

 CHESAPEAKE REGIONAL HEALTHCARE	Ausgestellt von: Patient Financial Services	Richtlinie Nr.: 400.11
	Vorbereitet von: Revenue Cycle Lenkungsausschuss	Datum des Inkrafttretens: 1. März 2020
Abteilung Patient Financial Services	Genehmigt von: Steve McDonell	Datum der Überprüfung 30. Juni 2022
		Änderungsdatum: 30. Juni 2022
Thema: Richtlinie zur Finanzhilfe (FAP)		Seite 1 von 14

RICHTLINIE ZUR FINANZHILFE

Zweck:

Es gehört zu den Grundsätzen des Chesapeake Regional Medical Center (CRMC), allen Patienten in jeder CRMC-Krankenhauseinrichtung (wie unten definiert) Notfallbehandlungen und andere medizinisch notwendige Leistungen unabhängig von der Zahlungsfähigkeit des Patienten anzubieten.

In Übereinstimmung mit dem Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act von 1986 („EMTALA“) und den EMTALA-Bestimmungen bieten die CRMC Krankenhäuser ohne Diskriminierung medizinische Notfallbehandlungen an, unabhängig davon, ob der Patient Anspruch auf Finanzhilfe hat oder zahlungsfähig ist. Patienten, die eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen möchten, werden vor der Behandlung nicht auf ihre finanziellen Möglichkeiten geprüft. Darüber hinaus wird das CRMC Krankenhaus keine Maßnahmen ergreifen, die Einzelpersonen davon abhalten, eine medizinische Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen (wie z. B. Zahlungen von Patienten in der Notaufnahme zu verlangen, bevor sie eine medizinische Notfallbehandlung erhalten). CRMC verzichtet zudem auf Inkassotätigkeiten in der Notaufnahme oder in anderen Bereichen, in denen derartige Aktivitäten die Bereitstellung einer Notfallversorgung auf nicht diskriminierender Basis beeinträchtigen würden.

Diese Richtlinie steht im Einklang mit den Werten des CRMC: patientenzentrierte Pflege, Respekt und Mitgefühl, Qualität und Service, Verbesserung der Gesundheit der Allgemeinheit und finanzielle Verantwortung in Übereinstimmung mit staatlichen und bundesstaatlichen Gesetzen. CRMC bietet eine medizinische Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Leistungen (wie unten definiert) ohne Diskriminierung für Einzelpersonen an, und das ganz unabhängig davon, ob diese Person zahlungsfähig ist oder Anspruch auf Finanzhilfe hat. Bei der Beurteilung, ob ein Patient bedürftig oder mittellos ist, berücksichtigt CRMC viele Faktoren wie z. B. das Einkommen des Patienten, sein Vermögen, seine monatlichen Ausgaben und seine Verbindlichkeiten. Alle nicht versicherten Patienten erhalten automatisch einen Rabatt in Höhe von 40 %. Der Rabatt kann durch die Wohltätigkeitskomponente der Richtlinie zur Finanzhilfe ersetzt werden, wenn diese einen höheren Betrag ausmacht.

Der Zweck dieser Richtlinie ist es:

Die Kriterien für den Erhalt von Finanzhilfe (wie unten definiert) festzulegen;

die Umstände und Kriterien zu beschreiben, unter denen jede Krankenhauseinrichtung von CRMC berechtigten Patienten, die nicht versichert, unterversichert oder anderweitig nicht in der Lage sind, für solche Leistungen zu zahlen, kostenlose oder ermäßigte Leistungen (wie unten definiert) anbietet, die Grundlage und die Berechnungsmethoden für die Berechnung von ermäßigten Beträgen für solche Patienten darzulegen und die Maßnahmen anzugeben, die CRMC ergreifen wird, um diese Richtlinie in den Gemeinden, die von einem CRMC Krankenhaus versorgt werden, weithin bekannt zu machen.

