

Verwaltungstechnischer Leitfaden

RICHTLINIE ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG

Versicherungsnummer: 1.30

Seite 1 von 6

Zielsetzung: Covenant Medical Center (Covenant) hat es sich zur Aufgabe gemacht, Finanzhilfe für Patienten zu bieten, die Gesundheitsversorgung benötigen und nicht versichert sind, unterversichert sind, nicht zu staatlichen Programmen berechtigt sind und ansonsten nicht in der Lage sind, aufgrund ihrer finanziellen Situation für die medizinische Versorgung aufzukommen. Covenant möchte sicherstellen, dass die finanzielle Situation der Personen diese nicht davon abhält, die benötigte medizinische Versorgung zu suchen oder zu empfangen. Covenant bietet, ohne Diskriminierung, medizinische Versorgung und andere notwendige Versorgung für Personen, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit. Unter Nutzung dieser Finanzhilfenrichtlinie und von Anforderungen, wird Covenant mit Patienten zusammenarbeiten, die nicht in der Lage sind, für Leistungen zu zahlen und nicht zu externer finanzieller Unterstützung oder staatlichen Gesundheitsversorgungsprogrammen berechtigt sind.

Anwendungsbereich: Alle Covenant Einrichtungen und alle vollständig im Eigentum von Covenant bestehenden Einrichtungen.

Richtlinie: Finanzielle Unterstützung wird Patienten angeboten, die sich aufgrund mangelndem Zahlungsvermögens, in Übereinstimmung mit den U.S.-Bundesarmutsleitlinien, die in diesem Regelwerk beschriebenen Kriterien erfüllen. Finanzielle Unterstützung ist nicht als Ersatz für die persönliche Verantwortung anzusehen. Von Patienten, die Finanzhilfe ersuchen, wird erwartet, dass sie entsprechend den Anforderungen von Covenant kooperieren, um finanzielle Unterstützung zu erhalten. Zum Beispiel Dinge, wie das Ausfüllen von Anträgen für andere Versicherungsschutzoptionen, das Ausfüllen des Antragsformulars für Finanzhilfe und das Leisten von Kostenbeiträgen für ihre Behandlung auf der Grundlage ihrer Zahlungsfähigkeit. Diese Richtlinie dient der Absicherung gleicher medizinischer Versorgung für alle unsere Patienten, die dieser bedürfen.

Definitionen:

- Familie: Nach der Definition des Statistikamtes, eine Gruppe von zwei oder mehr Menschen, die zusammen leben und die durch Geburt, Heirat oder Adoption verwandt sind. Laut den Regeln der U.S. Finanzbehörde, wenn der Patient jemanden als Unterhaltsberechtigten auf der Einkommensteuererklärung aufführt, kann dieser möglicherweise, als ein Unterhaltsberechtigter für die Zwecke der finanziellen Unterstützungs-Richtlinie in Betracht gezogen werden.
- Haushaltseinkommen: Haushaltseinkommen ist bestimmt nach der Definition des Statistikamtes, welches die folgenden Einkommensquellen nutzt:
 - Einkommen/Löhne, Arbeitslosenversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung für Arbeitnehmer, Sozialversicherung, zusätzliche Sicherungsleistungen, öffentliche Hilfe, Zahlungen an Veteranen, Hinterbliebenenrenten, Ruhestandszahlungen, Rente oder Pensionsbezüge, Zinseinnahmen, Dividendenzahlungen, Mieteinnahmen, Lizenzgebühren, Einkommen aus Grundbesitz, Einnahmen aus Treuhandfonds, Ausbildungsunterstützung,

