



Finanzhilfe

Richtlinien- und Verfahrensnummer	24817
Richtlinienhandbuch	Verwaltung
Typ	Richtlinie u. Verfahren
Eigentümer des Dokuments	Silva, Natalie
Datum des Inkrafttretens	21.10.2016
Nächstes Prüfungsdatum	21.10.2019
Anwendungsumfang (gilt für)	CMC-Einrichtungen für Akutmedizin
Genehmigt von/ Genehmigungsdatum	CMC-Rechtsdienstleistungen (A): 12.08.2016 11:31 Uhr PST Joe Nowicki, SVP Chief Financial Officer: 24.08.2016 08:39 Uhr PST Patrick Rafferty, Corporate Chief Operations Officer: 29.08.2016 13:38 Uhr PST Tim Joslin, CEO: 30.08.2016 09:55 Uhr PST Finanzen und Planung (A): 21.10.2016 10:14 Uhr PST
Status/Rev-Nr.	Offiziell (Rev. 0)
Eingereicht von	Earnhart, Michele

I. ZWECK

- A. Definition der Formen der Finanzhilfe, die Patienten zur Verfügung stehen
- B. Beschreibung der Berechtigungskriterien für jede Form der Finanzhilfe
- C. Festlegung des Verfahrens, das die Patienten bei der Beantragung von Finanzhilfe einhalten müssen
- D. Festlegung des Verfahrens, das das Krankenhaus bei der Prüfung von Anträgen auf Finanzhilfe einhalten muss
- E. Bereitstellung einer Prüfmethode für den Fall, dass es bei der Feststellung der Berechtigung zur Finanzhilfe zu Meinungsverschiedenheiten kommt
- F. Bereitstellung von Verwaltungs- und Buchhaltungsrichtlinien zur Unterstützung der Identifikation, Klassifikation von und Berichterstattung über Finanzhilfe
- G. Festlegung eines Prozesses, den Patienten befolgen müssen, um einen Kostenvoranschlag ihres Selbstbehalts für Leistungen anzufordern, und des Prozesses, den das Krankenhaus befolgen muss, um Patienten diese Kostenvoranschläge zur Verfügung zu stellen

II. DEFINITIONEN

- A. **Finanzhilfe:** Der Begriff Finanzhilfe bezieht sich auf Full Charity Care (Karitative Vollzeitpflege), Partial Charity Care (Karitative Teilzeitpflege), High Medical Cost Charity Care (Karitative Pflege mit hohen medizinischen Kosten) und Special Circumstances Charity Care (Karitative Pflege unter besonderen Umständen). Diese Richtlinie enthält Leitlinien dazu, wann Patienten Finanzhilfe bereitgestellt werden sollte.
- B. **Nicht versicherter Patient:** Ein nicht versicherter Patient ist ein Patient, der für einen Teil seiner medizinischen Ausgaben über keine Zahlungsquellen verfügt, einschließlich u. a. im Rahmen gewerblicher oder sonstiger Versicherungen, staatlich gesponserter Gesundheitsfürsorgeprogramme oder von Verpflichtungen Dritter, oder dessen Versicherungsleistungen vor der Aufnahme bereits aufgebraucht waren.
- C. **Versicherte Patienten:** Ein versicherter Patient ist ein Patient, der für einen Teil seiner medizinischen Ausgaben über eine Zahlungsquelle in Form von Dritten verfügt.

