



Extraordinary care for every generation.

Richtlinientitel: Finanzhilfe-Richtlinie
Richtlinientyp: Rechte und organisatorische Ethik
Richtliniennummer: AP.130

Direktor für operative Leitung: Direktoren des Revenue Cycle
Richtlinienverantwortlicher: Direktor des Revenue Cycle

Zuletzt genehmigt: April 2025

FINANZHILFE-RICHTLINIE

Zielsetzung: Das Covenant Medical Center (Covenant) verpflichtet sich, Patienten finanzielle Unterstützung zu gewähren, die medizinische Versorgung benötigen, jedoch nicht oder nur unzureichend versichert sind, keinen Anspruch auf staatliche Programme haben und aufgrund ihrer finanziellen Situation nicht in der Lage sind, medizinische Leistungen zu bezahlen. Covenant möchte sicherstellen, dass die finanzielle Situation einer Person keinen Hinderungsgrund darstellt, notwendige medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen oder zu erhalten. Covenant stellt ohne Diskriminierung medizinische Notfallversorgung für alle Personen bereit, unabhängig von deren Zahlungsfähigkeit. Unter Anwendung dieser Finanzhilfe-Richtlinie und der darin festgelegten Anforderungen arbeitet Covenant mit Patienten zusammen, die nicht in der Lage sind, ihre Behandlungskosten zu bezahlen und keinen Anspruch auf externe finanzielle Unterstützung oder staatliche Gesundheitsprogramme haben.

Geltungsbereich: Alle Einrichtungen von Covenant. Zu den Einrichtungen gehören die Standorte Covenant Cooper, Harrison und Mackinaw, die Covenant Medical Group, die MedExpress-Büros sowie Mary Free Bed at Covenant. Siehe Anhang C für Informationen zu nicht angestellten Leistungserbringern.

Richtlinie: Finanzielle Unterstützung wird Patienten gewährt, die sich aufgrund ihrer Zahlungsunfähigkeit gemäß den U.S. Federal Poverty Guidelines qualifizieren und die in dieser Richtlinie festgelegten Kriterien erfüllen. Finanzielle Unterstützung gilt nicht als Ersatz für persönliche Verantwortung. Von Patienten, die finanzielle Unterstützung beantragen, wird erwartet, dass sie mit den Anforderungen von Covenant zur Erlangung dieser Unterstützung kooperieren. Zu diesen Handlungen gehören unter anderem das Ausfüllen von Anträgen für andere Versicherungsoptionen, das Ausfüllen des Antragsformulars für finanzielle Unterstützung sowie ein Beitrag zu den Behandlungskosten entsprechend der

eigenen finanziellen Leistungsfähigkeit. Diese Richtlinie dient dazu sicherzustellen, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung für alle bedürftigen Patienten gewährleistet ist.

Begriffsbestimmungen: **Familie:** Nach der Definition des U.S. Census Bureau handelt es sich um eine Gruppe von zwei oder mehr Personen, die zusammenleben und durch Geburt, Ehe oder Adoption miteinander verwandt sind. Gemäß den Vorschriften des Internal Revenue Service (IRS) kann eine Person, die der Patient in seiner Einkommensteuererklärung als unterhaltsberechtig angibt, im Rahmen der Finanzhilfe-Richtlinie ebenfalls als unterhaltsberechtig gelten.

Haushaltseinkommen: Das Haushaltseinkommen wird gemäß der Definition des U.S. Census Bureau ermittelt und umfasst die folgenden Einkommensquellen:

- Löhne und Gehälter, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (Schedule C, IRS-Formular 1040), Arbeitslosenunterstützung, Arbeiterunfallversicherung, Sozialversicherungsleistungen, Zusatzsicherungsleistungen (SSI), öffentliche Unterstützung, Veteranenzahlungen, Hinterbliebenenleistungen, Renten- oder Ruhestandseinkommen, Zinsen, Dividenden, Mieteinnahmen, Lizenzgebühren, Einkünfte aus Nachlässen oder Treuhandvermögen, Bildungsbeihilfen, Unterhaltszahlungen, Kindesunterhalt, Unterstützung von außerhalb des Haushalts sowie sonstige Einkommensquellen.
- Nichtgeldliche Leistungen (wie Lebensmittelmarken oder Wohnzuschüsse) werden nicht berücksichtigt.
- Die Berechnung erfolgt auf Bruttobasis (vor Steuern).
- Kapitalgewinne oder -verluste sind ausgeschlossen; und
- Wenn eine Person mit einer Familie zusammenlebt, wird das Einkommen aller Familienmitglieder, die in einem gemeinsamen Haushalt leben, berücksichtigt. Ein Untermieter oder Kostgänger wird nicht einbezogen.

Nichtversichert – Der Patient verfügt über keinerlei Versicherungsschutz oder Unterstützung durch Dritte zur Erfüllung seiner Zahlungspflichten.

Unterversichert – Der Patient verfügt über einen gewissen Versicherungsschutz oder Unterstützung durch Dritte, hat jedoch Eigenbeteiligungen, die seine finanziellen Möglichkeiten übersteigen.

Außerhalb des Netzwerks – Der vom Patienten gehaltene Versicherungsplan hat keinen Vertrag mit dem Covenant Medical Center, Inc. Patienten mit „Out of Network“-Versicherung sind berechtigt, einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen.

Patientenbeteiligung/Zuzahlung/Selbstbehalt – Diese stellen die finanziellen Verpflichtungen des Patienten dar, nachdem die Versicherung den Anspruch bearbeitet hat. Patienten mit diesen finanziellen Verpflichtungen sind berechtigt, im Rahmen dieser Richtlinie finanzielle Unterstützung zu beantragen.

Erschöpfte Leistungen – Patienten, deren Versicherungsleistungen ausgeschöpft sind, können gemäß den Richtlinien dieser Politik finanzielle Unterstützung beantragen.

Michigan Public Act 280 – Sozialhilfegesetz – Das Covenant Medical Center erkennt dieses Gesetz an und wird dessen Bestimmungen einhalten.

Medizinische Notfallzustände – Definiert im Sinne von Abschnitt 1867 des Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd).

Selbstzahler-Patient – Personen, die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, ohne über eine Krankenversicherung zu verfügen oder ohne dass eine dritte Partei die finanzielle Verantwortung für die Bezahlung der medizinischen Leistungen übernimmt. Alle echten Selbstzahler-Patienten haben Anspruch auf Selbstzahler-Rabatte gemäß den Parametern der Verwaltungsvorschrift Nr. 1.18.

Wahlleistungen – Geplante Aufnahmen, Operationen oder Eingriffe. Die Absage oder Verschiebung der geplanten Aufnahme, Operation oder des Eingriffs wäre nicht lebensbedrohlich.

Allgemein in Rechnung gestellter Betrag (AGB) – Der allgemein in Rechnung gestellte Betrag (AGB) für Notfall- und andere medizinisch notwendige Leistungen wird jährlich nach der vom Internal Revenue Service (IRS) genehmigten Rückblickmethode („look-back method“) berechnet.

- Der AGB wird berechnet, indem alle Forderungen aus dem vorangegangenen Geschäftsjahr berücksichtigt werden, die vollständig für medizinisch notwendige Behandlungen an die Krankenhauseinrichtung gezahlt wurden – sowohl von Medicare Fee-for-Service als auch von privaten Krankenversicherungen, die Ansprüche begleichen. Dies kann Mitversicherungsbeträge, Zuzahlungen und Selbstbehalte umfassen. Der AGB für Notfall- oder medizinisch notwendige Versorgung eines zur Finanzhilfe berechtigten Patienten wird bestimmt, indem die Bruttogebühren für diese Versorgung mit dem Prozentsatz der Bruttogebühren (dem sogenannten AGB-Prozentsatz) multipliziert werden. Der AGB-Prozentsatz wird mindestens einmal jährlich berechnet, indem die Summe der vollständig bezahlten und genehmigten Medicare- und privaten Versicherungsansprüche an die Krankenhauseinrichtung

durch die Summe der entsprechenden Bruttogebühren dieser Ansprüche geteilt wird. Der AGB für das zuletzt gültige Datum beträgt 30 %.