- Alimente, Kindesunterhalt, Unterstützung von außerhalb des Haushalts und diversen anderen Quellen;
 - Unbare Leistungen (wie Lebensmittelmarken und Wohnraumförderung) werden nicht erfasst;
 - Bestimmt auf einer Vor-Steuer Basis;
 - Ausgenommen sind Kapitalerträge oder Verluste; und
 - Wenn eine Person mit einer Familie lebt, umfasst das Einkommen der Familienmitglieder alle, die als Teil einer Familieneinheit zusammenleben. Ein Untermieter oder Kostgänger werden nicht eingeschlossen.
- Unversichert: Der Patient hat keinen Versicherungsschutz oder keine Unterstützung einer dritten Partei, welche mit der Erfüllung ihrer/seiner Zahlungsverpflichtungen Hilfe leistet.
 - Unterversichert: Der Patient hat ein gewisses Maß an Versicherungsschutz oder erhält Hilfe durch Dritte, hat aber noch Auslagen, die ihre/seine Zahlungsfähigkeit übersteigen.
 - Medizinische Notsituationen: Definiert im Sinne von Abschnitt 1867 des Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd).
 - Selbstzahlender Patient: Die Person erhält medizinische Dienstleistungen, aber empfängt kein Krankenversicherungsprogramm und hat keinen Drittzahler, um finanzielle Verantwortung für die Zahlung von medizinischen Dienstleistungen zu übernehmen.
 - Wahlleistungen: Geplante Aufnahmen, Operationen oder Eingriffe. Stornierung oder Verschiebung der geplanten Aufnahme, Operationen oder Eingriffe wäre nicht lebensbedrohlich.
 - Allgemein berechneter Betrag („AGB“, Amount Generally Billed): Der AGB für Notfälle und andere medizinisch notwendige Leistungen, wird jährlich kalkuliert, basierend auf einer Rückschau Methode („Look Back Method“), die von der U.S. Finanzbehörde anerkannt ist.
 - Der AGB wird berechnet, indem alle Forderungen aus der vorherigen 12-monatigen Periode, welche von der staatlichen Krankenversicherung (Medicare) per Entgelt für Dienstleistungen („fee-for-service“) vollständig an die Krankenhauseinrichtung für medizinisch notwendige Versorgung, mit allen gezahlten Ansprüchen privater Krankenversicherer zusammengefasst werden. Dies kann Mitversicherung, Kostenbeteiligungen und Selbstbeteiligungen einbeziehen. Der AGB für Notfälle oder medizinisch notwendige Versorgung der Person, die zu einer finanziellen Unterstützung berechtigt ist, wird bestimmt, indem die Bruttoaufwendungen für diese Versorgung mit dem Prozentsatz der Bruttoaufwendungen (AGB Prozentsatz genannt) multipliziert wird. Dieser AGB Prozentsatz wird mindestens einmal jährlich errechnet, indem man die Summe bestimmter an die Krankenhauseinrichtung bezahlter Forderungen durch die Summe der verbundenen Bruttoaufwendungen für diese Forderungen dividiert.

Einschränkungen: Die finanzielle Unterstützung von Covenant umfasst nicht alle Kosten, die im Zusammenhang mit medizinischen Dienstleistungen bestehen. Die folgenden Beispiele sind Posten oder Dienstleistungen, die nicht in unserem Finanzhilfeprogramm enthalten sind:

- Transport und Unterkunft: Der Patient ist zuständig für die Transportkosten zu und von Covenant.
- Optionale medizinische Eingriffe, z. B. Eingriffe, die keine medizinische Notfälle oder nicht medizinisch notwendig sind.
- Lebensmittel (ausgenommen Mahlzeiten während ihres Krankenhausaufenthaltes).
- Langlebige medizinische Ausrüstung: Soziale Dienste haben nur eine begrenzte Anzahl an Gutscheinen verfügbar, um dabei zu helfen, die Kosten langlebiger medizinischer Ausrüstung zu decken.
- Verschreibungen, die in einer Apotheke eingelöst werden, die nicht zu Covenant gehört.
- Häusliche Krankenpflege oder Dienstleistungen, die von Einrichtungen bereitgestellt werden, die nicht zu Covenant gehören werden von dieser Richtlinie nicht abgedeckt. Weiterführende Versorgung kann durch soziale Dienste koordiniert werden, aber die Genehmigung für finanzielle Unterstützung beschränkt sich auf Dienstleistungen vor Ort und wird von einer Covenant Einrichtung abgerechnet.

