

Betreff: Providence Financial Unterstützungsrichtlinie (Wohltätigkeitspflege) - Alaska	Nummer der Richtlinie: PSJH RCM 002 AK	
Abteilung: Revenue Cycle Management (Umsatzzyklusmanagement)	<input checked="" type="checkbox"/> Überarbeitet <input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Überprüft	Datum: 01.01.2025
Exekutiver Sponsor: SVP Chief Revenue Cycle Officer (SVP Verantwortlicher für den Umsatzzyklus)	Zuständiger für die Richtlinie: AVP Finanzberatung	
Genehmigt durch: SVP Chief Revenue Cycle Officer (SVP Verantwortlicher für den Umsatzzyklus)	Datum der Umsetzung: 27.01.2025	

Providence ist eine katholische, gemeinnützige Gesundheitsorganisation, die sich ihrem Auftrag verschrieben hat, allen Menschen zu dienen, insbesondere den Armen und Schwachen. Providence ist der Ansicht, dass jeder Mensch das Recht auf medizinische Behandlung hat. Providence stellt sicher, dass jeder in der Gemeinde Zugang zu Notfällen und medizinisch notwendigen Gesundheitsdiensten hat, auch wenn er sich die Kosten nicht leisten kann.

GELTUNGSBEREICH:

Diese Richtlinie gilt für alle Providence-Krankenhäuser ("Providence") im Bundesstaat Alaska. Sie deckt alle Notfall- und Dringlichkeitsleistungen sowie andere medizinisch notwendige Leistungen ab (mit Ausnahme von experimentellen, untersuchenden, ästhetischen oder kosmetischen Leistungen oder Leistungen, die der Bequemlichkeit des Patienten oder des Arztes dienen) (wie in der Definition der "erstattungsfähigen Leistungen" festgelegt). Eine Liste der Providence-Krankenhäuser, die von dieser Richtlinie abgedeckt werden, finden Sie in Anlage A. Wenn wir in dieser Richtlinie das Wort "Krankenhaus" oder "Einrichtung" verwenden, beziehen wir uns auf den Umfang der in Anhang A beschriebenen Einrichtungen.

Diese Richtlinie ist in Übereinstimmung mit Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code von 1986 in seiner geänderten Fassung auszulegen. Sollten diese Politik und das Gesetz jemals in Konflikt geraten, wird das Gesetz befolgt.

ZWECK:

Mit dieser Politik soll sichergestellt werden, dass es eine einheitliche, gerechte und nicht diskriminierende Methode für die Gewährung von finanzieller Unterstützung (auch als "Wohltätigkeitspflege" bezeichnet) für berechtigte Personen gibt, die es sich nicht leisten können, ganz oder teilweise für die von Providence-Einrichtungen erbrachten berechtigten Dienstleistungen zu zahlen.

Mit dieser Politik sollen alle geltenden Gesetze eingehalten werden. Dies ist die offizielle Finanzhilferichtlinie (Wohltätigkeitspflege) (FAP) und die Notfallversorgungsrichtlinie für jedes Providence-Krankenhaus in Alaska.

VERANTWORTLICHE:

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

RICHTLINIE:

Wenn ein Patient die in dieser Politik dargelegten Anforderungen erfüllt und einen Antrag einreicht oder als präsumtiv für Wohltätigkeitspflege in Frage kommt, bietet Providence qualifizierten Patienten die Leistungen kostenlos oder zu einem reduzierten Preis an. Die Patienten müssen die in dieser Richtlinie beschriebenen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme erfüllen. Für die Zwecke dieser Politik bezieht sich der Begriff



“Patient” sowohl auf den Patienten als auch auf alle Personen, die als Bürgen oder verantwortliche Partei fungieren (d. h. eine Person, die im Namen des Patienten für die Zahlung von Einrichtungsgebühren verantwortlich ist, die nicht von einer dritten Partei bezahlt werden).