Das CRMC Krankenhaus wird angemessene Anstrengungen unternehmen, um sicherzustellen, dass Informationen über unser Programm zur Finanzhilfe (Financial Assistance Program, FAP) klar kommuniziert und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Der Antrag auf Finanzhilfe, die Zusammenfassung in einfacher Sprache, die Richtlinie zur Finanzhilfe (Richtlinie), die Richtlinie zur Rechnungsstellung und zum Inkasso sowie die Richtlinie zu Rabatten für Nichtversicherte können auf www.chesapeakeregional.com eingesehen oder heruntergeladen werden. Auf Anfrage teilt CRMC den Kunden auch die Adresse unserer Website für Finanzhilfe mit. Einzelpersonen können sich auch an die Patientenmeldung, an Finanzberater oder das Kundendienstbüro wenden und erhalten dort Hilfe beim Ausfüllen des Antrags auf Finanzhilfe. Die Büros der Finanzberater finden Sie im Bereich der Patientenmeldung. Sie können sich an einen unserer Informationsschalter im ersten Stock des Krankenhauses wenden, um die Büros der Finanzberater zu finden. Auf Anfrage können Sie ein kostenloses Exemplar unseres Antrags auf Finanzhilfe und unserer Richtlinien, der Zusammenfassung in einfacher Sprache, der Richtlinien für Rabatte für Nichtversicherte und unserer Richtlinien für Rechnungsstellung und Inkasso per Post erhalten, indem Sie unsere Kundendienstabteilung unter 757-312-6281 oder 757-312-6401 (Option Nr. 2) anrufen. Die Postanschrift für Finanzhilfe lautet: Chesapeake Regional Medical Center, Attn: Financial Assistance, 736 Battlefield Blvd N, Chesapeake, VA 23320.

DEFINITIONEN

Im Rahmen dieser Richtlinie werden die folgenden Begriffe wie folgt definiert:

„Einspruch“ Alle Patienten/Bürger haben das Recht, gegen die ursprüngliche Entscheidung Einspruch einzulegen, wenn sich die Umstände geändert haben oder weitere Informationen zu berücksichtigen sind. Der Einspruch kann innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum der Ablehnungsmitteilung schriftlich bei den Beratern des Chesapeake Regional Medical Center für Finanzhilfe eingelegt werden.

„Antragszeitraum“ Der Zeitraum, in dem eine Person Finanzhilfe beantragen kann. Der Zeitraum beginnt mit dem Beginn der Pflege eines Patienten und endet am zweihundertvierzigsten (240) Tag nach dem Datum der ersten Abrechnung nach der Entlassung für diese Pflege.

„Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso“ Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso Nr. PA0181 oder die derzeit gültige Version.

„CRMC“ hat die vorstehend genannte Bedeutung.

„Inkassobüro“ Ein „Inkassobüro“ ist ein von einem CRMC Krankenhaus beauftragtes Büro, das Zahlungen von Patienten/Bürgern eintreibt.

„Erstattungsfähige Leistungen“ sind die von CRMC erbrachten Leistungen (und alle damit verbundenen Produkte), die im Rahmen dieser Richtlinie für Finanzhilfe in Frage kommen, Dazu gehören:

Notfalldienste, die in einer Notaufnahme erbracht werden.

Nicht elektive medizinische Leistungen, die als Reaktion auf lebensbedrohliche Umstände erbracht werden und die keine medizinischen Notfalldienste in einer Notaufnahme sind,

Medizinisch notwendige Leistungen.

(Kosmetische und andere wahlfreie Behandlungen sind von dieser Richtlinie ausgenommen und können unter separate Rabatttarife fallen)

Notfälle und andere medizinisch notwendige Leistungen, die innerhalb des CRMC Krankenhauses erbracht werden, können von der Krankenhauseinrichtung selbst, ihren angestellten Ärzten oder unabhängigen Anbietern erbracht werden. Leistungen, die von nicht angestellten Ärzten und unabhängigen Leistungserbringern erbracht werden, können von dieser Richtlinie nicht abgedeckt werden.

