- und medizinisch notwendige Versorgung, die der Patient benötigt, die Kontinuität des Notfalls und die medizinisch notwendige Versorgung ist, die er in einer anderen Ascension Health-Einrichtung erhalten hat, in der der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung für eine solche Notfall- und medizinisch notwendige Versorgung hat.
- „**Notfallversorgung**“ bedeutet *die Behandlung einer Krankheit, die sich in akuten Symptomen von ausreichender Schwere (einschließlich starker Schmerzen) äußert, so dass das Fehlen 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*].
- **„Familie**“ bedeutet Familie im Sinne der Richtlinien für die US-Armutsschwelle des US-amerikanischen Ministeriums für Gesundheitswesen.
- **„Einkommen**“ bedeutet Einkommen im Sinne der Richtlinien für die US-Armutsschwelle des US-amerikanischen Ministeriums für Gesundheitswesen.
- “**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 einem unter diese Richtlinie fallenden Patienten geforderte Versorgung von einem überweisenden Arzt als nicht medizinisch notwendig erachtet wird, muss diese Bestimmung auch vom aufnehmenden oder überweisenden Arzt bestätigt werden.
- „**Organisation**“ bedeutet Ascension-Einrichtungen und Dienstleister in der Region Zentral-Michigan.
- „**Patient(in)**“ steht für alle Personen, die Notfallversorgung und sonstige medizinisch erforderliche Versorgung von der Organisation erhalten, und das ist 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 beträgt, Anspruch auf 100% der Wohltätigkeitsversorgung für den Teil der Gebühren, für den der Patient persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die ggf. von einer Versicherung geleistet wurden, wenn festgestellt wird, dass 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 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 Anspruch auf diese Kategorie der finanziellen Unterstützung hat, werden lediglich die anfallenden AGB-Gebühren 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/der Patient(in) persönlich haftet, ausschließlich etwaiger Zahlungen, die ggf. von einer Versicherung geleistet wurden, wenn die/der betreffende Patient(in) 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 Anspruch auf diese Kategorie der finanziellen Unterstützung hat, werden lediglich die anfallenden AGB-Gebühren berechnet.
3. Vorbehaltlich der anderen Bestimmungen dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung hat ein Patient mit einem Einkommen von mehr als 400 % der US-Armutsschwelle 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 des Patienten für medizinische Versorgung. Ein(e) Patient(in) hat Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß der Bedürftigkeitsprüfung, wenn die/der Patient(in) übermäßig hohe Gesamtschulden für medizinische Versorgung hat, einschließlich Schulden für medizinische Leistungen gegenüber Ascension und anderen Gesundheitsdienstleistern für Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Behandlungen, die gleich oder höher als das Bruttoeinkommen des Haushalts der/des betreffenden Patientin/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/der betreffende Patient(in) 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/der Patient(in) hat Anspruch auf den Rabatt im Rahmen einer Bedürftigkeitsprüfung, wenn die/der betreffende Patient(in) den Antrag nach dem 240. Tag nach der ersten Entlassungsrechnung der Patientin / des Patienten einreicht. Dann ist allerdings die Höhe der finanziellen Unterstützung, die einer Patientin / einem Patienten in dieser Kategorie zur Verfügung steht, auf den unbezahlten Saldo der Patientin / des Patienten beschränkt, nachdem alle auf dem Konto der Patientin / des Patienten geleisteten Zahlungen berücksichtigt wurden. Einer Patientin / einem Patienten, die/der Anspruch auf diese Kategorie der finanziellen Unterstützung hat, werden lediglich die anfallenden AGB-Gebühren berechnet.

4. 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 („Antrag auf FAP") zu stellen. Wenn einem Patienten eine 100%ige Wohltätigkeitsversorgung lediglich anhand einer Einschätzung der Anspruchsberechtigung gewährt wird, ohne dass ein ausgefüllter Antrag auf FAP 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.

5. 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.

6. Um den Zugang und die Inanspruchnahme durch die Patienten zu erleichtern, basiert die Berechtigung zur Inanspruchnahme einer Ermäßigung gemäß den Richtlinien der National Health Service Corporations auf Einkommen und Familiengröße und keinem anderen Faktor (z. B. Vermögen, Versicherungsstatus (einschließlich Medicaid- und Medicaid-Berechtigung), Teilnahme am Krankenversicherungsmarkt, Staatsbürgerschaft, Art der Bevölkerungszugehörigkeit).

7. Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird möglicherweise eine nominale Pauschalgebühr von bis zu 50 USD berechnet (siehe Copay-Tabelle für finanzielle Unterstützung unten).