Die Notaufnahmen des Providence Hospitals stellen die Versorgung von medizinischen Notfällen (im Sinne des Gesetzes über medizinische Notfallbehandlung und -arbeit) im Rahmen der verfügbaren Kapazitäten der Notaufnahme sicher, unabhängig davon, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. Providence diskriminiert nicht aufgrund von Alter, Rasse, Hautfarbe, Glauben, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, nationaler Herkunft, Familienstand, Geschlecht, Behinderung, Veteranen- oder Militärstatus oder einer Kombination davon oder einer anderen Grundlage, die durch Bundes-, Landes- oder lokale Gesetze verboten sind, wenn finanzielle Unterstützungsentscheidungen getroffen werden. Diskriminierung aufgrund des Geschlechts umfasst unter anderem Geschlechtsmerkmale, einschließlich intersexueller Merkmale, Schwangerschaft oder damit zusammenhängende Bedingungen, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und Geschlechtsstereotypen.

Die Notaufnahmen des Providence-Krankenhauses werden medizinische Notfalluntersuchungen und stabilisierende Behandlungen durchführen oder gegebenenfalls eine Person in ein anderes Krankenhaus überweisen. Providence erlaubt keine Handlungen, Zulassungspraktiken oder Politiken, die Personen davon abhalten, eine medizinische Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen, wie z. B. die Genehmigung von Inkassotätigkeiten, die Bereitstellung einer medizinischen Notfallversorgung beeinträchtigen.

Liste der Berufsangehörigen, die der FAP von Providence unterliegen: Jede Providence-Einrichtung verfügt über eine Liste mit den Ärzten, medizinischen Gruppen oder anderen Gesundheitsdienstleistern, die unter diese Politik fallen bzw. nicht fallen. Alle Providence-Krankenhäuser stellen diese Liste allen Patienten zur Verfügung, die eine Kopie anfordern. Die Liste der Anbieter ist auch online auf der Providence-Website zu finden: <https://www.providence.org/billing-support/help-paying-your-bill>.

Voraussetzungen für die Gewährung von finanzieller Unterstützung: Finanzielle Unterstützung können sowohl nicht versicherte als auch versicherte Patienten erhalten, wenn sie die Anforderungen dieser Politik erfüllen. Wohltätigkeitspflege, die im Einklang mit dieser Politik gewährt wird, soll auch mit anderen Gesetzen über zulässige Leistungen an Patienten übereinstimmen. Providence wird sich bemühen zu prüfen, ob es eine andere Versicherung gibt, die Kosten für die erstattungsfähigen Leistungen übernehmen könnte, bevor sie dem Patienten in Rechnung gestellt wird. Von den Patienten wird nicht verlangt, dass sie sich für medizinische Hilfsprogramme Dritter bewerben, bevor sie auf finanzielle Unterstützung geprüft werden. Patienten, die nicht versichert sind, erhalten eine Ermäßigung. Zu den Arten von Rechnungen, die für eine Anpassung der finanziellen Unterstützung in Frage kommen, gehören unter anderem Selbstzahlung, Gebühren für Patienten, die außerhalb des Netzes versichert sind, sowie Mitversicherungs-, Selbstbeteiligungs- und Zuzahlungsbeträge für versicherte Patienten.

Patienten, die um finanzielle Unterstützung bitten, können den Standardantrag für finanzielle Unterstützung von Providence ausfüllen, und die Berechtigung wird zu diesem Zeitpunkt anhand der finanziellen Bedürftigkeit geprüft. Die Patienten werden mündlich bei Zahlungsgesprächen, auf der Providence-Website, auf der Patientenabrechnung, in für Patienten zugänglichen Abrechnungsbereichen (z. B. Anmeldeschalter), bei der Aufnahme und Entlassung und auf Schildern in stationären und ambulanten Bereichen, einschließlich der Bereiche, in denen Patienten aufgenommen oder registriert werden, sowie in der Notaufnahme, informiert, um die Patienten umfassend über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung zu informieren. Providence führt Aufzeichnungen über die Informationen, die zur Feststellung der Förderungswürdigkeit verwendet werden. Providence stellt dem Patienten auf Anfrage eine Papierversion dieser Politik zur Verfügung.