- D. **Abgedeckte Leistung(en)**: Abgedeckte Leistungen für Full Charity Care (Karitative Vollzeitpflege), Partial Charity Care (Karitative Teilzeitpflege), High Medical Cost Charity Care (Karitative Pflege mit hohen medizinischen Kosten) und Special Circumstances Charity Care (Karitative Pflege unter besonderen Umständen) sind Notfallversorgungsleistungen und sonstige medizinisch notwendige Versorgungsleistungen, die von Community Medical Centers (CMC) bereitgestellt werden. Waren und Dienstleistungen für kosmetische Behandlungen, Wahlleistungen oder experimentelle medizinische Therapien sind im Rahmen dieser Richtlinie nicht für Finanzhilfe qualifiziert.
- E. **Full Charity Care (Karitative Vollzeitpflege)**: Bei einer karitativen Vollzeitpflege sind Gebühren von CMC für abgedeckte Leistungen ohne Preisnachlässe vollständig abschreibbar. Karitative Vollzeitpflege ist für Patienten verfügbar:
1. deren Familieneinkommen bei höchstens 350 % des neuesten Federal Poverty Level (Bundesarmutsgrenze; „FPL“) liegt und
 2. die laut obiger Definition nicht versichert sind.
- F. **Partial Charity Care (Karitative Teilzeitpflege)**: Eine karitative Teilzeitpflege ist eine teilweise Abschreibung von Gebühren von CMC für abgedeckte Leistungen ohne Preisnachlässe und ist verfügbar für Patienten:
1. deren Familieneinkommen zwischen 351-400 % des FPL liegt;
 2. die laut obiger Definition nicht versichert sind;
 3. für die der CFO oder sein/ihr Beauftragter festgestellt hat, dass der Preisnachlass anzuwenden ist.
 4. CMC begrenzt die erwarteten Zahlungen für eine stationäre Behandlung von Medicare-Patienten der Diagnosis-Related Group (diagnosebezogenen Gruppe; „DRG“) für die bereitgestellten Dienstleistungen (oder den höchsten Tarif, den CMC in gutem Glauben erwartungsgemäß im Rahmen eines staatlichen Programms, an dem CMC teilnimmt, erhalten würde) oder für Dienstleistungen, bei denen es keine festgelegte Medicare-DRG gibt, auf einen Betrag mit entsprechendem Preisnachlass, falls auf die Dienstleistungen nicht bereits ein Preisnachlass gewährt wurde.
 5. Für ambulante Leistungen begrenzt CMC die erwarteten Zahlungen auf die Medicare-Gebührenordnung oder, wenn es keinen Medicare-Gebührenordnungstarif gibt, auf CMCs Gebühren ohne Preisnachlass, multipliziert mit CMCs Medicare-Kosten-Gebühren-Verhältnis für ambulante Leistungen.
- G. **Special Circumstances Charity Care (Karitative Pflege unter besonderen Umständen)**: Eine karitative Pflege unter besonderen Umständen ermöglicht es nicht versicherten Patienten, welche die Kriterien für Finanzhilfe nicht erfüllen oder die nicht in der Lage sind, spezifische Krankenhausverfahren einzuhalten, eine vollständige oder teilweise Abschreibung der Krankenhausgebühren für abgedeckte Leistungen ohne Preisnachlass zu erhalten, wobei die Genehmigung des Chief Financial Officer von CMC bzw. seines/ihrer Beauftragten vorliegen muss. Das Krankenhaus muss die Entscheidung dokumentieren, u. a. auch die Gründe, warum der Patient die regulären Kriterien für Finanzhilfe nicht erfüllt hat. Nachfolgend finden Sie eine nicht vollständige Liste einiger Situationen, für welche die karitative Pflege unter besonderen Umständen gelten kann:
1. **Konkurs**: Patienten, die Konkurs angemeldet oder kürzlich ein Konkursverfahren abgeschlossen haben.
 2. **Obdachlose Patienten**: Notfallpatienten ohne Zahlungsquelle, wenn sie arbeitslos sind, über keine Postanschrift, keinen Wohnsitz bzw. keine Versicherung verfügen.
 3. **Verstorbene Patienten**: Verstorbene Patienten ohne Versicherung, Nachlass oder Zusatzversicherung.
 4. **Von Medicare abgelehnte Leistungen**: Medicare-Patienten, die aufgrund ihres Einkommens qualifiziert sind, können für abgelehnte Aufenthalte, abgelehnte Pflage und nicht abgedeckte Leistungen Finanzhilfe beantragen. Patienten erhalten eventuell keine Finanzhilfe für auf Medicare entfallende Kostenanteile.
 5. **Von Medi-Cal abgelehnte Leistungen**: Medi-Cal-Patienten, die aufgrund ihres Einkommens qualifiziert sind, können für abgelehnte Aufenthalte, abgelehnte Pflage und nicht abgedeckte Leistungen Finanzhilfe beantragen. Patienten

erhalten eventuell keine Finanzhilfe für auf Medi-Cal entfallende Kostenanteile. Personen, die zur Teilnahme an Programmen wie Medi-Cal berechtigt sind, deren Berechtigungsstatus für den Zeitraum, in dem die medizinischen Leistungen erbracht wurden, aber nicht festgestellt wurde, können Finanzhilfe beantragen.

- H. **Hohe medizinische Kosten für versicherte Patienten und karitative Pflege („High Medical Costs Charity Care“ [Karitative Pflege mit hohen medizinischen Kosten])**: Eine karitative Pflege mit hohen medizinischen Kosten ist vom Selbstbehalt des Patienten für abgedeckte Leistungen vollständig abschreibbar. Dieser Preisnachlass steht Patienten zur Verfügung, die folgende Kriterien erfüllen:
1. Der Patient ist ein versicherter Patient.
 2. Das Familieneinkommen des Patienten beträgt weniger als 350 % des FPL.
 3. Die medizinischen Ausgaben des Patienten oder der Familie des Patienten für abgedeckte Leistungen (die in den vergangenen zwölf (12) Monaten bei CMC entstanden sind oder an andere Gesundheitsdienstleister bezahlt wurden) überschreiten 10 % des Familieneinkommens des Patienten.
- I. **Notarzt**: Ein Notarzt ist ein Arzt, der in einem Krankenhaus Notfalldienste erbringt.
- J. **Federal Poverty Level (Bundesarmutsgrenze; „FPL“)**: FPL bedeutet das Einkommensniveau, das vom United States Department of Health and Human Services (US-Ministerium für Gesundheitspflege und soziale Dienste; „HHS“) jährlich veröffentlicht und von CMC zur Feststellung der Berechtigung zur Finanzhilfe herangezogen wird.
- K. **Selbstbehalt des Patienten**: Der Betrag, für den ein versicherter Patient selbst verantwortlich ist, nachdem die Zusatzversicherung des Patienten die Höhe der Leistungen des Patienten festgestellt hat.
- L. **Familie des Patienten**: Die Familie des Patienten wird wie folgt bestimmt:
1. **Erwachsene Patienten**: Für Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren umfasst die Familie des Patienten den Ehepartner, häuslichen Partner und unterhaltsabhängige Kinder unter 21 Jahren, unabhängig davon, ob sie zu Hause leben oder nicht.
 2. **Minderjährige Patienten**: Für Patienten unter 18 Jahren umfasst die Familie des Patienten seine Eltern, betreuende Verwandte und andere Kinder der Eltern oder betreuenden Verwandten unter 21 Jahren.
- M. **Schädiger**: Ein Schädiger ist eine Person, die vorsätzlich oder durch Fahrlässigkeit ein Delikt (eine zivilrechtlich unerlaubte Handlung) begeht.