Art des Gesundheitsdienstes	*FAP-Copay*
Stationäre oder Notfallversorgung	*50,00 USD*
Ambulante Eingriffe/Behandlungen	*25,00 USD*
Ambulante Diagnosedienste	*10,00 USD*

8. Der Patient kann gegen eine Ablehnung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung Widerspruch einlegen, indem er der Organisation innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen nach Erhalt der Mitteilung über die Verweigerung zusätzliche Informationen zur Verfügung stellt. Alle Widersprüche werden von der Organisation geprüft, um eine endgültige Entscheidung zu treffen. Wenn die endgültige Entscheidung die frühere Ablehnung der finanziellen Unterstützung bestätigt, wird dem Patienten eine schriftliche Mitteilung zugesandt. Das Widerspruchsverfahren für Patienten und Familien, um Entscheidungen der Organisation hinsichtlich des Anspruchs auf finanzielle Hilfe anzufechten, läuft wie folgt ab:
   a. Allen Benachrichtigungen über die teilweise Genehmigung oder die Ablehnung des Anspruchs auf FAP liegt ein Widerspruchsformular bei.
   b. Wenn ein Patient eine nochmalige Prüfung seines Anspruchs auf FAP beantragt, muss er das dazu das Widerspruchsformular ausfüllen und an die unten im Formular angegebene Adresse schicken.
   c. Alle Widersprüche werden vom Widerspruchsausschuss 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.

9. Um den Zugang und die Inanspruchnahme durch die Patienten zu erleichtern, basiert die Berechtigung zur Inanspruchnahme eines Rabatts gemäß den Richtlinien der National Health Service Corporations auf Einkommen und Familiengröße und keinem anderen Faktor (z. B. Vermögen, Versicherungsstatus (einschließlich Medicaid- und Medicaid-Berechtigung), Teilnahme am Krankenversicherungsmarkt, Staatsbürgerschaft, Art der Bevölkerungszugehörigkeit).

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. Sie sind jedoch hier zur Bezugnahme durch die Gemeinschaft, in der die Organisation tätig ist, aufgeführt.

1. Nicht versicherte Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, erhalten einen Rabatt basierend auf dem Rabatt, der der am meisten zahlenden Partei 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 Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, kann ggf. ein Sofortrabatt gewährt werden. Der Sofortrabatt kann zusätzlich zu dem im unmittelbar vorhergehenden Absatz beschriebenen Rabatt für Nichtversicherte angeboten werden.

Gebührenermäßigungen für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben

Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird persönlich nicht mehr als der AGB für Notfallversorgung und andere medizinisch erforderliche Versorgungsleistungen und nicht mehr als die Bruttogebühren für alle anderen Arten von medizinischer Versorgung berechnet. Die Organisation berechnet einen oder mehrere AGB-Prozentsätze nach der „Look-back"-Methode, einschließlich Medicare-Gebühr, für Dienstleistungen und alle privaten Krankenversicherungen, die Ansprüche an die Organisation stellen, jeweils gemäß 501(r). Eine kostenlose Kopie der AGB-Berechnungsbeschreibung und der Prozentsätze kann auf der Website der Organisation oder über eine der folgenden Krankenhausabteilungen bzw. -büros bezogen werden: Kundendienst, Finanzberater, Kassierer, Büro für versicherte Anbieter.

Beantragung von finanzieller Unterstützung oder sonstiger Unterstützung

Ein Patient kann seinen Anspruch per Eignung durch Einschätzung der Anspruchsberechtigung oder durch Beantragung von finanzieller Unterstützung durch Einreichen eines ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung geltend machen. Der Antrag auf FAP und die Anweisungen zum Ausfüllen des Antrags auf FAP stehen auf der Website der Organisation zur Verfügung. Sie können sich aber auch mit einer der folgenden Krankenhausabteilungen oder -büros in Verbindung setzen: Kundendienst, Finanzberater, Kassierer, Büro für versicherte Anbieter (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 Antrag auf FAP oder im Zusammenhang mit der Einschätzung der Anspruchsberechtigung falsche Angaben macht, wenn die/der Patient(in) sich weigert, Versicherungserlöse oder das Recht abzutreten, direkt von einer Versicherungsgesellschaft bezahlt zu werden, die möglicherweise zur Zahlung der erbrachten Leistungen verpflichtet ist. Die Organisation kann einen Antrag auf FAP, der weniger als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurde, bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung für einen aktuellen Versorgungsfall berücksichtigen. Die Organisation wird keine FAP-Anträge berücksichtigen, die mehr als sechs Monate vor dem Datum der Feststellung der Anspruchsberechtigung ausgefüllt wurden.

Abrechnungs- und Inkassoregelung

Die Maßnahmen, die die Organisation bei einer allfälligen Nichtzahlung ergreifen darf, sind in einer separaten Abrechnungs- und Inkasso-Richtlinie beschrieben. Eine kostenlose Kopie der Abrechnungs- und Inkasso-Richtlinie erhalten Sie auf der Website der Organisation oder bei einer der folgenden Krankenhausabteilungen oder -büros: Kundendienst, Finanzberater, Kassierer, Büro für versicherte Anbieter.

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 wo ausdrücklich eine andere Auslegung angegeben wird.