Wenn Patienten die weiter unten in dieser Politik beschriebenen Voraussetzungen erfüllen (siehe “Finanzielle Unterstützung ohne Antrag auf finanzielle Unterstützung”), genehmigt Providence einigen Patienten auch eine wohltätige Anpassung ihres Kontosaldos durch eine andere Methode als einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung.

Beantragung von finanzieller Unterstützung: Patienten können einen Antrag auf finanzielle Unterstützung beantragen und einreichen, der kostenlos ist und in der Providence-Einrichtung erhältlich ist, oder auf folgende Weise: durch Mitteilung an die Mitarbeiter des Finanzdienstes für Patienten bei oder vor der Entlassung, dass Unterstützung gewünscht wird, per Post oder durch einen Besuch auf www.providence.org/financialhelp. Der



Antrag einer Person auf finanzielle Unterstützung wird geprüft, um festzustellen, ob sie die in dieser Politik festgelegten Kriterien für finanzielle Unterstützung erfüllt.

In den Einrichtungen von Providence stehen Mitarbeiter bereit, die den Patienten beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung helfen und prüfen, ob der Patient für eine finanzielle Unterstützung durch Providence selbst oder durch staatliche Versicherungsprogramme in Frage kommt. Es wird auch Hilfe bei der Übersetzung angeboten, um Fragen zu beantworten und beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung zu helfen.

Ein Patient kann jederzeit einen ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung mit allen erforderlichen Unterlagen einreichen. Providence wird alle Inkassotätigkeiten aussetzen, bis eine erste Entscheidung über den Anspruch auf finanzielle Unterstützung getroffen wurde, vorausgesetzt, der Patient ist bei den angemessenen Bemühungen von Providence, eine erste Entscheidung zu treffen, kooperativ.

Eine Feststellung der Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung kann anhand der in Anlage B aufgeführten Einkommensqualifikationen getroffen werden.

Individual Financial Situation (Individuelle finanzielle Lage): Das Einkommen, bestimmte

Vermögenswerte und Ausgaben eines Patienten werden bei der Beurteilung der individuellen finanziellen Situation des Patienten verwendet. Darüber hinaus wird Providence die von den Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) für die Medicare-Kostenberichterstattung geforderten Informationen zu Vermögenswerten berücksichtigen und erheben, was für Medicare-Patienten gilt, die nicht auch über eine Medicaid-Versicherung verfügen. Obwohl Providence von diesen Personen Informationen über ihr Vermögen einholt – dazu können auch Kontoauszüge und andere Daten gehören, die Finanzberater von Providence für notwendig erachten – werden nicht alle diese Vermögenswerte bei der Ermittlung des Gesamtbetrags der Zuwendung berücksichtigt. So wird beispielsweise bei der Berechnung der Prämie nicht berücksichtigt: (A) die ersten 100.000 \$ des Geldvermögens eines Patienten (einschließlich des Vermögens seiner Familie, falls zutreffend) und 50 % des Geldvermögens eines Patienten über die ersten 100.000 \$ hinaus (einschließlich des Vermögens seiner Familie, falls zutreffend); (B) jegliches Eigenkapital an einem Hauptwohnsitz; (C) Altersvorsorge- oder aufgeschobene Vergütungspläne, die nach dem Internal Revenue Code (US-Steuergesetz) qualifiziert sind, oder nicht qualifizierte aufgeschobene Vergütungspläne; (D) ein Kraftfahrzeug und ein zweites Kraftfahrzeug, wenn es für die Beschäftigung oder für medizinische Zwecke erforderlich ist; (E) Ein im Voraus bezahlter Bestattungsvertrag oder eine Grabstätte; Und (F) eine Lebensversicherungspolitik mit einem Nennwert von 10.000 US-Dollar oder weniger. Der Wert eines Vermögenswerts, der mit einer Vorfälligkeitsentschädigung belegt ist, ist der Wert des Vermögenswerts nach Zahlung der Entschädigung. Auskunftsersuchen von Providence an den/die Verantwortliche(n) 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 ermäßiger Leistungen abzuschrecken. Es werden keine doppelten Nachweise verlangt. Zum Nachweis des Geldvermögens ist nur ein aktueller Kontoauszug erforderlich.

