

Betreff: Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (wohltätige Betreuung) von SJH	Nummer der Richtlinie: PSJH RCM 002 TX	
Abteilung: Revenue Cycle Management (Umsatzzyklusmanagement)	<input type="checkbox"/> Neu <input checked="" type="checkbox"/> Überarbeitet <input type="checkbox"/> Überprüft	Datum: 01.01.2023
Exekutiver Sponsor: SVP Chief Revenue Cycle Officer (SVP Verantwortlicher für den Umsatzzyklus)	Zuständiger für die Richtlinie: Exekutivdirektor Finanzberatung	
Genehmigt durch: SVP Chief Revenue Cycle Officer (SVP Verantwortlicher für den Umsatzzyklus)	Datum der Umsetzung: 01.04.2023	

SJH ist eine gemeinnützige Gesundheitsorganisation, die von der Verpflichtung zu ihrer Mission geleitet wird, allen zu dienen, insbesondere denen, die arm und verletzlich sind, durch ihre Kernwerte Mitgefühl, Würde, Gerechtigkeit, Exzellenz und Integrität und durch die Überzeugung, dass Gesundheitsversorgung ein Menschenrecht ist. Die Philosophie und Praxis jedes SJH-Krankenhauses besteht darin, dass dringende und medizinisch notwendige Gesundheitsdienste für diejenigen in den Gemeinden, denen wir dienen, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit jederzeit verfügbar sind.

GELTUNGSBEREICH:

Diese Richtlinie gilt für alle St. Joseph Health (SJH) Krankenhäuser im Bundesstaat Texas und für alle Notfall-, Dringlichkeits- und sonstigen medizinisch notwendigen Leistungen, die von SJH-Krankenhäusern in Texas erbracht werden (mit Ausnahme von experimenteller oder untersuchender Versorgung). Eine Liste und weitere Erläuterungen zu den SJH-Krankenhäusern, die unter diese Richtlinie fallen, finden Sie in Anhang A, Liste der betroffenen Einrichtungen (Covered Facilities List). Wenn in dieser Richtlinie das Wort "Krankenhaus" verwendet wird, bezieht es sich auf den in Anhang A beschriebenen Bereich der Einrichtungen.

Diese Richtlinie ist in Übereinstimmung mit Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code von 1986 in seiner geänderten Fassung auszulegen. Im Falle von Widersprüchen zwischen den jeweiligen Gesetzesbestimmungen und dieser Richtlinie sind die Gesetzesbestimmungen maßgeblich.

ZWECK:

Der Zweck dieser Richtlinie ist es, eine faire, nicht diskriminierende, effektive und einheitliche Methode für die Bereitstellung finanzieller Unterstützung (wohltätige Betreuung) für berechnigte Personen zu gewährleisten, die nicht in der Lage sind, medizinisch notwendige Notfall- und andere Krankenhausdienstleistungen, die von SJH-Krankenhäusern erbracht werden, ganz oder teilweise zu begleichen.

Mit der vorliegenden Richtlinie wird beabsichtigt, alle bundesstaatlichen, staatlichen und örtlichen Gesetze einzuhalten. Diese Richtlinie und die darin enthaltenen Programme zur finanziellen Unterstützung stellen die offizielle Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Financial Assistance Policy, FAP) und zur medizinischen Notfallversorgung für jedes Krankenhaus dar, das sich im Eigentum von SJH befindet oder von diesem gepachtet oder betrieben wird.

VERANTWORTLICHE:

Abteilungen Umsatzzyklus. Darüber hinaus werden alle zuständigen Mitarbeiter, die Aufgaben im Zusammenhang mit der Registrierung, Zulassung, Finanzberatung und Kundenbetreuung wahrnehmen, regelmäßig in dieser Richtlinie geschult.

RICHTLINIE:

SJH bietet berechtigten einkommensschwachen, nicht versicherten und unterversicherten Patienten sowie Patienten mit hohen medizinischen Kosten kostenlose oder ermäßigte Krankenhausleistungen an, wenn die Zahlungsfähigkeit ein Hindernis für den Zugang zu medizinisch notwendiger Notfall- und sonstiger Krankenhausversorgung darstellt und keine alternative Deckungsquelle identifiziert wurde. Die Patienten müssen die in dieser Richtlinie beschriebenen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme erfüllen.