Prozess:

Finanzielle Unterstützung ist verfügbar für Menschen, die nicht versichert oder unterversichert sind und die für ihre Versorgung, basierend auf finanziellen Bedürftigkeit, nicht zahlen können (Details dazu, wie über finanzielle Bedürftigkeit entschieden wird, beinhaltet dieses Regelwerk). Die finanzielle Unterstützung beruht auf der Situation jeder Person und berücksichtigt nicht Alter, Geschlecht, Rasse, sozialen Status, Einwanderungsstatus, sexuelle Orientierung oder Religionszugehörigkeit. Förderfähige Dienstleistungen werden im Rahmen dieser Richtlinie dem Patienten anhand einer gleitenden Gebührensкала zur Verfügung gestellt, je nach finanzieller Bedürftigkeit, bestimmt nach der jeweils gültigen staatlichen Armutsgrenze (FPL). Eine Empfehlung für Patienten zur finanziellen Unterstützung kann von jedem Mitarbeiter von Covenant oder medizinischem Personal, einschließlich Ärzten, Krankenschwestern, Finanzberatern, Registraren, Sozialarbeitern oder Fall-Managern ausgesprochen werden. Einen Antrag für finanzielle Unterstützung kann der Patient oder ein Familienmitglied, enger Freund oder Partner des Patienten, vorbehaltlich der anwendbaren Datenschutzbestimmungen einreichen. Anträge können vor, während oder nachdem die medizinische Leistung erbracht wird, gestellt werden.

Finanzielle Unterstützung wird basierend einer Gleitskala Methode kalkuliert, die jährlich in der Covenant Hauptgeschäftsstelle aktualisiert wird. Um förderfähig zu sein, muss der Patient Folgendes tun:

- Eine Ablehnung des U.S.-Gesundheitsdienstes für Bedürftige (Medicaid) basierend auf zu hohem Einkommen erhalten, eine Ablehnung des medizinischen Überprüfungssteams von Medicaid erhalten, eine Ablehnung durch ein alternatives aktives verbundenes Programm erhalten und keine Ablehnung aufgrund von Nichtvollendung des Medicaid Antragsverfahrens durch den Patienten erhalten. Ausnahmen sind mit Verwaltungsgenehmigung des Covenant Direktor oder der Patientenverwaltung (oder im Falle der Covenant Visiting Nurse Association, durch deren Direktor oder Beauftragten) zulässig.
 - Wenn ein Patient Deckung durch Medicaid besitzt und verantwortlich für nicht gedeckte Leistungen ist, wird Covenant diese Kosten für eine Anpassung der finanziellen Unterstützung in Betracht ziehen.
- Sie erhalten dann einen fertiggestellten Antrag zur Patientenbeihilfe mit den erforderlichen Belegen oder es erfolgt eine interne Prüfung.

- Patient/Haushalt muss den Leitlinien zur finanziellen Unterstützung durch Covenant entsprechen.
 - Diese müssen der finanziellen Bedürftigkeitsanforderung entsprechen, die anhand einer individuellen Prüfung bestimmt wird und das Folgende umfassen kann:
 - Ein Antragsverfahren. Der Patient oder der Patienten-Sponsor kann aufgefordert werden, persönliche bzw. finanzielle und andere relevante Informationen mit Belegdokumenten bereitzustellen.
 - Die Überprüfung von allgemein verfügbaren Daten, welche Informationen über die Zahlungsfähigkeit eines Patienten oder Patienten-Sponsors bereitstellt (ähnlich der Kreditprüfung und der Bewertung der Zahlungstendenz);
 - Angemessene Anstrengungen von Covenant andere Quellen der Zahlung und Abdeckung aus öffentlichen und privaten Zahlungsprogrammen ausfindig zu machen. Angemessene Anstrengungen können erfolgen, um Patienten bei der Bewerbung dieser Programme zu helfen;
 - Einbeziehung der verfügbaren Vermögenswerte des Patienten und aller anderen finanziellen Mittel die dem Patienten zur Verfügung stehen; und
 - Eine Überprüfung der unbezahlten Rechnungen für vorherige Leistungen und die Zahlungshistorie des Patienten.
- Ermittlung von ausserordentlichen medizinischen Kosten oder tragischen Ereignissen anhand des finanziellen Profils des Patienten..
 - Für die Zwecke der nichtdiskriminierenden Bewertung, wird Covenant das Haushaltseinkommen berücksichtigen-
- Der überweisende/behandelnde Arzt muss bestimmen, wann Leistungen für Patienten medizinisch notwendig sind.