Einkommensqualifikationen: Das Einkommen des Patienten, basierend auf der FPL, kann zur Bestimmung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung herangezogen werden. Einzelheiten finden Sie in Anhang B.

Feststellung der Förderungswürdigkeit: 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. Die Mitteilung enthält insbesondere eine Erläuterung der Grundlage für die Feststellung. Sobald ein Antrag eingegangen ist, werden die Inkassobemühungen ausgesetzt, bis dem Patienten eine schriftliche Entscheidung über die Anspruchsberechtigung zugestellt wird. Providence 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: Patienten, die einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausgefüllt haben, können gegen die Feststellung der Nichtzulässigkeit für finanzielle Unterstützung Berufung einlegen, indem sie Providence innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Ablehnungsmitteilung entsprechende zusätzliche Unterlagen vorlegen. Der Patient muss unter Umständen weitere relevante Unterlagen zur Unterstützung seines Einspruchs vorlegen. Providence 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 507861884.11



nach Eingang der Ablehnung bei Providence abgeschlossen. Eine Beschwerde kann an das Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 United States of America.

Finanzielle Unterstützung ohne Antrag auf finanzielle Unterstützung: Providence kann einen Patienten für eine Wohltätigkeitsanpassung seines Kontostands ohne einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung genehmigen, wie in den folgenden Umständen beschrieben:

- **Mutmaßliche Bestimmungen:** Solche Feststellungen werden auf mutmaßlicher Basis unter Verwendung eines von der Industrie anerkannten Finanzbewertungsinstruments getroffen, das die Zahlungsfähigkeit auf der Grundlage öffentlich zugänglicher finanzieller oder anderer Aufzeichnungen bewertet, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die ungefähre Haushaltseinkommen und Haushaltsgröße gemäß den in Anhang B festgelegten Zulassungskriterien. Für Patienten, bei denen aufgrund dieses Screenings vermutlich festgestellt wird, dass sie für Abschreibungen in Frage kommen, werden die förderfähigen Beträge wie in Anlage B gezeigt abgeschrieben. Patienten, die die Zahlung geleistet haben, bevor Providence festgestellt hat, dass der Patient vermutlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, müssen möglicherweise einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen, um auf die Erstattung von zuvor gezahlten Beträgen geprüft zu werden.
- **Öffentliche Hilfsprogramme:** Patienten, die an staatlichen Medicaid-Programmen teilnehmen, haben Anspruch auf mutmaßliche Unterstützung. Patientenkontoguthaben, die sich aus Gebühren für berechtigte Dienstleistungen ergeben, die von Medicaid oder anderen staatlich geförderten Programmen zur Unterstützung von niedrigem Einkommen nicht erstattungsfähig sind, können für eine vollständige Abschreibung für wohltätige Zwecke in Frage kommen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf nicht erstattungsfähige Gebühren für berechtigte Dienstleistungen, die sich auf Folgendes beziehen:
 - Nicht genehmigte stationäre Aufenthalte
 - Nicht genehmigte stationäre Pflegetage
 - Nicht abgedeckte Dienstleistungen
 - Ablehnungen von Anträgen auf Vorabgenehmigung
 - Ablehnungen wegen eingeschränktem Versicherungsschutz

Für Patienten, die an staatlich finanzierten FPL-qualifizierten öffentlichen Hilfsprogrammen teilnehmen (z. B. Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP); Alaska Temporary Assistance Program (ATAP); Children's Health Insurance Program (CHIP oder Denali KidCare); Women's, Infants and Children Program (WIC); kostenlose Mittags- oder Frühstücksprogramme; und energiegünstige Hilfsprogramme für zu Hause), kann Providence eine solche Teilnahme als Nachweis des FPL oder des jährlichen Familieneinkommens betrachten, um die Berechtigung für mutmaßliche Unterstützung gemäß Anlage B zu bestimmen.