Einschränkungen:

Die finanzielle Unterstützung von Covenant umfasst nicht alle Kosten, die im Zusammenhang mit medizinischen Leistungen anfallen können. Nachfolgend sind Beispiele für Leistungen oder Dienstleistungen aufgeführt, die nicht Teil unseres Finanzhilfeprogramms sind:

- Transport und Unterkunft: Der Patient ist für die Kosten verantwortlich, die im Zusammenhang mit der An- und Abreise zu und von Covenant entstehen.
- Wahlärztliche Eingriffe, d. h. Eingriffe, die keine medizinischen Notfälle darstellen oder medizinisch nicht notwendig sind. Beispiel: Leistungen bei Autismus, kosmetische Behandlungen, Aquatherapie (dies ist keine abschließende Liste)
- Verpflegung (außer Mahlzeiten während eines Krankenhausaufenthalts).
- Medizinische Hilfsmittel (dauerhafte Gebrauchsgüter): Die Sozialdienste können begrenzt Gutscheine zur Verfügung stellen, um Kosten im Zusammenhang mit medizinischen Hilfsmitteln zu decken.
- Rezepte, die in einer externen Apotheke eingelöst werden.
- Häusliche Pflege oder Leistungen, die von einer nicht zu Covenant gehörenden Einrichtung erbracht werden, sind nicht durch diese Richtlinie abgedeckt. Nachsorge kann durch die Sozialdienste koordiniert werden, jedoch ist die Bewilligung finanzieller Unterstützung auf Leistungen beschränkt, die vor Ort erbracht und von einer Covenant-Einrichtung in Rechnung gestellt werden.

Verfahren: Finanzielle Unterstützung steht Personen zur Verfügung, die nicht oder nur unzureichend versichert sind und aufgrund ihrer finanziellen Situation ihre Behandlungskosten nicht tragen können. Siehe Anhang A für die gleitende Skala. Die finanzielle Unterstützung richtet sich nach der individuellen Situation jeder Person und berücksichtigt nicht Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung oder religiöse Zugehörigkeit. Leistungen, die unter diese Richtlinie fallen, werden dem Patienten auf Grundlage einer gleitenden Gebührenstaffelung angeboten, abhängig vom finanziellen Bedarf gemäß den zum Zeitpunkt der Anfrage oder Entscheidung geltenden bundesweiten Armutsrichtwerten (Federal Poverty Levels – FPL). Eine Überweisung von Patienten zur Beantragung finanzieller Unterstützung kann durch jedes Mitglied des Covenant-Personals oder medizinischen Personals erfolgen, einschließlich Ärzte, Pflegekräfte, Finanzberater, Registrierungsmitarbeiter, Sozialarbeiter oder Fallmanager. Ein Antrag auf finanzielle Unterstützung kann vom Patienten selbst, einem Familienmitglied, engen Freund oder Bekannten des Patienten gestellt

werden, vorbehaltlich der geltenden Datenschutzgesetze. Anträge können vor, während oder nach der Erbringung der medizinischen Leistung gestellt werden. Siehe Anhang B für die Standorte, an denen ein Antrag erhältlich ist.

Die finanzielle Unterstützung wird nach einer gleitenden Skalenmethode berechnet, die jährlich in der Covenant Central Business Office aktualisiert wird. Um berechtigt zu sein, muss der Patient Folgendes tun:

1. Eine Ablehnung von Medicaid aufgrund zu hohen Einkommens und/oder zu hoher Vermögenswerte erhalten, eine Ablehnung durch das Medicaid Medical Review Team, eine Ablehnung durch ein alternatives verknüpftes Programm oder nicht behindert sein und keine Ablehnung aufgrund der Nichtvollendung des Medicaid-Antragsprozesses erhalten haben. Ausnahmen hiervon können mit administrativer Genehmigung durch den Covenant-Direktor oder die Patientenverwaltung (bzw. im Fall der Covenant Visiting Nurse Association durch deren Direktor oder Beauftragten) zugelassen werden.
 - a. Wenn ein Patient über Medicaid-Versicherung verfügt und für nicht abgedeckte Leistungen (z. B. selbst verabreichte Medikamente, Geburtsvorbereitungskurse) verantwortlich ist, wird Covenant diese Kosten als berechtigt für eine Anpassung im Rahmen der finanziellen Unterstützung betrachten. Patienten, die für die Medicaid-Programme „PlanFirst“ oder „Spendown“ in Frage kommen, müssen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen, um eine Entscheidung treffen zu können.
 - b. Wenn der Patient gemäß dem Public Act 280, Abschnitt 400.105b, anspruchsberechtigt ist, wird die persönliche Zahlungspflicht des Patienten auf der Grundlage des Betrags berechnet, den Medicaid voraussichtlich für die Leistung gezahlt hätte.
2. Eine vollständig ausgefüllte Patientenfinanzierungsanwendung mit den erforderlichen Nachweisen einreichen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf, aktuelle Gehaltsabrechnungen der letzten drei Zahlungszeiträume, Kontoauszüge, Steuererklärung des Vorjahres, ein unterschriebenes Arbeitgeber-Schreiben sowie Sozialversicherungs- oder Invaliditätsnachweise), wie im Antrag oder in der internen Überprüfung angegeben.
3. Die finanzielle Unterstützung von Covenant HealthCare gilt für Patienten, die Staatsbürger der Vereinigten Staaten sind, über ein gültiges Arbeitsvisum verfügen oder den Status eines ständigen Wohnsitzes in den Vereinigten Staaten von Amerika besitzen.

4. Der Patient bzw. der Haushalt muss die Finanzhilfe-Richtlinien von Covenant erfüllen.
 - a. Sie müssen eine finanzielle Bedürftigkeit nachweisen, die auf einer individuellen Prüfung basiert und Folgendes umfassen kann:
 - i. Einen Antragsprozess. Der Patient oder dessen Bürge kann verpflichtet sein, persönliche, finanzielle und andere relevante Informationen mit den entsprechenden Nachweisen vorzulegen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf, aktuelle Gehaltsabrechnungen der letzten drei Zahlungszeiträume, Kontoauszüge, Steuererklärung des Vorjahres, ein unterschriebenes Arbeitgeber-Schreiben sowie Sozialversicherungs- oder Invaliditätsnachweise), wie im Antrag angegeben. Die Nichtvorlage angeforderter Unterlagen kann zur Ablehnung der finanziellen Unterstützung führen.
 - ii. Die Überprüfung öffentlich zugänglicher Daten, die Informationen über die Zahlungsfähigkeit des Patienten oder seines Bürgen liefern (z. B. Bonitätsbewertung oder Zahlungstendenzanalysen);
 - iii. Zumutbare Bemühungen von Covenant, andere Zahlungs- oder Deckungsquellen aus öffentlichen und privaten Zahlungsprogrammen zu finden. Es können zumutbare Anstrengungen unternommen werden, um Patienten bei der Antragstellung für diese Programme zu unterstützen. Covenant HealthCare unterstützt Patienten bei der Beantragung von Medicaid-Versicherungsschutz. Es wird erwartet, dass die Patienten bei der Antragstellung auf Versicherungsschutz mitwirken.
 - iv. Unter Berücksichtigung der verfügbaren Vermögenswerte des Patienten sowie aller weiteren dem Patienten zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen; und
 - v. Eine Überprüfung der unbezahlten Rechnungen des Patienten aus früheren Leistungen und seiner bisherigen Zahlungshistorie.
5. Außergewöhnliche medizinische Kosten oder tragische Ereignisse im Patientenfinanzprofil identifizieren.
 - a. Zur Gewährleistung einer diskriminierungsfreien Beurteilung berücksichtigt Covenant das Haushaltseinkommen.
 - b. Covenant HealthCare erkennt an, dass schwerwiegende gesundheitliche Ereignisse zu einer katastrophalen finanziellen Belastung für den Patienten und seine Familie führen können; daher behält sich Covenant HealthCare das Recht vor, solche Fälle

individuell zu prüfen. Eine katastrophale finanzielle Belastung liegt vor, wenn sie zu einer finanziellen Belastung von 25 % oder mehr des jährlichen Haushaltseinkommens führt. (Alle in der Abschnitt „Verfahren“ aufgeführten Anforderungen müssen vor der Entscheidung eingehalten werden.)