III. RICHTLINIE

- A. In Übereinstimmung mit dieser Richtlinie stellt CMC Finanzhilfe in Form von medizinischer Versorgung mit Preisnachlass bzw. kostenloser Versorgung bereit, und zwar für berechtigte CMC-Patienten, die:
1. nicht versichert sind und ein geringes Einkommen haben;
 2. versichert sind und ein geringes Einkommen und hohe medizinische Kosten haben;
 3. Patienten mit besonderen Umständen sind.
- B. In Übereinstimmung mit dieser Richtlinie stellt CMC nicht versicherten Patienten mit geringem Einkommen und versicherten Patienten mit geringem Einkommen und hohen medizinischen Kosten gesetzlich vorgeschriebene Informationen hinsichtlich ihres geschätzten Selbstbehalts für Leistungen sowie Informationen zur Verfügbarkeit von Finanzhilfe und Preisnachlässen bereit.
- C. Diese Richtlinie gilt für von CMC lizenzierte Krankenhauseinrichtungen. Sofern nichts Anderweitiges festgelegt ist, gilt diese Richtlinie nicht für Ärzte oder andere Gesundheitsdienstleister, deren Dienstleistungen in der Rechnung von CMC nicht enthalten sind. In Kalifornien ist ein Notarzt, der in einem Krankenhaus Notfalldienste erbringt, dazu verpflichtet, nicht versicherten Patienten oder Patienten mit hohen medizinischen Kosten, die auf oder unter 350 % des FPL liegen, Preisnachlässe zu gewähren. Spezialisten, die zur Notaufnahme von CMC gerufen werden oder die außerhalb der Notaufnahme als Belegärzte für CMC tätig sind, sind keine Notärzte.

IV. VERFAHREN

A. Berechtigung

1. Berechtigungskriterien: Während des Antragsverfahrens muss CMC die folgenden Berechtigungskriterien zur Finanzhilfe anwenden:

Kategorie der Finanzhilfe	Berechtigungskriterien für Patienten	Verfügbarer Preisnachlass
<p>Full Charity Care (Karitative Vollzeitpflege)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient ist ein nicht versicherter Patient. 2. Patient hat ein Familieneinkommen, das bei höchstens 350 % des jüngsten FPL liegt. 	<p>Vollständige Abschreibung der Gebühren von CMC für abgedeckte Leistungen ohne Preisnachlässe.</p>
<p>Partial Charity Care (Karitative Teilzeitpflege)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Patient ist ein nicht versicherter Patient. 4. Patient hat ein Familieneinkommen, das zwischen 351 und 400 % des geltenden FPL liegt. 	<p>Teilweise Abschreibung der Gebühren von CMC für abgedeckte Leistungen ohne Preisnachlässe.</p> <p>Stationäre Leistungen: CMC begrenzt die erwarteten Zahlungen für stationäre Behandlungen von Medicare-Patienten der Diagnosis-Related Group (diagnosebezogenen Gruppe; „DRG“) für die bereitgestellten Dienstleistungen (oder den höchsten Tarif, den CMC in gutem Glauben erwartungsgemäß im Rahmen eines staatlichen Programm, an dem CMC teilnimmt, erhalten würde) oder für Dienstleistungen, bei denen es keine festgelegte Medicare-DRG gibt, auf einen Betrag mit entsprechendem Preisnachlass, falls auf die Dienstleistungen nicht bereits ein Preisnachlass gewährt wurde.</p> <p>Ambulante Dienste: CMC begrenzt die erwarteten Zahlungen auf die Medicare-Gebührenordnung oder,</p>

		wenn es keinen Medicare-Gebührenordnungstarif gibt, auf CMCs Medicare-Kosten-Gebühren-Verhältnis für ambulante Leistungen.
High Medical Cost Charity Care (karitative Pflege mit hohen medizinischen Kosten) (für versicherte Patienten)	<ol style="list-style-type: none"> 5. Patient ist ein versicherter Patient. 6. Patient hat ein Familieneinkommen, das bei höchstens 350 % des geltenden FPL liegt. 7. Die medizinischen Ausgaben des Patienten oder seiner Familie (die in den vergangenen zwölf (12) Monaten bei CMC entstanden sind oder an andere Gesundheitsdienstleister bezahlt wurden) überschreiten 10 % des Familieneinkommens des Patienten. 	Vollständige Abschreibung des Selbstbehalts des Patienten für abgedeckte Leistungen.
Special Circumstances Charity Care (Karitative Pflege unter besonderen Umständen)	<ol style="list-style-type: none"> 8. Patient ist ein nicht versicherter Patient oder unterversicherter Patient. 9. Erfüllt nicht die Kriterien für Finanzhilfe. 10. Es liegen besondere Umstände vor. 11. Der Chief Financial Officer bzw. sein(e) Beauftragte(r) hat den Preisnachlass genehmigt. 12. CMC muss die Entscheidung dokumentieren, u. a. auch die Gründe, warum der Patient die regulären Kriterien für Finanzhilfe nicht erfüllt hat. 	Vollständige oder teilweise Abschreibung der Gebühren des Krankenhauses für abgedeckte Leistungen ohne Preisnachlässe.