Katastrophale medizinische Ausgaben: Providence wird nach eigenem Ermessen finanzielle Unterstützung gewähren, um zusätzliche Unterstützung auf der Grundlage der Umstände des Patienten oder im Falle einer qualifizierten katastrophalen medizinischen Kosten zu gewähren, wenn das jährliche Familieneinkommen eines Patienten und die gesamten medizinischen Kosten in Providence-Einrichtungen in den letzten 12 Monaten die in Anlage B festgelegten Anforderungen erfüllen. Ein vollständiger Antrag auf finanzielle Unterstützung ist erforderlich, um die Berechtigung für katastrophale medizinische Kosten zu prüfen.

Notzeiten: Finanzielle Unterstützung kann in Zeiten eines nationalen oder staatlichen Notstands gewährt werden, unabhängig von der Unterstützung bei katastrophalen Ausgaben. Die Berechtigungskriterien und Rabattbeträge werden zum Zeitpunkt eines solchen Notfalls nach Ermessen von Providence festgelegt. Ein vollständiger Antrag auf finanzielle Unterstützung ist erforderlich, um zu prüfen, ob ein Anspruch auf finanzielle Unterstützung in Notfällen besteht..

Teilnahmebedingungen: Providence kann den Antrag eines Patienten auf finanzielle Unterstützung ablehnen, wenn der Patient oder eine andere verantwortliche Partei die in dieser Politik dargelegten Anforderungen nicht erfüllt. Providence kann in Einklang mit dem staatlichen Recht Anspruchsvoraussetzungen für Finanzhilfebestimmungen ohne einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Anforderungen, dass Patienten auf Anfragen reagieren, die für ihren primären Versicherer erforderlich sind, um über einen Erstattungsanspruch zu entscheiden, und dass sie Informationen über eine potenzielle Haftung Dritter für die Kosten der Dienstleistungen bereitstellen. Wenn ein Patient auf der Grundlage von



Informationen, die ohne einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung berücksichtigt werden, nicht die Voraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung erfüllt, kann der Patient dennoch die erforderlichen Informationen gemäß dem Antrag auf finanzielle Unterstützung vorlegen und im Rahmen des in dieser Politik dargelegten Verfahrens für die Gewährung und Beantragung von finanzieller Unterstützung berücksichtigt werden.

Begrenzung der Gebühren für alle Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben:

Keinem Patienten, der für eine der oben genannten Kategorien von finanzieller Unterstützung in Frage kommt, wird mehr als der Prozentsatz der allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB) der Bruttokosten für förderfähige Dienstleistungen, wie unten definiert, berechnet.

Angemessener Zahlungsplan: Alle Patienten können einen Zahlungsplan beantragen, unabhängig davon, ob eine finanzielle Unterstützung festgestellt oder beantragt wurde. Der Zahlungsplan sieht monatliche Zahlungen (ohne Zinsen oder Verzugsgebühren) vor, die nicht mehr als 10 % des monatlichen Einkommens des Patienten oder seiner Familie betragen, abzüglich der üblichen Lebenshaltungskosten des Patienten, die im Antrag auf finanzielle Unterstützung aufgeführt sind.