Die Krankenhäuser von SJH, die über eigene Notfallabteilungen verfügen, bieten ohne jegliche Diskriminierung eine medizinische Notfallversorgung (im Sinne des Gesetzes über medizinische Notfallbehandlung und Arbeit (Emergency Medical Treatment and Labor Act)) im Rahmen der verfügbaren Möglichkeiten an, unabhängig davon, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. SJH übt bei der Entscheidung über die Gewährung finanzieller Unterstützung keine Diskriminierung aufgrund von Alter, Rasse, Hautfarbe, Glaubensbekenntnis, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, nationaler Herkunft, Familienstand, Geschlecht, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, Behinderung, Veteranen- oder Militärstatus oder einer anderen nach bundesstaatlichem, staatlichem oder örtlichem Recht verbotenen Grundlage aus.

SJH-Krankenhäuser mit eigenen Notfallabteilungen führen medizinische Vorsorgeuntersuchungen und stabilisierende Behandlungen durch oder überweisen und verlegen eine Person, wenn eine solche Verlegung gemäß 42 C.F.R. 482.55 angemessen ist. SJH verbietet alle Handlungen, Zulassungspraktiken oder Richtlinien, die Personen davon abhalten würden, medizinische Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen, wie z. B. die Genehmigung von Inkassotätigkeiten, die die Bereitstellung von medizinischer Notfallversorgung beeinträchtigen.

Liste der Berufsangehörigen, die der FAP von SJH unterliegen: Alle SJH-Krankenhäuser erstellen eine Liste mit den Ärzten, medizinischen Gruppen oder anderen Fachleuten, die Leistungen erbringen, die unter diese Richtlinie fallen und die nicht unter diese Richtlinie fallen. Alle SJH-Krankenhäuser stellen diese Liste allen Patienten zur Verfügung, die eine Kopie anfordern. Die Liste der Anbieter ist auch online auf den Webseiten des St. Joseph Health oder Covenant zu finden: www.stjhs.org oder <https://www.providence.org/obp/covenant>.

Voraussetzungen für die Gewährung von finanzieller Unterstützung: Finanzielle Unterstützung steht sowohl nicht versicherten als auch versicherten Patienten und Bürgen zur Verfügung, wenn diese Unterstützung mit dieser Richtlinie und den bundesstaatlichen und staatlichen Gesetzen über zulässige Leistungen für Patienten vereinbar ist. Bevor die SJH-Krankenhäuser irgendwelche Inkassobemühungen an den Patienten richten, bemühen sie sich in angemessener Weise darum, festzustellen, ob für die von den SJH-Krankenhäusern erbrachten Leistungen eine Deckung durch Dritte ganz oder teilweise besteht oder nicht. Nicht versicherte Patienten können einen Preisnachlass für Nichtversicherte erhalten. Zu den anspruchsberechtigten finanziellen Unterstützungssalden gehören unter anderem: Selbstzahlung, Gebühren für Patienten mit Deckung durch ein Unternehmen ohne Vertragsbeziehung, Mitversicherung, Selbstbehalt und Zuzahlungsbeträge im Zusammenhang mit versicherten Patienten. Selbstbehalts- und Mitversicherungsbeträge, die als Medicare-Forderungsausfall geltend gemacht werden, werden von der Meldung der wohlthätigen Betreuung ausgeschlossen.