Sobald die obigen Anforderungen erfüllt werden, wird folgendes eintreten:

- Eine endgültige Entscheidung wird innerhalb von sieben (7) Kalendertagen beschlossen.
- Die Entscheidung über finanzielle Unterstützung ist gültig und anwendbar für drei (3) Monate nach Genehmigung.
- Finanzielle Unterstützung wird möglich auf Grundlage der besten verfügbaren Informationen, nachdem alle Bemühungen den Patienten zu kontaktieren, um finanzielle Informationen zu beschaffen, ausgeschöpft wurden. Die Entscheidung kann während des Beschaffungsprozesses erfolgen, wenn Bemühungen Informationen zu sammeln zu diesem Zeitpunkt erschöpft sind.
- Es wird bevorzugt, ist aber nicht erforderlich, dass ein Antrag auf finanzielle Unterstützung und eine Bewertung der finanzielle Bedürftigkeit vor jeder geplanten, routinemäßigen und medizinisch notwendigen Behandlung erfolgen. Die Bedürftigkeit finanzieller Unterstützung kann zu einem späteren Zeitpunkt erneut bewertet werden, oder wenn weitere Informationen bezüglich der Berechtigung des Patienten zur finanziellen Unterstützung bekannt werden.
- Es steht in der Verantwortung des/der beauftragten Programms/Verwaltung, alle notwendigen Informationen und Unterlagen zur finanziellen Unterstützung allen

berechtigten Patienten bereitzustellen. Der bevollmächtigte Sachbearbeiter ist dafür verantwortlich darauf zu achten, dass alle erforderlichen Kriterien erfüllt sind, die Bewilligung erteilt wird und die Anpassung bearbeitet wird. Die Stufen der Grenzbeträge der Anpassungsbewilligung und sind in den Anmeldeformularen zur finanziellen Unterstützung auf einem Arbeitsblatt gekennzeichnet. Alle Unterlagen, die die finanzielle Unterstützung betreffen, werden verwaltet von dem Programmbevollmächtigten innerhalb der Programm/Verwaltung. Eine Einstufung der finanziellen Unterstützung wird von Covenant's Manager der Hauptgeschäftsstelle empfohlen und von einem ordnungsgemäß autorisierten Verwaltungsmitarbeiter genehmigt, in Absprache mit dem Direktor für den Ertragszyklus.

- Wenn ein Patient keine substanzielle Zahlung leisten kann oder sich auf keinen Zahlungsplan zur Begleichung seiner vergünstigten Arztrechnung verpflichtet, werden alle wählbaren, nicht dringlichen Krankenhausbehandlungen und damit verbundene Dienstleistungen aufgeschoben.
- Fälschung von Informationen, Lügen, oder unvollständiges Dokumentieren des Patienten, des Patienten-Sponsors oder einer verantwortlichen Partei könnte zu einer Ablehnung der Finanzhilfe führen.
- Gleichwohl dem vorstehend Ausgeführten, werden die berechneten Beträge für Notfälle und notwendige medizinische Dienstleistungen für Patienten, die für finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie berechtigt sind, nicht über den allgemein abgerechneten Beträgen für Personen mit Versicherungsschutz für die gleiche Versorgung liegen.

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

- Ausreichendes Einkommen.
- Ausreichende Vermögenswerte.
- Der Patient ist unkooperativ oder reagiert nicht auf Anstrengungen zur Zusammenarbeit.
- Unvollständige Anträge zur finanziellen Unterstützung trotz angemessener Anstrengungen zur Zusammenarbeit mit dem Patienten.
- Ein(e) ausstehende(r) Versicherungszahlung oder Haftungsanspruch könnte eine Zahlungsquelle sein.
- Die Zurückbehaltung von Versicherungszahlungen und/oder Abwicklungsgeldern von Versicherungen, einschließlich Versicherungszahlungen an den Patienten zur Deckung der Leistungen von Covenant und Ansprüchen aus Personenschäden und/oder Unfällen.