Fakturierung und Inkasso: Wenn nach der Beantragung einer berechtigten finanziellen Unterstützung noch Beträge zu zahlen sind, können die Beträge an Sammlungen verwiesen werden, mit der Ausnahme, dass Providence keine Beträge für förderfähige Dienstleistungen, die Medicaid-Patienten zur Verfügung gestellt werden, an Sammlungen verweist. Bevor eine unbezahlte Gebühr für Sammlungen an eine Inkassoagentur überwiesen wird, wird Providence ein Screening vor der Sammlung durchführen, um festzustellen, ob der Patient für eine mutmaßliche Unterstützung in Frage kommt, wie in dieser Richtlinie beschrieben. Die Inkassobemühungen für unbezahlte Salden werden bis zur endgültigen Feststellung der Berechtigung zur finanziellen Unterstützung eingestellt. Für den Fall, dass eine Person noch keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung eingereicht hat, wird Providence diese Personen in einem Zeitrahmen auf die Berechtigung für mutmaßliche Feststellungen prüfen, der mit dem geltenden staatlichen Recht und den Abrechnungs- und Inkassopraktiken von Providence übereinstimmt. Finanzielle Unterstützung auf der Grundlage mutmaßlicher Feststellungen wird gemäß Anhang B gewährt. Wenn eine Person eine frühere Feststellung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung wünschen möchte, kann sie jederzeit einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen. Providence wird keine außergewöhnlichen Inkassomaßnahmen durchführen – wie unten beschrieben – und auch keine Inkassobüros damit beauftragen. Informationen über die Abrechnungs- und Inkassopraktiken von Providence für Beträge, die von Patienten geschuldet werden, finden Sie in der Richtlinie des Providence-Krankenhauses, die kostenlos an der Registrierungsstelle jedes Providence-Krankenhauses erhältlich ist, oder unter: www.providence.org/billing-support/understand-bill.

Erstattungen für Patienten: Wenn ein Patient für förderfähige Dienstleistungen bezahlt und später aufgrund des Antrags auf finanzielle Unterstützung in Frage kommt, werden alle Zahlungen für diese berechtigten Dienstleistungen während des FAP-fähigen Zeitraums, die die Zahlungsverpflichtung überschreiten, gemäß den staatlichen und bundesstaatlichen Vorschriften zurückerstattet. Zur Verdeutlichung: Providence erstattet nicht automatisch Beträge, die zuvor auf der Grundlage einer vermuteten Berechtigung festgestellt wurden.

Jährliche Überprüfung: Diese Politik wird jährlich von der zuständigen Leitung für den Einnahmezyklus überprüft.

AUSNAHMEN:

Siehe Geltungsbereich oben.

DEFINITIONEN:

Für diese Politik 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. Providence bestimmt den anwendbaren AGB-Prozentsatz für jede Providence-Einrichtung, indem es die Bruttokosten der Einrichtung für die förderfähigen Dienstleistungen mit einem festen



Prozentsatz multipliziert, der auf den von Medicare oder kommerziellen Kostenträgern genehmigten Ansprüchen basiert. Informationsblätter, in denen die von den einzelnen Providence-Einrichtungen verwendeten AGB-Prozentsätze und deren Berechnung aufgeführt sind, können auf der folgenden Website abgerufen werden: www.providence.org/obp. Sie können auch telefonisch unter 1-866-747-2455 eine Kopie anfordern.