6. Der überweisende bzw. behandelnde Arzt muss feststellen, wann die Patientenleistungen medizinisch notwendig sind.
7. Eine „Presumptive Scoring“-Bewertung **kann** zur Bestimmung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung verwendet werden .

Sobald die oben genannten Anforderungen erfüllt sind, erfolgt Folgendes:

1. Eine endgültige Entscheidung wird innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen getroffen.
2. Die Entscheidung über die finanzielle Unterstützung ist sechs (6) Monate nach Genehmigung gültig und anwendbar.
3. Finanzielle Unterstützung wird auf Grundlage der bestmöglichen verfügbaren Informationen gewährt, nachdem alle Bemühungen, den Patienten zu kontaktieren und finanzielle Informationen zu erhalten, ausgeschöpft wurden. Die Entscheidung kann während des Inkassoprozesses getroffen werden, wenn zu diesem Zeitpunkt alle Bemühungen zur Informationsbeschaffung ausgeschöpft sind.
4. Es wird bevorzugt, jedoch nicht vorausgesetzt, dass ein Antrag auf finanzielle Unterstützung und die Feststellung der finanziellen Bedürftigkeit vor der Durchführung geplanter, nicht-notfallmäßiger medizinisch notwendiger Leistungen erfolgt. Der Bedarf an finanzieller Unterstützung kann zu einem späteren Zeitpunkt erneut überprüft werden, insbesondere wenn neue Informationen zur Berechtigung des Patienten bekannt werden.
5. Es liegt in der Verantwortung des zuständigen Programms bzw. der Abteilung, allen berechtigten Patienten sämtliche erforderlichen Informationen und Unterlagen zur finanziellen Unterstützung bereitzustellen. Der Beauftragte des Programms ist dafür verantwortlich, dass alle erforderlichen Kriterien erfüllt, die Unterstützung gewährt und die Anpassung ordnungsgemäß verarbeitet wird. Die Genehmigungsgrenzen für Anpassungen sind im Antragsformular für finanzielle Unterstützung angegeben. Alle Unterlagen im Zusammenhang mit der finanziellen Unterstützung werden vom Programmbeauftragten innerhalb des

jeweiligen Programms bzw. der Abteilung aufbewahrt. Eine Einstufung für finanzielle Unterstützung wird von der Central Business Office von Covenant empfohlen und von einem ordnungsgemäß bevollmächtigten Administrator genehmigt, der mit dem Director of Revenue Cycle abgestimmt ist.

6. Wenn ein Patient keine erhebliche Zahlung leisten oder sich nicht auf einen Zahlungsplan zur Begleichung seiner genehmigten ermäßigten Krankenhausrechnung festlegen kann, können alle wahlärztlichen und nicht dringenden Krankenhausverfahren sowie zugehörige Leistungen verschoben werden.
7. Die Fälschung von Informationen, falsche Angaben oder unvollständige Dokumentation durch den Patienten, den Bürgen oder die verantwortliche Person können zur Ablehnung der finanziellen Unterstützung führen.
8. Ungeachtet des Vorstehenden dürfen die berechneten Beträge für Notfall- und medizinisch notwendige Leistungen an Patienten, die im Rahmen dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, nicht höher sein als die Beträge, die im Allgemeinen Personen mit entsprechender Versicherung in Rechnung gestellt werden.