Patienten, die finanzielle Unterstützung beantragen, müssen den Standardantrag auf finanzielle Unterstützung von SJH ausfüllen, und die Anspruchsberechtigung richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt bestehenden finanziellen Bedarf. Es werden angemessene Anstrengungen unternommen, um die Patienten über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung zu informieren, und zwar durch Informationen bei der Aufnahme und Entlassung, auf der Rechnung des Patienten, in den für den Patienten zugänglichen Rechnungsbereichen, auf der Website des SJH-Krankenhauses, durch mündliche Benachrichtigung bei Zahlungsgesprächen sowie durch Beschilderung in stationären und ambulanten Bereichen, einschließlich der Bereiche, in denen Patienten aufgenommen oder registriert werden, sowie in der Notaufnahme. Die Aufbewahrung der zur Feststellung der Anspruchsberechtigung verwendeten Informationen durch SJH erfolgt im Einklang mit ihren Aufbewahrungsrichtlinien.

Beantragung von finanzieller Unterstützung: Patienten oder Bürgen können eine finanzielle Unterstützung beantragen und einen entsprechenden Antrag dazu einreichen, der kostenlos und bei der SJH-Direktion erhältlich ist, oder auf folgende Weise: durch Benachrichtigung der Mitarbeiter der Finanzdienststelle für Patienten zum oder vor dem Zeitpunkt der Entlassung, dass eine finanzielle Unterstützung beantragt wird, und zwar unter Vorlage der entsprechenden Unterlagen; per Post oder unter <https://www.providence.org/obp/covenant>, wo der ordnungsgemäß ausgefüllte Antrag mit den entsprechenden Unterlagen heruntergeladen und eingereicht werden kann. Personen, die eine finanzielle Unterstützung beantragen, werden einer Voruntersuchung unterzogen, bei der unter anderem geprüft wird, ob der Patient bereits alle Zahlungsquellen Dritter ausgeschöpft hat oder nicht für diese in Frage kommt und ob er eventuell die Kriterien für wohlthätige Betreuung erfüllt.

Alle SJH-Krankenhäuser stellen benanntes Personal zur Verfügung, das den Patienten beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung behilflich ist und feststellt, ob sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung von SJH oder gegebenenfalls auf finanzielle Unterstützung durch staatlich finanzierte Versicherungsprogramme haben. Dolmetscherdienste stehen zur Verfügung, um Fragen oder Bedenken zu klären und beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung zu helfen.

Patienten oder Bürgen, die für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, können SJH jederzeit ausreichende Unterlagen zum Nachweis der Anspruchsberechtigung vorlegen, wenn sie erfahren, dass ihr Einkommen unter der bundesstaatlichen Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL) gemäß den einschlägigen bundesstaatlichen und staatlichen Vorschriften liegt. SJH wird alle Inkassotätigkeiten aussetzen, bis eine erste Entscheidung über den Anspruch auf finanzielle Unterstützung getroffen wurde, vorausgesetzt, der Patient oder sein Bürge ist bei den angemessenen Bemühungen von SJH um eine erste Entscheidung kooperativ.

SJH erkennt an, dass eine Entscheidung über die Berechtigung zur Gewährung von finanzieller Unterstützung oder Ermäßigung jederzeit getroffen werden kann, wenn bekannt wird, dass das Einkommen einer Partei weniger als 300% der bundesstaatlichen Armutsgrenze beträgt, bereinigt um die Familiengröße. Darüber hinaus kann SJH sich dafür entscheiden, finanzielle Unterstützung ausschließlich auf der Grundlage einer ersten Feststellung des Status eines Patienten als bedürftige Person zu gewähren. In solchen Fällen kann auf die Vorlage von Unterlagen verzichtet werden.