„Medizinischer Notfall“ hat die gleiche Bedeutung, wie sie in Abschnitt 1867 des Social Security Act in seiner geänderten Fassung (42 U.S.C. §1395dd) definiert ist. Ein medizinischer Notfall ist ein medizinischer Zustand, ob physisch oder psychisch, der sich durch Symptome von ausreichendem Schweregrad, einschließlich starker Schmerzen, äußert, so dass ein umsichtiger Laie mit durchschnittlichen Kenntnissen in Gesundheit und Medizin ohne sofortige ärztliche Behandlung vernünftigerweise erwarten könnte, dass er die Gesundheit der Person oder einer anderen Person ernsthaft gefährdet, eine ernsthafte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder eine ernsthafte Funktionsstörung eines Körpers oder eines Körperteils verursacht, oder, in Bezug auf schwangere Frauen, wie in Abschnitt 42. U.S.C. 1395dd(1)(B), oder wie anderweitig durch geltendes Recht, definiert ist. Zu den medizinischen Notfällen gehören unter anderem Ohnmacht, Atembeschwerden, unkontrollierte Blutungen, Vergiftungen oder gebrochene oder verschobene Knochen.

„Notfalldienste“ Pflege oder Behandlung, die von einem CRMC Krankenhaus für einen „medizinischen Notfall“ gemäß der Definition in EMTALA erbracht wird.

„EMTALA“ Emergency Medical Treatment and Labor Act (42 U.S.C. § 1395dd; 42 C.F.R § 489.24).

„Außerordentliche Inkassomaßnahmen (ECA)“ die Meldung negativer Informationen an Kreditauskunfteien oder Kreditbüros, rechtliche oder gerichtliche Aktivitäten, einschließlich der Einleitung einer Zivilklage gegen eine Person, die Pfändung des Eigentums einer Person und die Pfändung des Lohns einer Person.

„Familienmitglied“ bezeichnet eine Gruppe von zwei (2) oder mehr Personen, die zusammen wohnen und durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verwandt sind, einschließlich, ohne

Einschränkung, jeder Person, die von einer dieser Personen in ihrer Einkommensteuererklärung als unterhaltsberechtig angeben wird.

„Familieneinkommen“ bezeichnet das Bruttoeinkommen einer Einzelperson und aller ihrer Familienmitglieder, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Vergütungen für Dienstleistungen (Löhne, Gehälter, Provisionen usw.), Zinsen, Dividenden, Tantiemen usw.), Dividenden, Tantiemen, Renten, Pensionen, Ruhestandseinkommen, Arbeitslosenunterstützung, Arbeitnehmerentschädigung, Sozialversicherung, Zusatzversicherung, öffentliche oder staatliche Unterstützung, Zahlungen an Veteranen, Hinterbliebenenunterstützung, Unterstützung von außerhalb des Haushalts, Mieten, Unterhaltszahlungen, Unterhalt für Kinder, Geschäftseinkommen, Einkommen aus Nachlässen oder Trusts, Stipendien oder andere Bildungsunterstützung, Gebühren, Einkommen aus Lebensversicherungen oder Kapitallebensversicherungen und alle anderen Bruttoeinkommen oder Vergütungen, egal aus welcher Quelle. Wenn eine Person als rechtlich abhängig von einer anderen Person gilt, muss das Einkommen auf dem Antrag dieser Person angegeben werden. Selbstständige müssen die Steuererklärung des letzten Jahres mit den dazugehörigen Anhängen vorlegen.

„Richtlinien zur Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL)“ sind die Richtlinien zur Bundesarmutsgrenze, die jährlich im Federal Register vom U.S. Department of Health and Human Services aktualisiert werden und zum Zeitpunkt der Festlegung gelten. Siehe <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm> für die aktuellen Richtlinien.

„Finanzhilfe“ bezeichnet jede Finanzhilfe in Form von kostenloser oder ermäßigter Behandlung, die einer berechtigten Person gemäß dieser Richtlinie gewährt wird.

„Krankenhaus“ bedeutet eine Einrichtung, die vom Commonwealth of Virginia als Krankenhaus zugelassen, registriert oder in ähnlicher Weise anerkannt ist.