Inkassorichtlinien: Das Covenant-Management hat Richtlinien und Verfahren für Inkassomaßnahmen. Diese enthalten Maßnahmen, dass das Krankenhaus durchführen darf, wenn der Patient nicht bezahlt. Diese Inkassomaßnahmen beinhalten die potenzielle Berichterstattung an Rating-Agenturen. Diese Richtlinien berücksichtigen, inwieweit die Patienten Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, in guten Glaubens bemüht sind, ein staatliches Programm oder finanzielle Unterstützung von Covenant zu beantragen und ihre Anstrengungen, um seine oder ihre Zahlungsvereinbarungen mit Covenant einzuhalten. Für Patienten, die sich für die finanzielle Unterstützung qualifizieren und die in gutem

Glauben zur Begleichung ihrer vergünstigten Krankenhausrechnungen kooperieren, kann Covenant längere Zahlungspläne anbieten, keine unbezahlten Rechnungen an externe Inkassobüros versenden und alle Inkassoaktivitäten einstellen.

Covenant wird gegenüber jedem Patienten keinerlei außergewöhnliche Inkassomaßnahmen, wie Lohnpfändungen, Pfandrechte auf den primären Wohnsitz oder andere rechtliche Maßnahmen auferlegen, ohne zunächst angemessene Anstrengungen gemacht zu haben, um festzustellen, ob dieser Patient zu finanzieller Unterstützung im Rahmen dieser Finanzhilfe berechtigt ist. Angemessene Anstrengungen beinhalten:

- Validierung des Betrages von unbezahlten Rechnungen, die der Patient schuldet und die Identifizierung aller Zahlungsquellen von und Rechnungstellung an Dritte(r) durch das Krankenhaus;
- Ein Versuch, dem Patienten die Möglichkeit anzubieten, sich für finanzielle Unterstützung unter Anwendung der Leitlinien dieses Regelwerkes zu bewerben. Wenn der Patient nicht die Antragsvoraussetzungen des Krankenhauses erfüllt, werden diese Anstrengungen dokumentiert;
- Das Angebot eines Zahlungsplans gegenüber dem Patienten. Wenn jedoch der Patient die Bedingungen des Plans nicht einhält, wird das dokumentiert.

Nichts in diese Richtlinie wird Covenant daran hindern, eine Erstattung von Drittzahlern, Schadensregulierungen aus Haftpflicht oder von rechtlich verantwortlichen Dritten zu verfolgen.

Covenant wird keine außergewöhnlichen Inkassomaßnahmen betreiben, bevor es eine angemessene Anstrengung unternimmt, um zu bestimmen, ob ein Patient zu finanzieller Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie berechtigt ist. Wenn ein Patient versäumt einen Antrag auf finanzielle Unterstützung während der Mitteilungsfrist (120 Tage nach der ersten Abrechnung) einzureichen, kann Covenant Inkassotätigkeit gegen den Patienten betreiben. Inkassotätigkeit wird dann unter Anwendung einer separaten Inkassorichtlinie betrieben (Covenant Nummer PTAG025, Richtlinie für In-House Inkasso und Abtretung von Forderungsausfall), welche auf Verlangen bei Covenant kostenlos erhältlich sind.

Wenn ein Inkassobüro einen Patienten als die Kriterien für die finanzielle Unterstützungsberechtigung von Covenant erfüllend ansieht, kann das Patientenkonto bis zu 120 Tage nachdem das Konto für Inkassomaßnahmen weitergeleitet wurde (insgesamt 240 Tage nach Zustellung der ersten Abrechnung an den Patienten) für finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen werden. Inkassotätigkeit wird auf diesen Konten ausgesetzt und Covenant wird dem Patienten eine Benachrichtigung mit den zusätzlichen Informationen oder erforderlichen Unterlagen zustellen, um den finanziellen Unterstützungsprozess zu fertigzustellen. Wenn die gesamte Kontostand angepasst ist, gelangt das Konto wieder zu Covenant. Wenn eine teilweise Anpassung erfolgt, der Patient nicht beim finanziellen Unterstützungsprozess kooperiert oder der Patient nicht zu finanzieller Unterstützung berechtigt ist, wird die Inkassotätigkeit wieder aufgenommen.