2. Berechnung des Familieneinkommens: Zur Feststellung, ob ein Patient zur Finanzhilfe berechtigt ist, muss CMC zuerst das Familieneinkommen des Patienten berechnen, und zwar wie folgt:
 - a. Nachweis des Familieneinkommens: Die Patienten müssen nur jüngste Lohnabrechnungen oder Steuererklärungen als Einkommensnachweis

bereitstellen. Das Familieneinkommen des Patienten ist das durch die letzten Lohnabrechnungen oder Steuererklärungen ausgewiesene Jahreseinkommen aller Mitglieder der Familie des Patienten der vorangegangenen zwölf (12) Monate bzw. des Steuervorjahres, abzüglich Zahlungen für Ehegatten- und Kindesunterhalt.

- b. Berechnung des Familieneinkommens für verstorbene Patienten: Verstorbene Patienten ohne überlebende Ehegatten gelten für den Zweck der Berechnung des Familieneinkommens des Patienten als einkommenslos. Eine Dokumentation des Einkommens ist für verstorbene Patienten nicht notwendig; allerdings kann eine Dokumentation über Nachlassvermögen erforderlich sein. Der überlebende Ehegatte eines verstorbenen Patienten kann Finanzhilfe beantragen.
3. Berechnung des Familieneinkommens eines Patienten als Prozentsatz des FPL: Nach Feststellung des Familieneinkommens eines Patienten muss CMC das Familieneinkommensniveau des Patienten im Vergleich zum FPL, ausgedrückt als Prozentsatz des FPL, berechnen. Wenn der FPL für eine dreiköpfige Familie beispielsweise 20.000 US-Dollar und das Familieneinkommen eines Patienten 60.000 US-Dollar beträgt, berechnet CMC das Familieneinkommen des Patienten als 300 % des FPL. Anhand dieser Berechnung wird festgestellt, ob ein Patient die Kriterien für Finanzhilfe erfüllt.
4. Ausschlüsse/Disqualifikation von Finanzhilfe: Nachfolgend sind die Umstände aufgeführt, unter denen eine Finanzhilfe im Rahmen dieser Richtlinie nicht verfügbar ist:
 - . Medi-Cal-Patienten mit Share of Cost (Kostenanteil): Medi-Cal-Patienten, die für die Bezahlung eines Kostenanteils verantwortlich sind, sind nicht berechtigt, Finanzhilfe zu beantragen, um die Höhe des geschuldeten Kostenanteils zu reduzieren. CMC muss versuchen, diese Beträge von Patienten beizutreiben.
 - a. Patient lehnt abgedeckte Leistungen ab: Ein versicherter Patient, der wahlweise Leistungen in Anspruch nehmen möchte, die von der Leistungsvereinbarung des Patienten nicht abgedeckt sind (beispielsweise ein HMO-Patient, der Leistungen von CMC außerhalb des Ärztenetzes der Krankenversicherung in Anspruch nehmen möchte, oder ein Patient, der sich weigert, sich von CMC an eine Einrichtung überweisen zu lassen, die im Ärztenetz der Krankenversicherung enthalten ist), ist nicht zum Empfang von Finanzhilfe berechtigt.
 - b. Versicherter Patient kooperiert nicht mit dem Kostenträger: Ein versicherter Patient, der von einem Kostenträger versichert ist, der die Bezahlung von Leistungen verweigert, weil der Patient dem Kostenträger nicht die notwendigen Informationen bereitgestellt hat, um die Verpflichtung des Kostenträgers festzustellen, ist nicht zum Empfang von Finanzhilfe berechtigt.
 - c. Kostenträger leistet Zahlungen direkt an Patienten: Wenn ein Patient eine Zahlung für Leistungen direkt von einer Schadensersatz-Zahlungsstelle, Medicare-Zusatzversicherung oder einem sonstigen Kostenträger erhält, ist der Patient nicht zum Empfang von Finanzhilfe berechtigt.
 - d. Fälschung von Informationen: CMC kann Patienten die Gewährung von Finanzhilfe verweigern, die Informationen bezüglich Einkommen, Größe des Haushalts oder sonstige Informationen in ihrem Antrag auf Beurteilung ihrer Berechtigung fälschen.
 - e. Entschädigung durch Dritte: Wenn der Patient eine Abfindung oder gerichtliche Zuerkennung von einem Drittschädiger erhält, der die Verletzung des Patienten verursacht hat, muss der Patient die Abfindung oder gerichtliche Zuerkennung zur Erfüllung von Außenständen des Patienten verwenden und ist nicht zum Empfang von Finanzhilfe berechtigt.