3. **Eligible Services:** Unter "berechtigten Leistungen" sind die von einer Einrichtung in Providence erbrachten Notfall- oder medizinisch notwendigen Leistungen zu verstehen, für die eine finanzielle Unterstützung in Frage kommt. Medizinisch notwendige Leistungen im Sinne dieser Politik sind Leistungen zur Vorbeugung, Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung, eines Zustands oder einer Krankheit oder der Symptome einer Krankheit, Verletzung, eines Zustands oder einer Krankheit, die den anerkannten Standards der Medizin entsprechen. Dienstleistungen, die ästhetisch, kosmetisch, experimentell, forschungswissenschaftlich oder Teil eines klinischen Forschungsprogramms sind, oder Dienstleistungen, die für die Bequemlichkeit von Patienten oder Ärzten sind, gelten nicht als medizinisch notwendige Dienstleistungen.
4. **Außerordentliche Inkassoaktion (ECA):** ECAs sind definiert als Maßnahmen, die ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren erfordern, den Verkauf einer Schuld an eine andere Partei oder die Meldung negativer Informationen an Kreditagenturen oder -büros beinhalten. 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.
5. **FAP-fähiger Zeitraum:** Der FAP-Berechtigungszeitraum beträgt (i) 240 Tage für Krankenhausleistungen und (ii) 90 Tage für Klinikleistungen. In jedem Fall muss der Patient einen Antrag auf finanzielle Unterstützung bei Providence einreichen. Die Frist beginnt mit dem Datum, an dem Patienten die erste Rechnung nach der Entlassung ausgehändigt wird. Eine Abrechnung gilt als "nach der Entlassung" erfolgt, wenn sie einem Patienten ausgehändigt wird, nachdem dieser ambulant oder stationär behandelt wurde und die Einrichtung verlassen hat. Mit jeder Versorgungsepisode beginnt ein separater FAP-Zeitraum, und der 240-Tage-Zeitraum für Krankenhausleistungen bzw. der 90-Tage-Zeitraum für Klinikleistungen wird ab der ersten Rechnung nach der Entlassung für die letzte Versorgungsepisode gemessen. Es liegt jedoch im Ermessen von Providence, jederzeit Anträge auf finanzielle Unterstützung von Patienten anzunehmen und zu bearbeiten.

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 für Nichtversicherte</i>
<i>Handbuch zur Kostenerstattung für Leistungserbringer, Teil I, Kapitel 3, Abschnitt 312</i>



Anhang A – Liste der betroffenen Einrichtungen

Providence-Krankenhäuser in Alaska	
Providence Alaska Medical Center	Providence Kodiak Island Medical Center
St. Elias Specialty Hospital	

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 Providence befinden und den Namen Providence tragen, sowie für deren jeweilige Mitarbeiter.



Anhang B – Einkommensqualifikationen für Providence-Krankenhäuser in Alaska

Wenn...	Dann ...
das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, bei oder unter 300% der aktuellen FPL-Richtlinien liegt,	Der Patient wird als finanziell bedürftig eingestuft und qualifiziert sich für eine finanzielle Unterstützung mit einer 100-prozentigen Abschreibung der vom Patienten zu tragenden Beträge für die in Frage kommenden Dienstleistungen.
Das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, liegt zwischen 301 % und 350 % der aktuellen FPL-Richtlinien,	Der Patient hat Anspruch auf eine Ermäßigung von 84 % der ursprünglichen Gebühren auf die vom Patienten zu tragenden Beträge für erstattungsfähige Leistungen, wobei in keinem Fall mehr als die AGB berechnet werden.
Das jährliche Familieneinkommen, bereinigt um die Familiengröße, beträgt bei oder unter 350 % der FPL <u>UND</u> der Patient hat in den letzten 12 Monaten die gesamten medizinischen Ausgaben in Providence-Krankenhäusern in Höhe von mehr als 20 % seiner jährlichen Familie entstanden Einkommen, angepasst an die Familiengröße, für berechtigte Dienstleistungen,	Der Patient hat Anspruch auf eine einmalige Bewilligung von Finanzhilfe für katastrophale Krankheitskosten mit einer 100-prozentigen Abschreibung der vom Patienten zu zahlenden Beträge für in Frage kommende Leistungen zum Zeitpunkt der Einreichung des Finanzhilfeantrags.
Wenn ein Patient keinen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie eingereicht hat, aber die Analyse durch ein von der Industrie anerkanntes Finanzbewertungstool ein ungefähres Haushaltseinkommen, angepasst an die Familiengröße, auf oder unter 300 % der aktuellen FPL-Richtlinien schätzt,	Der Patient hat Anspruch auf eine 100 % mutmaßliche Wohltätigkeitsabschreibung auf Patientenverantwortungsbeträge für berechtigte Dienstleistungen.