Gründe für eine Ablehnung:

Covenant kann einen Antrag auf finanzielle Unterstützung aus verschiedenen Gründen ablehnen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf:

1. Ausreichendes Einkommen.
2. Ausreichendes Vermögen.
3. Der Patient zeigt sich unkooperativ oder reagiert nicht auf Bemühungen zur Zusammenarbeit.
4. Unvollständiger Antrag auf finanzielle Unterstützung trotz zumutbarer Bemühungen zur Zusammenarbeit mit dem Patienten.
5. Ein anhängiger Versicherungs- oder Haftungsanspruch, der eine mögliche Zahlungsquelle darstellen könnte.
6. Zurückhalten von Versicherungsleistungen und/oder Vergleichszahlungen, einschließlich Zahlungen, die an den Patienten zur Deckung von durch Covenant erbrachten Leistungen geleistet wurden, sowie Schadensersatz- oder unfallbezogene Ansprüche.

Inkassorichtlinien:

Die Geschäftsleitung von Covenant verfügt über Richtlinien und Verfahren für das Inkassowesen, die Maßnahmen enthalten, die das Krankenhaus ergreifen kann, wenn der Patient nicht zahlt. Zu diesen Inkassomaßnahmen kann auch die Meldung an Auskunftsteile gehören. Diese Richtlinien berücksichtigen, inwieweit der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, seine gutgläubigen Bemühungen, sich für ein staatliches Programm oder finanzielle Unterstützung von Covenant zu bewerben, sowie seine Bemühungen, die vereinbarten Zahlungsbedingungen mit Covenant einzuhalten. Für Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben und in gutem Glauben an der Begleichung ihrer ermäßigten Krankenhausrechnungen mitwirken, kann Covenant verlängerte Zahlungspläne anbieten, unbezahlte Rechnungen nicht an externe Inkassobüros weiterleiten und sämtliche Inkassobemühungen einstellen.

Covenant wird keine außergewöhnlichen Inkassomaßnahmen wie Lohnpfändungen, Pfandrechte auf Hauptwohnsitze oder andere rechtliche Schritte gegen einen Patienten einleiten, ohne zuvor angemessene Bemühungen unternommen zu haben, festzustellen, ob der Patient gemäß dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung berechtigt ist. Angemessene Bemühungen umfassen:

1. Die Überprüfung des Betrags unbezahlter Rechnungen, die der Patient schuldet, sowie die Sicherstellung, dass alle Drittzahlungsquellen vom Krankenhaus identifiziert und in Rechnung gestellt wurden.
2. Der Versuch, dem Patienten die Möglichkeit zu bieten, gemäß den Richtlinien dieser Politik einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen. Wenn der Patient die Antragsanforderungen des Krankenhauses nicht erfüllt hat, werden diese Bemühungen dokumentiert.
3. Dem Patienten wird ein Zahlungsplan angeboten. Sollte der Patient die Bedingungen dieses Zahlungsplans nicht einhalten, wird dies dokumentiert.

Nichts in dieser Richtlinie hindert Covenant daran, Rückerstattungen von Drittzahlern, Haftungsvergleichen Dritter oder anderen rechtlich verantwortlichen Dritten zu verfolgen.

Covenant wird keine außergewöhnlichen Inkassomaßnahmen ergreifen, bevor nicht angemessene Bemühungen unternommen wurden, um festzustellen, ob der Patient gemäß dieser Richtlinie für finanzielle Unterstützung berechtigt ist. Reicht ein Patient während der Benachrichtigungsfrist (120 Tage nach der ersten Rechnung) keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung ein, kann Covenant Inkassomaßnahmen gegen den Patienten einleiten. Inkassomaßnahmen werden

gemäß den Verfahren in einer separaten Inkassorichtlinie (Covenant-Richtliniennummer PTAG025, Richtlinie für internes Inkasso und uneinbringliche Forderungen) durchgeführt, die kostenlos an allen in Anhang B aufgeführten Standorten von Covenant oder unter www.covenanthealthcare.com/main/financialassistance.aspx erhältlich ist.