- f. Leistungen von (Fach-)Ärzten: Die Leistungen von Ärzten wie Anästhesisten, Radiologen, Klinikärzten, Pathologen usw. sind im Rahmen dieser Richtlinie nicht abgedeckt. Etwaige Ausnahmen sind in Anhang A aufgeführt. Viele Ärzte haben Richtlinien bezüglich karitativer Pflege, die es Patienten ermöglichen, einen Antrag auf kostenlose Versorgung bzw. Versorgung mit Preisnachlass zu stellen. Patienten sollten Informationen über die Richtlinie eines Arztes bezüglich karitativer Pflege direkt von ihrem Arzt anfordern.

B. Antragsverfahren

1. CMC muss alle zumutbaren Maßnahmen ergreifen, um vom Patienten bzw. von dessen Vertreter Informationen dazu einzuholen, ob eine private oder öffentliche Krankenversicherung die von CMC dem Patienten geleistete Versorgung vollständig oder teilweise abdecken kann. Ein Patient, der zu einem beliebigen Zeitpunkt angibt, dass er nicht in der Lage ist, eine Rechnung für Krankenhausleistungen zu bezahlen, wird auf die Berechtigung zur Finanzhilfe beurteilt. Um sich als nicht versicherter Patient zu qualifizieren, muss der Patient oder der Bürge des Patienten bestätigen, dass er sich keiner Rechte auf Versicherung oder Leistungen im Rahmen eines staatlichen Programms bewusst ist, die die Rechnung abdecken oder einen Preisnachlass auf die Rechnung gewähren würden.
2. Alle Patienten sollten dazu ermutigt werden, mögliche Berechtigungen zur Teilnahme an staatlichen Hilfsprogrammen zu recherchieren, falls sie dies nicht bereits getan haben. CMC stellt einen Antrag für das Medi-Cal-Programm oder sonstige staatlich finanzierte Programme bereit, wenn der Patient angibt, dass er nicht von einem Kostenträger abgedeckt wird bzw. wenn er Finanzhilfe anfordert.
3. Patienten sind zum Ergreifen aller zumutbaren Maßnahmen verpflichtet, um CMC ihr Einkommen und ihre Krankenversicherungsleistungen zu dokumentieren.
4. Patienten, die einen Antrag auf Finanzhilfe stellen möchten, müssen das standardisierte CMC-Antragsformular „[Application for Financial Assistance](#)“ (Antrag auf Finanzhilfe) verwenden.
5. Patienten können beim Ausfüllen des Antrags auf Finanzhilfe an den [CMC-Standorten](#), die in Anhang C aufgeführt sind, persönlich oder telefonisch Unterstützung anfordern, indem sie sich unter der Rufnummer +1 (559) 459-2998 mit der Aufnahmeabteilung in Verbindung setzen.
6. Exemplare des Antrags auf Finanzhilfe erhalten Sie auch direkt an den in Anhang C angegebenen CMC-Standorten, per Post oder über die CMC-Website (www.communitymedical.org).
7. Patienten müssen den Antrag auf Finanzhilfe so bald wie möglich nach Erhalt einer Therapie bei CMC ausfüllen. Wenn der Antrag nicht innerhalb von 180 Tagen nach Entlassung des Patienten ausgefüllt und eingereicht wird, wird die Finanzhilfe eventuell nicht bewilligt.
8. Die Patienten müssen die Anträge auf Finanzhilfe an folgende Anschrift schicken: Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715, USA Attn: Financial Assistance Application.

C. Feststellung der Finanzhilfe

1. CMC prüft jeden Antrag auf Finanzhilfe und gewährt Finanzhilfe dann, wenn der Patient die oben genannten Berechtigungskriterien erfüllt.
2. Informationen hinsichtlich Einkommen oder Vermögenswerten, die im Rahmen des Prüfverfahrens auf Berechtigung eingeholt werden, sind separat von den Akten zu verwahren, die zur Beitreibung von Schulden herangezogen werden, und dürfen bei der Schuldenbeitreibung nicht eingesehen werden.
3. Wenn es der Patient versäumt, die Dokumentation zu Einkommen und/oder Krankenversicherung zurückzusenden, und CMC in Ermangelung der angeforderten Dokumentation in angemessener Weise eine Feststellung treffen kann, muss CMC diese Feststellung anhand der bekannten Informationen treffen. Wenn es der Patient versäumt, angemessene und notwendige Informationen bereitzustellen,

beispielsweise die Dokumentation über Einkommen und/oder Krankenversicherung, kann CMC dieses Versäumnis bei der Feststellung der Berechtigung zur Finanzhilfe berücksichtigen.