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

Covenant fühlt sich dazu verpflichtet, berechtigten Patienten finanzielle Unterstützung anzubieten, die nicht in der Lage sind, ihre medizinischen Dienstleistungen zu bezahlen. Standorte des Covenant Medical Center und Covenant HealthCare System werden diese

Richtlinie in den Gegenden und in den Gemeinden bekannt machen, in denen wir tätig sind. Informationen sind auch im Internet unter www.covenanthealthcare.com erhältlich.

Unter anderem wird eine zweisprachige Zusammenfassung in vereinfachter Formulierung an Hauptregistrierungspunkten zum Krankenhaus aufgestellt, welche Anweisungen dazu beinhalten werden, wie man eine gedruckte Version der Richtlinie und einen Antrag zur finanziellen Unterstützung erhält. Verbundene Standorte werden eine Zusammenfassung dieser Richtlinie in vereinfachter Formulierung auf ihre Website stellen und eine Kopie dieser Richtlinie verfügbar machen, indem sie diese auf ihrer Website, einschließlich des kostenlosen Herunterladens der Richtlinie, bereitstellen.

Personen in der Gemeinde werden in der Lage sein, eine Kopie der Richtlinie an allen mit Covenant verbundenen Stellen und Standorten oder auf Anfrage zu erhalten. Covenant wird auch Zusammenfassungen dieser Richtlinie in vereinfachter Formulierung in Patientenerklärungen einfügen.

Chancengleichheit:

Covenant fühlt sich verpflichtet, die unterschiedlichen Bundesgesetze und bundesstaatlichen Gesetze aufrechtzuerhalten, die die Diskriminierung aufgrund von Rasse, Geschlecht, Alter, Religion, nationaler Herkunft, Familienstand, sexueller Orientierung, Behinderungen, Militärdienst, oder jeder anderen Klassifizierung, die von Bundesgesetzen, bundesstaatlichen oder örtlichen Gesetzen geschützt ist, verhindert.

Covenant berücksichtigt nicht: Forderungsausfälle, vertragliche Zulagen, wahrgenommene Unterbezahlung für Operationen, öffentliche Programme, Fälle die durch Spendenbeiträge bezahlt werden, berufsübliche Gefälligkeitsrabatte, gemeinnützige Arbeit oder Outreach-Programme oder Beschäftigungsstatus als Mittel der Bestimmung finanzieller Unterstützung.

Regulatorische Anforderungen:

Bei der Umsetzung dieser Richtlinie entsprechen das Covenant Management und die Covenant Einrichtungen allen anderen Bundesgesetzen, bundesstaatlichen und lokalen Gesetzen, Regeln und Vorschriften, die für Tätigkeiten gemäß dieser Richtlinie gültig sein könnten.

Vertraulichkeit:

Covenant Mitarbeiter wahren die Vertraulichkeit und individuelle Menschenwürde jedes Patienten. Covenant wird alle HIPAA Anforderungen für den Umgang mit persönlichen Informationen erfüllen.

Genehmigung und Überprüfung durch den Vorstand:

Diese Richtlinie wurde von den Vorstandsmitgliedern der Covenant Medical Center, Inc. angenommen (am 22. Juli 2013) und wird jährlich von den Vorstandsmitgliedern überprüft.

Verbundene Richtlinien/Verfahren: Richtlinie zur Verringerung der Patientengebühren

Datum des Inkrafttretens: 01/07/01, 03/2004, 01/2007, 12/2008, 04/2009, 09/2012, 07/2013, 08/2014, 08/2015

Überarbeitungsdatum: 01/2016

Genehmigung:

Edward Bruff - Executive Vice President/COO

August, 2015
Datum