Wenn eine Inkassostelle feststellt, dass ein Patient die Anspruchsvoraussetzungen für finanzielle Unterstützung gemäß Covenant erfüllt, kann das Patientenkonto bis zu 120 Tage nach der Überweisung an das Inkasso (insgesamt 240 Tage nach Zusendung der ersten Rechnung an den Patienten) für eine finanzielle Unterstützung berücksichtigt werden. Die Inkassotätigkeit für diese Konten wird ausgesetzt, und Covenant informiert den Patienten über die zusätzlichen Informationen oder Unterlagen, die erforderlich sind, um den Prozess der finanziellen Unterstützung abzuschließen. Wenn der gesamte Kontostand angepasst wird, wird das Konto an Covenant zurückgegeben. Wenn nur eine Teilanpassung erfolgt, der Patient nicht mit dem Prozess der finanziellen Unterstützung kooperiert oder nicht anspruchsberechtigt ist, wird die Inkassotätigkeit wieder aufgenommen.

Kommunikation der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung gegenüber Patienten und innerhalb der Gemeinschaft:

Covenant verpflichtet sich, anspruchsberechtigten Patienten, die nicht in der Lage sind, ihre medizinischen Leistungen zu bezahlen, finanzielle Unterstützung anzubieten. Das Covenant Medical Center und die Einrichtungen des Covenant HealthCare Systems werden diese Richtlinie an den jeweiligen Standorten und in den von uns versorgten Gemeinden bekannt machen. Informationen werden auch online unter www.covenanthealthcare.com bereitgestellt.

Unter anderem wird an den Hauptanmeldestellen des Krankenhauses eine zweisprachige, leicht verständliche Zusammenfassung ausgehängt, die Anweisungen enthält, wie eine gedruckte Version der Richtlinie sowie ein Antrag auf finanzielle Unterstützung erhältlich sind.

Zugehörige Einrichtungen werden eine leicht verständliche Zusammenfassung dieser Richtlinie auf ihrer Website veröffentlichen und eine vollständige Kopie der Richtlinie online bereitstellen, einschließlich der Möglichkeit, diese kostenlos herunterzuladen. Personen in den von Covenant versorgten Gemeinden können eine Kopie der Richtlinie an verschiedenen Standorten der Covenant-Partnerinstitutionen oder auf Anfrage erhalten. Covenant wird außerdem leicht verständliche Zusammenfassungen dieser Richtlinie in Patientenabrechnungen aufnehmen.

Gleichbehandlung und Chancengleichheit:

Covenant verpflichtet sich, die zahlreichen bundes- und landesrechtlichen Bestimmungen einzuhalten, die Diskriminierung aufgrund von Rasse, Geschlecht, Alter, Religion, nationaler Herkunft, Familienstand, sexueller Orientierung, Behinderung, Militärdienst oder anderer durch Bundes-, Landes- oder Kommunalrecht geschützter Merkmale untersagen.

Covenant wird uneinbringliche Forderungen, vertragliche Nachlässe, vermeintliche Unterzahlungen für Leistungen, öffentliche Programme, durch Spenden finanzierte Fälle, Rabatte aus beruflicher Höflichkeit, Gemeindedienste oder Beschäftigungsstatus nicht als Grundlage zur Bestimmung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung heranziehen.

Gesetzliche Anforderungen:

Bei der Umsetzung dieser Richtlinie haben die Geschäftsführung und die Einrichtungen von Covenant alle anderen bundes-, landes- und kommunalrechtlichen Gesetze, Vorschriften und Bestimmungen einzuhalten, die auf die im Rahmen dieser Richtlinie durchgeführten Tätigkeiten anwendbar sind.

Vertraulichkeit:

Das Personal von Covenant wahrt die Vertraulichkeit und die persönliche Würde jedes einzelnen Patienten. Covenant wird alle Anforderungen des HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) im Umgang mit persönlichen Gesundheitsdaten erfüllen.

Genehmigung und Überprüfung durch den Vorstand:

Diese Richtlinie wurde vom Vorstand (Board of Directors) des Covenant Medical Center, Inc. am 22. Juli 2013 verabschiedet und wird vom Vorstand jährlich überprüft.