4. Patienten können auch einen Antrag auf staatliche Hilfsprogramme stellen.
 - CMC muss Patienten bei der Feststellung, ob sie zur Teilnahme an staatlichen oder sonstigen Hilfsprogrammen berechtigt sind oder ob ein Patient zur Anmeldung bei Programmen der California Health Benefit Exchange (d. h. Covered California) berechtigt ist, Unterstützung leisten.
 - a. Wenn ein Patient einen Antrag auf ein anderes Krankenversicherungsprogramm stellt oder ein Antrag anhängig ist und er gleichzeitig einen Antrag auf Finanzhilfe stellt, darf der Antrag auf Deckung im Rahmen eines anderen Krankenversicherungsprogramms die Berechtigung des Patienten zur Finanzhilfe nicht ausschließen.
5. Anträge müssen umgehend geprüft werden. CMC muss die Feststellung der Berechtigung innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt des Antrags abschließen. Ein Antrag gilt nicht als abgeschlossen, wenn die Versicherung oder sonstige Zahlungsquellen immer noch anhängig sind.
6. Sobald eine Feststellung bezüglich Full Charity Care (Karitative Vollzeitpflege), Partial Charity Care (Karitative Teilzeitpflege), High Medical Cost Charity Care (Karitative Pflege mit hohen medizinischen Kosten) und Special Circumstances Charity Care (Karitative Pflege unter besonderen Umständen) getroffen wurde, wird jedem Antragsteller ein „[Notification Form](#)“ (Benachrichtigungsformular) (Anhang D) zugeschickt, in dem er über die Entscheidung von CMC informiert wird.
7. Wenn der Antrag eines Patienten im Rahmen dieser Richtlinie genehmigt wird, jedoch nach dem ursprünglichen Antrag und Genehmigungsprozess festgestellt wird, dass der Patient aufgrund des Vorhandenseins eines Kostenträgers nicht zum Empfang von Finanzhilfe berechtigt ist, wird die Gebührenforderung erneut geltend gemacht, und CMC wendet sich zwecks Zahlung der Außenstände des Patienten an den Kostenträger. Wenn später festgestellt wird, dass der Kostenträger für die Zahlung der Gebühren des Patienten nicht verantwortlich ist, wird die Berechtigung des Patienten wiederhergestellt, ohne dass ein neues Formular zur Beurteilung seiner finanziellen Lage ausgefüllt werden muss.
8. Sobald festgestellt wird, dass ein Patient zum Erhalt von Finanzhilfe berechtigt ist, wird davon ausgegangen, dass die Anspruchsberechtigung des Patienten für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Ausstellung des Benachrichtigungsformulars weiterhin gültig ist. Nach einem Jahr muss der Patient erneut einen Antrag auf Finanzhilfe stellen.
9. Wenn die Feststellung der Berechtigung zur Finanzhilfe zu einem Guthaben zugunsten des Patienten führt, muss die Rückerstattung des Guthabens gemäß dem Health and Safety Code (Gesundheits- und Sicherheitskodex), Paragraph 127400, die Zinsen auf den Betrag der Überzahlung ab dem Datum der Zahlung des Patienten zum gesetzlichen Satz (10 % pro Jahr) enthalten, vorausgesetzt, CMC ist nicht verpflichtet, ein Guthaben zurückzuerstatten, das zusammen mit Zinsen weniger als fünf US-Dollar (5,00 \$) beträgt.

D. Streitfälle

1. Ein Patient kann die Überprüfung einer Entscheidung von CMC, Finanzhilfe abzulehnen, verlangen, indem die Abteilung Patienten-Finanzdienstleistungen über die Grundlage des Streitfalls und den gewünschten Rechtsbehelf innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Erhalt der Mitteilung durch den Patienten über die Umstände des Streitfalls in Kenntnis gesetzt wird. Patienten können den Streitfall mündlich durch einen Telefonanruf bei der Abteilung Patienten-Finanzdienstleistungen unter der Rufnummer +1 (559) 459-3939 oder schriftlich durch Zusendung der obigen Informationen an Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box. 1232, Fresno, CA 93715 USA, einreichen. Die Abteilung Patienten-Finanzdienstleistungen muss den Streitfall des Patienten so bald wie

möglich prüfen und den Patienten schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis setzen.