Individuelle finanzielle Lage: Bei der Beurteilung der individuellen finanziellen Lage des Patienten werden sein Einkommen, bestimmte Vermögenswerte und seine Ausgaben herangezogen. SJH wird die von den Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) für die Medicare-Kostenberichterstattung geforderten Informationen über Vermögenswerte berücksichtigen und erheben. Zu den Vermögenswerten, die bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung berücksichtigt werden, gehören nicht: (A) bei einer Einzelperson die ersten 100.000 USD des Geldvermögens eines Patienten und 50% des Geldvermögens eines Patienten über die ersten 100.000 USD hinaus; (B) bei einer Familie mit zwei oder mehr Personen die ersten 100.000 USD des Geldvermögens der Familie und 50% des Geldvermögens der Familie über die ersten 100.000 USD hinaus; (C) Kapitalbeteiligungen an einem Hauptwohnsitz; (D) nach dem Internal Revenue Code qualifizierte Altersversorgungs- oder Entgeltumwandlungspläne oder nicht qualifizierte Entgeltumwandlungspläne; (E) ein Kraftfahrzeug und ein zweites Kraftfahrzeug, wenn es für die Beschäftigung oder für medizinische Zwecke erforderlich ist; (F) vorausbezahlte Bestattungsverträge oder Grabstätten; und (G) Lebensversicherungspolizen mit einem Nennwert von 10.000 USD oder weniger. Der Wert eines Vermögenswerts, der mit einer Vorfälligkeitsentschädigung belegt ist, ist der Wert des Vermögenswerts nach Zahlung der Entschädigung. Auskunftersuchen von SJH an die Verantwortlichen zur Überprüfung von Vermögenswerten beschränken sich auf das, was vernünftigerweise notwendig und leicht verfügbar ist, um das Vorhandensein, die Verfügbarkeit und den Wert des Vermögens einer Person festzustellen, und werden nicht dazu verwendet, von der Beantragung kostenloser oder ermäßigter Leistungen abzuschrecken. Es werden keine doppelten Nachweise verlangt. Zum Nachweis des Geldvermögens ist nur ein aktueller Kontoauszug erforderlich. Liegen keine Nachweise vor, stützt sich SJH auf eine schriftliche und unterzeichnete Erklärung der Verantwortlichen. Jegliche Informationen über das Vermögen, die das Krankenhaus bei der Beurteilung eines Patienten im Hinblick auf die Gewährung von Wohltätigkeitsleistungen erhält, werden nicht für Inkassotätigkeiten verwendet.

Einkommensqualifikationen: Zur Bestimmung des Anspruchs auf kostenlose oder ermäßigte

Versorgung können Einkommenskriterien herangezogen werden, die auf der FPL basieren. Einzelheiten finden Sie in Anhang B.

Festlegungen und Genehmigungen: Die Patienten erhalten innerhalb von 30 Tagen nach Einreichung des ausgefüllten Antrags auf finanzielle Unterstützung und der erforderlichen Unterlagen eine Benachrichtigung über die Feststellung der FAP-Berechtigung. Bei Feststellung der Nichtberechtigung wird der Grund für die Ablehnung erläutert. Sobald ein Antrag eingegangen ist, werden die Inkassobemühungen ausgesetzt, bis dem Patienten eine schriftliche Entscheidung über die Anspruchsberechtigung zugestellt wird. SJH wird keine Entscheidung über die Anspruchsberechtigung auf der Grundlage von Informationen treffen, von denen das Krankenhaus vernünftigerweise annimmt, dass sie falsch oder unzuverlässig sind.

Beilegung von Streitigkeiten: Der Patient kann innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des Ablehnungsbescheids Einspruch gegen die Feststellung der Nichtberechtigung für die finanzielle Unterstützung einlegen, indem er SJH die entsprechenden zusätzlichen Unterlagen vorlegt. Der Patient muss unter Umständen weitere relevante Unterlagen zur Unterstützung seines Einspruchs vorlegen. SJH wird alle Inkassotätigkeiten aussetzen, bis der Einspruch geprüft ist. Alle Einsprüche werden geprüft, und wenn die Prüfung die Ablehnung bestätigt, werden der Bürge und das staatliche Gesundheitsministerium (State Department of Health) schriftlich benachrichtigt, sofern dies erforderlich ist und die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden. Das endgültige Berufungsverfahren wird innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Ablehnung bei SJH abgeschlossen. Eine Beschwerde kann an das PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395 gesendet werden.