Inkrafttretungsdatum: Juli 2013

Überprüfungsdatum: April 2026

Überarbeitet: April 2025

Geprüft und genehmigt durch:
Geschäftsleitung
Vorstand

Anhang A

Gleitende Skala 2024, gültig ab dem 1. Februar 2024

	100 %	75 %
Familiengröße	200 % der bundesstaatlichen Armutsrichtlinie oder weniger	201 % bis 300 % der bundesstaatlichen Armutsrichtlinie
1	30,120	45,180
2	40,880	61,320
3	51,640	77,460
4	62,400	93,600
5	73,160	109,740
6	83,920	125,880
7	94,680	142,020
8	105,440	158,160

Gleitende Skala 2025

	100 %	75 %
Familiengröße	200 % der bundesstaatlichen Armutsrichtlinie oder weniger	201 % bis 300 % der bundesstaatlichen Armutsrichtlinie
1	31,300	46,950
2	42,300	63,450
3	53,300	79,950
4	64,300	96,450
5	75,300	112,950
6	86,300	129,450
7	97,300	145,950
8	108,300	162,450
9	119,300	178,950
10	130,300	195,450

Für Familien/Haushalte mit mehr als 10 Personen sind für jede zusätzliche Person 5.500 \$ hinzuzurechnen.

Anhang B

Erhalt des Antrags auf finanzielle Unterstützung (FAP) und abgedeckte Leistungserbringer

Der FAP umfasst Krankenhausleistungen, die in den Einrichtungen von Covenant erbracht werden, sowie fachärztliche Leistungen, die von angestellten Ärzten von Covenant erbracht werden. Diese sind nachstehend aufgeführt.

Das FAP-Antragsformular ist unter www.covenanthealthcare.com/main/FinancialAssistance.aspx erhältlich.

Antragsformulare können außerdem an den folgenden Standorten bereitgestellt werden:

- **Covenant HealthCare**
1447 N. Harrison
Saginaw, MI 48602
- **Covenant HealthCare**
515 N. Michigan Ave.
Saginaw, MI 48602
- **Covenant HealthCare**
5400 Mackinaw
Saginaw, MI 48604
- **Covenant HealthCare**
700 Cooper Ave.

Saginaw, MI 48602

- **Arztpraxen/Kliniken der Covenant Medical Group (nachstehend aufgeführt)**

PRIMÄRVERSORGUNG

Bay Primary Care
Bridgeport Family Physicians
Colony Medical Group
CMG – Family Practice
CMG – West Branch
Covenant Primary Care – Birch Run
Covenant Primary Care – Freeland
Covenant Saginaw Family Physicians
Dawn R. Johnson, DO
Frankenmuth Family Care
Gratiot Family Practice
Gratiot Primary Care
Hemlock Family Medicine
Heritage Family Practice
Saginaw Bay Internal Medicine
Saginaw Township Family Physicians
Saginaw Valley Primary Care
Sebawing Primary Care
Silverwood Family Medicine

FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Covenant Cardiology
Covenant Center for Advanced Orthopedics
Covenant Digestive Care Center
Covenant Med-Express
Covenant Neurology
Covenant Neurosurgery
Covenant Oncology
Covenant Pediatric Neurology
Covenant Pediatric Surgery
Covenant Physical Medicine & Rehabilitation
Covenant Plastic Surgery
Covenant Pulmonary and Critical Care
Covenant Sports Medicine
Covenant Wound Healing Center
Covenant Professional Radiology Services

Diese Liste dient der Identifizierung der bei Covenant angestellten Leistungserbringer; die Zusammensetzung kann sich jedoch häufig ändern. Für weitere Informationen zu einem bestimmten Leistungserbringer können Sie anrufen unter: (989) 583-2959 oder (989) 583-6024. Unterstützung erhalten Sie außerdem in den Kassenbüros an den Standorten 1447 N. Harrison oder 700 Cooper.

Anhang C

Nicht angestellte Leistungserbringer

Nicht angestellte Leistungserbringer sind nicht durch die Anwendung der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (FAP) von Covenant HealthCare abgedeckt.

- Team Anästhesie
- Advanced Diagnostics
- Mackinaw Surgery Center
- CMU Ärzte
- Pädiatrie

Diese Liste kann sich ändern und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.