E. Verfügbarkeit der Informationen zur Finanzhilfe

1. Sprachen: Diese Richtlinie ist in der/den Primärsprache(n) des CMC-Servicebereichs erhältlich. Außerdem sind alle in diesem Abschnitt bereitgestellten Mitteilungen/Nachrichten in der/den Primärsprache(n) des Servicebereichs des Krankenhauses und in einer Weise erhältlich, die allen geltenden Bundes- und bundesstaatlichen Gesetzen und Vorschriften entspricht. Die Primärsprache(n) des CMC-Servicebereichs ist/sind eine oder mehrere Sprachen, die entweder von mindestens 1000 Personen oder von 5 % der von CMC betreuten Gemeinde verwendet werden (wobei der jeweils kleinere Wert maßgeblich ist) oder von der Bevölkerung, die von CMC wahrscheinlich beeinflusst wird oder mit CMC Umgang hat. CMC kann den Prozentsatz oder die Anzahl der Personen mit eingeschränkten Englischkenntnissen in der CMC-Gemeinde bzw. der Personen, die wahrscheinlich von CMC beeinflusst werden oder mit CMC Umgang haben, mit einer angemessenen Methode feststellen.
2. Informationen, die Patienten während der Bereitstellung von Krankenhausleistungen bereitgestellt werden:
 - Vorstationäre Aufnahme oder Registrierung: Während der vorstationären Aufnahme oder Registrierung (oder so bald wie möglich danach) muss CMC allen Patienten ein Exemplar einer in einfacher Sprache abgefassten Zusammenfassung der Richtlinie zur Finanzhilfe (Anhang E) bereitstellen, die Informationen über ihr Recht zur Anforderung einer Schätzung ihres Selbstbehalts für Leistungen sowie über die Standorte enthält, an denen Patienten bei der Beantragung von Finanzhilfe Unterstützung erhalten können.
 - a. Notfalldienste: Im Fall von Notfalldiensten stellt CMC allen Patienten so bald wie möglich nach Stabilisierung des Gesundheitszustands in diesem Notfall oder nach der Entlassung eine in einfacher Sprache abgefasste Zusammenfassung der Richtlinie zur Finanzhilfe zur Verfügung.
 - b. Bei der Entlassung bereitgestellte Anträge: Zum Zeitpunkt der Entlassung stellt CMC allen Patienten ein Exemplar der [Zusammenfassung der Richtlinie zur Finanzhilfe in einfacher Sprache](#) (Anhang E) und allen nicht versicherten Patienten Anträge für Medi-Cal und California Children's Services oder für sonstige möglicherweise relevante staatliche Programme zur Verfügung.
3. Informationen, die Patienten zu anderen Zeiten bereitgestellt werden:
 - Kontaktinformationen: Patienten können sich telefonisch unter der Rufnummer +1 (559) 459-2998 oder persönlich an den in Anhang C aufgeführten Standorten mit der Aufnahmeabteilung von CMC in Verbindung setzen, um weitere Informationen über Finanzhilfe einzuholen und Unterstützung beim Beantragungsverfahren zu erhalten.
 - a. Abrechnungen: CMC muss Patienten gemäß der Richtlinie zur Rechnungsstellung und Forderungsbeitreibung von CMC Rechnungen stellen. Abrechnungen für Patienten müssen eine Zusammenfassung der Richtlinie zur Finanzhilfe in einfacher Sprache mit der Überschrift „Wichtige Rechnungsinformationen für Patienten“ (Anhang E), eine Telefonnummer für Patienten, die Fragen zur Finanzhilfe haben, und die Website-Adresse enthalten, auf der Patienten weitere Informationen über Finanzhilfe einholen können, u. a. eine Zusammenfassung der Richtlinie in einfacher Sprache sowie den Antrag auf Finanzhilfe. Eine [Zusammenfassung der gesetzlichen Rechte des Patienten](#) ist in Anhang F zu finden und muss ebenfalls in der Endabrechnung für den Patienten enthalten sein.

- b. Auf Anfrage: CMC stellt Patienten auf Anfrage und kostenlos Ausdrücke der Richtlinie zur Finanzhilfe, des Antrags auf Finanzhilfe und der Zusammenfassung der Richtlinie zur Finanzhilfe in einfacher Sprache zur Verfügung.
- 4. Öffentlicher Zugang zu Informationen zur Finanzhilfe:
 - . Dem Patienten zur Verfügung gestellte Exemplare: CMC muss Patienten im Rahmen des Aufnahme- oder Entlassungsverfahrens ein ausgedrucktes Exemplar der Zusammenfassung der Richtlinie zur Finanzhilfe in einfacher Sprache anbieten.
 - a. Hinweis zur Abrechnung: Eine Abrechnung von CMC muss einen deutlich sichtbaren schriftlichen Hinweis aufweisen, der die Empfänger über die Verfügbarkeit von Finanzhilfe im Rahmen der Richtlinie zur Finanzhilfe von CMC informiert und Folgendes enthält: die direkte Website-Adresse, unter der Exemplare der Richtlinie zur Finanzhilfe, eine Zusammenfassung der Richtlinie zur Finanzhilfe in einfacher Sprache und das Antragsformular der Richtlinie zur Finanzhilfe sowie die Telefonnummer der Aufnahmeabteilung abgerufen werden können, die Informationen über die Richtlinie zur Finanzhilfe und Unterstützung beim Antragsverfahren bietet.
 - b. Öffentliche Auslagen: CMC muss deutlich sichtbare öffentliche Auslagen (oder andere Maßnahmen, die in angemessener Weise die Aufmerksamkeit der Patienten erregen) bereitstellen, die Patienten an öffentlichen Orten bei CMC über diese Richtlinie informieren, u. a. mindestens in der Notaufnahme und in Aufnahmebereichen.
 - c. Website: Die Richtlinie zur Finanzhilfe, der Antrag auf Finanzhilfe und die Zusammenfassung der Richtlinie zur Finanzhilfe in einfacher Sprache müssen an einer gut sichtbaren Stelle auf der Website von CMC zur Verfügung stehen (www.communitymedical.org). Von Personen, die nach Informationen über Finanzhilfe suchen, darf nicht verlangt werden, dass sie ein Konto erstellen oder personenbezogene Informationen angeben, bevor sie Informationen über Finanzhilfe erhalten.
 - d. Per Post: Patienten können die Zusendung eines kostenlosen Exemplars der Richtlinie zur Finanzhilfe, des Antrags auf Finanzhilfe und der Zusammenfassung der Richtlinie zur Finanzhilfe in einfacher Sprache auf dem Postweg anfordern.
 - e. Werbung/Pressemitteilungen: Gegebenenfalls schaltet CMC eine Werbeanzeige bezüglich der Verfügbarkeit von Finanzhilfe bei CMC in den wichtigsten Zeitungen in den von CMC bedienten Gemeinden. Wenn dies nicht praktikabel ist, gibt CMC eine Pressemitteilung mit diesen Informationen heraus oder nutzt andere Mittel, die im Ermessen von CMC zur breiten Veröffentlichung der Verfügbarkeit der Richtlinie für betroffene Patienten in unseren Gemeinden angemessen sind.