Präsumtive wohlthätige Betreuung: SJH kann einem Patienten auch auf andere Weise als durch einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung einen Ausgleich seines Kontostandes aus Wohltätigkeitsgründen genehmigen. Solche Feststellungen werden auf einer präsumtiven Basis unter Verwendung eines branchenweit anerkannten finanziellen Bewertungsinstruments getroffen, das die Zahlungsfähigkeit auf der Grundlage öffentlich zugänglicher finanzieller oder anderer Unterlagen bewertet, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Haushaltseinkommen, Haushaltsgröße sowie Kredit- und Zahlungsverhalten.

Andere besondere Umstände: Patienten, die für FPL-qualifizierte Programme wie Medicaid und andere staatlich geförderte Hilfsprogramme für Geringverdiener in Frage kommen, haben möglicherweise ebenfalls Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Die Guthaben auf den Patientenkonten, die sich aus Gebühren ergeben, die von Medicaid oder anderen staatlich geförderten Hilfsprogrammen für Geringverdiener nicht erstattet werden, können ganz oder teilweise abgeschrieben werden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf nicht erstattungsfähige Gebühren für medizinisch notwendige Leistungen im Zusammenhang mit den folgenden Punkten:

- Nicht genehmigte stationäre Aufenthalte
- Nicht genehmigte stationäre Pflegetage
- Nicht abgedeckte Dienstleistungen

- Ablehnungen von Anträgen auf Vorabgenehmigung
- Ablehnungen wegen eingeschränktem Versicherungsschutz

Katastrophale medizinische Ausgaben: SJH kann nach eigenem Ermessen im Falle katastrophaler medizinischer Kosten wohlthätige Betreuung gewähren. Diese Patienten werden auf individueller Basis behandelt.

Notzeiten: Finanzielle Unterstützung kann nach dem Ermessen von SJH in Zeiten eines nationalen oder staatlichen Notstands gewährt werden, unabhängig von der Unterstützung bei katastrophalen Ausgaben.

Begrenzung der Gebühren für alle Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben: Patienten, die für eine der oben genannten Kategorien der Unterstützung in Frage kommen, müssen nicht mehr als den unten definierten Prozentsatz der allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB) der Bruttokosten selbst tragen.

Angemessener Zahlungsplan: Wenn einem Patienten eine teilweise finanzielle Unterstützung bewilligt wurde, aber noch ein Restbetrag zu zahlen ist, wird SJH einen Zahlungsplan aushandeln. Der angemessene Zahlungsplan umfasst monatliche Zahlungen (ohne Zinsen oder Verzugsgebühren), die nicht mehr als 10 Prozent des monatlichen Einkommens des Patienten oder seiner Familie betragen, ohne Abzüge für lebensnotwendige Ausgaben, die der Patient in seinem Antrag auf finanzielle Unterstützung angegeben hat.

Fakturierung und Inkasso: Etwaige unbezahlte Salden, die von Patienten oder Bürgen nach Anwendung etwaiger Rabatte geschuldet werden, können an Inkassounternehmen verwiesen werden. Die Einziehungsbemühungen für unbezahlte Salden werden bis zur endgültigen Feststellung der FAP-Berechtigung eingestellt. SJH führt keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen durch und erlaubt auch nicht, dass Inkassobüros diese durchführen. Informationen über die Abrechnungs- und Inkassopraktiken von SJH für Beträge, die von Patienten geschuldet werden, finden Sie in der Richtlinie des SJH-Krankenhauses, die kostenlos bei der Registrierungsstelle jedes SJH-Krankenhauses erhältlich ist, oder unter: www.stjhs.org oder <https://www.providence.org/obp/covenant> .

Erstattungen für Patienten: Wenn ein Patient oder Bürge eine Zahlung für Dienstleistungen geleistet hat und später festgestellt wird, dass er Anspruch auf kostenlose oder ermäßigte Versorgung hat, werden alle Zahlungen, die für diese Dienstleistungen während des FAP-berechtigten Zeitraums geleistet wurden und die Zahlungsverpflichtung übersteigen, gemäß den staatlichen Vorschriften zurückerstattet.

Jährliche Überprüfung: Diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (wohlthätige Betreuung) von SJH wird jährlich von der zuständigen Leitung Umsatzzyklus überprüft.