F. Verschiedenes

1. Buchführung: Die Unterlagen und Bücher in Bezug auf Finanzhilfe müssen leicht zugänglich sein. CMC ist verpflichtet, die Informationen bezüglich der Anzahl der nicht versicherten Patienten, die Dienstleistungen von CMC erhalten haben, der Anzahl der ausgefüllten Anträge auf Finanzhilfe, der Anzahl der genehmigten Anträge, des geschätzten Werts der bereitgestellten Leistungen in US-Dollar, der Anzahl der abgelehnten Anträge sowie der Gründe für die Ablehnung zu pflegen. Darüber hinaus müssen Anmerkungen im Zusammenhang mit der Genehmigung oder Ablehnung von Finanzhilfe eines Patienten in das Konto des Patienten eingegeben werden.
2. Ratenzahlungspläne: Patienten können zu einem Ratenzahlungsplan berechtigt sein. Ratenzahlungspläne müssen gemäß der Richtlinie zur Rechnungsstellung und Forderungsbeitreibung von CMC angeboten und ausgehandelt werden.

3. Rechnungsstellung und Forderungsbeitreibung: CMC kann angemessene Beitreibungsanstrengungen unternehmen, um von Patienten Zahlungen einzufordern. Im Rahmen des Antragsverfahrens auf Finanzhilfe eingeholte Informationen dürfen weder von CMC noch von einem von CMC beauftragten Inkassounternehmen für den Beitreibungsprozess verwendet werden. Zu allgemeinen Beitreibungsaktivitäten können u. a. die Erstellung von Aufstellungen, Telefonanrufe und die Weiterleitung von Aufstellungen zählen, die an den Patienten oder Bürgen geschickt wurden. Verbundene Unternehmen und Umsatzzyklus-Abteilungen müssen Verfahren entwickeln, um sicherzustellen, dass Fragen und Beschwerden von Patienten gegebenenfalls recherchiert und beantwortet bzw. ausgeräumt werden, wobei der Patient zeitnah zu informieren ist. Weder CMC noch ein von CMC beauftragtes Inkassounternehmen darf zur Beitreibung der Schulden eines Patienten außergewöhnliche Beitreibungsmaßnahmen ergreifen (laut Definition der Richtlinie zur Rechnungsstellung und Forderungsbeitreibung von CMC). Exemplare der Richtlinie zur Rechnungsstellung und Forderungsbeitreibung von CMC können auf der CMC-Website unter www.communitymedical.org kostenlos angefordert werden.
 4. Einreichung bei OSHPD: CMC reicht seine Richtlinien zur Finanzhilfe beim Office of Statewide Planning and Healthcare Development (Behörde zur Planung und Entwicklung von Gesundheitsversorgung auf bundesstaatlicher Ebene; „OSHPD“) ein. Die Richtlinien sind auf der folgenden OSHPD-Website zu finden: <https://syfphr.oshpd.ca.gov/>.
- G. Allgemein in Rechnung gestellte Beträge
1. Gemäß dem Internal Revenue Code (US-Bundessteuergesetz), Paragraph 1.501(r)(5), übernimmt CMC die prospektiven Medicare-Methoden für allgemein in Rechnung gestellte Beträge. Für Finanzhilfe qualifizierte Patienten sind nicht für mehr als die allgemein in Rechnung gestellten Beträge verantwortlich.

V. LITERATURHINWEISE

Internal Revenue Code, Paragraf 501(r)

26 Code of Federal Regulations 1.501(r)

California Health and Safety Code, Paragraf 124700-127446

Referenzierte Dokumente

Referenztyp	Titel	Notizen
Von diesem Dokument referenzierte Dokumente		
Referenzierte Dokumente	Antrag auf Finanzhilfe	
Referenzierte Dokumente	CMC-Standorte	
Referenzierte Dokumente	Benachrichtigungsformular	
Referenzierte Dokumente	https://syfphr.oshpd.ca.gov/	
Referenzierte Dokumente	Zusammenfassung der gesetzlichen Rechte des Patienten	
Referenzierte Dokumente	www.communitymedical.org	
Referenzierte Dokumente	Antrag auf Finanzhilfe	
Referenzierte Dokumente	Finanzhilfe (Orte)	
Referenzierte Dokumente	Mitteilung über Rechte im Rahmen der Richtlinie zur Finanzhilfe	
Referenzierte Dokumente	Wichtige Rechnungsinformationen für Patienten	
Referenzierte Dokumente	Benachrichtigungsformular	

Papierausdrucke dieses Dokuments sind eventuell nicht auf dem neuesten Stand, und man sollte sich für offizielle Zwecke nicht auf sie stützen. Die aktuelle Version finden Sie in Lucidoc unter <https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=communitymc:24817>.