AUSNAHMEN:

Siehe Geltungsbereich oben.

DEFINITIONEN:

Für die Zwecke dieser Richtlinie gelten die folgenden Definitionen und Anforderungen:

1. Bundesstaatliche Armutsgrenze (FPL): FPL bezeichnet die Armutsrichtlinien, die vom Ministerium für Gesundheitspflege und Soziale Dienste der Vereinigten Staaten (United States Department of Health and Human Services) regelmäßig im Bundesregister (Federal Register) aktualisiert werden.
2. Allgemein in Rechnung gestellte Beträge (AGB): Als AGB im Sinne dieser Richtlinie gelten die Beträge, die in der Regel für die Notfall- und andere medizinisch notwendige Versorgung von krankenversicherten Patienten in Rechnung gestellt werden. SJH Covenant Health verwendet zur Ermittlung der AGB die Rückblicksmethode. Die von SJH Covenant Health verwendete rückblickende AGB wird ermittelt, und zwar durch Multiplikation der Bruttokosten des Krankenhauses für Notfälle oder medizinisch notwendige Behandlungen mit einem festen Prozentsatz, der auf den von Medicare oder kommerziellen Kostenträgern genehmigten Ansprüchen basiert. Informationsblätter, in denen die von SJH Covenant Health verwendeten AGB-Prozentsätze und deren Berechnung im Einzelnen aufgeführt sind, können auf der folgenden Webseite abgerufen werden: <https://www.providence.org/obp/covenant> Sie können auch telefonisch unter 1-866-747-2455 eine Kopie anfordern.
3. Außerordentliche Inkassoaktion (ECA): ECA sind Maßnahmen, die ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, bei denen eine Schuld an eine andere Partei verkauft wird oder nachteilige Informationen an Kreditagenturen oder -büros gemeldet werden. Zu den Aktionen, die zu diesem Zweck ein gesetzliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, gehören ein Pfandrecht, die Zwangsvollstreckung von Immobilien, die Pfändung oder Beschlagnahme eines Bankkontos oder anderer persönlicher Gegenstände, die Einleitung eines Zivilverfahrens gegen eine Person, Aktionen, die zur Verhaftung einer Person führen, Aktionen, die zur Pfändung des Körpers einer Person führen, und Lohnpfändung.

REFERENZEN:

<i>Internal Revenue Code Abschnitt 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Gesetz über medizinische Notfallbehandlung und Arbeit (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 und 413.89</i>
<i>Wohltätigkeitsrichtlinien der Amerikanischen Krankenhausvereinigungen</i>
<i>Richtlinien für das Engagement von Providence St. Joseph Health für Nichtversicherte</i>
<i>Tex. Gesundheits- und Sicherheitsgesetzbuch Ann. §§ 324.101(a), 311.031 (11), (13)</i>
<i>Handbuch zur Kostenerstattung für Leistungserbringer, Teil I, Kapitel 3, Abschnitt 312</i>

Anhang A – Liste der betroffenen Einrichtungen

St. Joseph Health Krankenhäuser in Texas	
Covenant Medizinisches Zentrum	Covenant-Krankenhaus Plainview
Covenant Kinderkrankenhaus	Chirurgisches Krankenhaus Grace
Covenant-Krankenhaus Levelland	Grace-Klinik in Lubbock
Covenant Fachkrankenhaus	

Der Klarheit halber: Diese Richtlinie gilt auch für alle stationären und ambulanten Abteilungen und Kliniken der betroffenen Einrichtungen. Darüber hinaus gilt diese Richtlinie für die Mitarbeiter der betroffenen Einrichtungen sowie für alle gemeinnützigen oder nicht gewinnorientierten Unternehmen, die sich mehrheitlich im Besitz oder unter der Kontrolle von St. Joseph Health befinden und den Namen St. Joseph Health tragen, sowie für deren jeweilige Mitarbeiter.

Anhang B –

Einkommensvoraussetzungen für St. Joseph Health Krankenhäuser in Texas: Covenant Medizinisches Zentrum, Covenant Kinderkrankenhaus, Covenant-Krankenhaus Levelland, Covenant Fachkrankenhaus, Covenant-Krankenhaus Plainview

Wenn...	Dann ...
Liegt das jährliche Bruttoeinkommen bei 175% oder weniger der aktuellen FPL-Richtlinien,	wird der Patient als finanziell bedürftig eingestuft und hat Anspruch auf eine 100%ige Abschreibung der finanziellen Unterstützung.
Liegt das jährliche Bruttoeinkommen zwischen 176% und 200% der aktuellen FPL-Richtlinien,	wird der Patient als finanziell bedürftig eingestuft und hat Anspruch auf einen Rabatt von 87% der ursprünglichen Gebühren auf die vom Patienten zu tragenden Beträge. richtet sich der Abschlag von 87% nach den AGB der Krankenhäuser und wird jährlich entsprechend der Aktualisierung der AGB angepasst.
Liegt das jährliche Bruttoeinkommen zwischen 201% und 300% der aktuellen FPL-Richtlinien,	hat der Patient Anspruch auf einen Rabatt von 87% der ursprünglichen Gebühren auf die vom Patienten zu tragenden Beträge. Richtet sich der Abschlag von 87% nach den AGB der Krankenhäuser und wird jährlich entsprechend der Aktualisierung der AGB angepasst.
Geht der Patient eine finanzielle Verpflichtung von mehr als 75.000,00 US-Dollar ein,	wird dies aufgrund der hohen medizinischen Kosten als „katastrophales medizinisches Ereignis“ betrachtet. Die Geschäftsleitung kann auf der Grundlage der Höhe der Haftpflicht des Patienten, der in Rechnung gestellten Kosten, des Einkommens und des Vermögens bestimmen, ob der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, und kann nach eigenem Ermessen finanzielle Unterstützung ohne alle Informationen oder Unterlagen gewähren. Unter solchen Umständen darf die Haftpflicht des Patienten die AGB nicht übersteigen.

Einkommensvoraussetzungen für St. Joseph Health Krankenhäuser in Texas: Chirurgisches Krankenhaus Grace, Grace-Klinik in Lubbock

Wenn...	Dann ...
Liegt das jährliche Bruttoeinkommen bei 175% oder weniger der aktuellen FPL-Richtlinien,	wird der Patient als finanziell bedürftig eingestuft und hat Anspruch auf eine 100%ige Abschreibung der finanziellen Unterstützung.
Liegt das jährliche Bruttoeinkommen zwischen 176% und 200% der aktuellen	wird der Patient als finanziell bedürftig eingestuft und hat Anspruch auf einen Rabatt von 75% der ursprünglichen Gebühren auf die vom Patienten zu tragenden Beträge.

<p>FPL-Richtlinien,</p>	<p>richtet sich der Abschlag von 75% nach den AGB der Krankenhäuser und wird jährlich entsprechend der Aktualisierung der AGB angepasst.</p>
<p>Liegt das jährliche Bruttoeinkommen zwischen 201% und 300% der aktuellen FPL-Richtlinien,</p>	<p>hat der Patient Anspruch auf einen Rabatt von 75% der ursprünglichen Gebühren auf die vom Patienten zu tragenden Beträge. Richtet sich der Abschlag von 75% nach den AGB der Krankenhäuser und wird jährlich entsprechend der Aktualisierung der AGB angepasst.</p>
<p>Geht der Patient eine finanzielle Verpflichtung von mehr als 75.000,00 US-Dollar ein,</p>	<p>wird dies aufgrund der hohen medizinischen Kosten als „katastrophales medizinisches Ereignis“ betrachtet. Die Geschäftsleitung kann auf der Grundlage der Höhe der Haftpflicht des Patienten, der in Rechnung gestellten Kosten, des Einkommens und des Vermögens bestimmen, ob der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, und kann nach eigenem Ermessen finanzielle Unterstützung ohne alle Informationen oder Unterlagen gewähren. Unter solchen Umständen darf die Haftpflicht des Patienten die AGB nicht übersteigen.</p>