„Liquide Mittel“ der Gesamtbetrag der liquiden Mittel des Haushalts, der \$10.000,00 nicht überschreiten darf, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Folgendes: (Bargeld, Giro-, Spar- und Geldmarktkonten, Einlagenzertifikate, Treuhandkonten, Investmentfonds und Anleihen, die ohne Vertragsstrafe eingelöst werden können). Ausgenommene Vermögenswerte: Gelder in Renten- oder Pensionsverträgen (d.h. individuelle Rentenkonten, 401(k), 403(b) und KEOGH-Verträge) und Gelder in Bildungskonten (d.h. Coverdell Sparkonten und qualifizierte Schulgeldkonten (Internal Revenue Codes 529 und 530)).

„Medizinisch Bedürftige“ bezeichnet einen unterversicherten Patienten in einem CRMC Krankenhaus, der die unten aufgeführten Kriterien erfüllt:

Nach Zahlung durch alle Drittzahler ist er dem CRMC Krankenhaus gegenüber finanziell zu einem Betrag verpflichtet, der fünfundzwanzig Prozent (25 %) seines jährlichen Bruttoeinkommens übersteigt, und liegt bei oder unter 500 % der FPL und erfüllt den Test auf liquide Mittel, wie in Anhang A festgelegt, der Teil dieser Richtlinie ist.

„Medizinisch notwendige Leistungen“ haben die gleiche Bedeutung, wie sie für Medicare in 42 U.S.C. 1395y(a)(1)(A) definiert ist (Leistungen oder Artikel, die „...angemessen und notwendig für die Diagnose oder Behandlung einer Krankheit oder Verletzung oder zur Verbesserung der Funktion eines missgebildeten Körperteils sind...“).

„Medizinische Zahlungsverpflichtungen“ sind definiert als Ausgaben für medizinische Kosten, für medizinisch notwendige Behandlungen, die von der CRMC-Einrichtung, bei der der Antrag gestellt wird, in Rechnung gestellt werden, wobei die oben genannten Ausgaben keine Zuzahlungen, Mitversicherungen und Selbstbeteiligungen beinhalten.

„Benachrichtigungsfrist“ 120-Tage-Frist, die mit dem Datum der ersten Abrechnung nach der Entlassung beginnt und innerhalb derer keine ECAs gegen den Patienten eingeleitet werden können.

„Zusammenfassung in einfacher Sprache“ (Plain Language Summary, PLS) eine schriftliche Erklärung, die die Patienten des CRMC Krankenhauses darüber informiert, dass die Organisation Finanzhilfe anbietet und zusätzliche Informationen in einfacher, prägnanter und leicht verständlicher Form bereitstellt.

„Richtlinie“ bezeichnet diese Richtlinie zur Finanzhilfe Nr. 400.11 oder die derzeit gültige Version, die von Zeit zu Zeit geändert wird.

„Nicht versicherter Patient“ bezeichnet einen Patienten eines CRMC Krankenhauses, der keine Krankenversicherung, keine Unterstützung durch Dritte, kein medizinisches Sparkonto oder keine Ansprüche gegenüber Dritten hat, die durch eine Versicherung abgedeckt sind, um die Zahlungsverpflichtungen dieser Person für die Erbringung der in Frage kommenden Leistungen zu bezahlen oder zu unterstützen.

„Unterversicherter Patient“ bezeichnet einen Patienten eines CRMC Krankenhauses, der in gewissem Umfang versichert ist oder von Dritten unterstützt wird, der jedoch verpflichtet ist, für die Erbringung der in Frage kommenden Leistungen aus eigener Tasche zu zahlen, was seine finanziellen Möglichkeiten übersteigt, und der als medizinisch bedürftig gilt oder die Einkommens- und Vermögensvoraussetzungen erfüllt, die in Anhang A aufgeführt sind, der Teil dieses Dokuments ist.

VERFAHREN

Anspruchsberechtigung

Nach Feststellung der finanziellen Bedürftigkeit in Übereinstimmung mit dieser Richtlinie. CRMC gewährt nicht versicherten Patienten, unterversicherten Patienten, Patienten, die keinen Anspruch auf öffentliche oder staatliche Unterstützung haben, oder Patienten, die aus anderen Gründen nicht in der Lage sind, die Kosten für die in Frage kommenden Leistungen zu tragen, Finanzhilfe für die in Frage kommenden Leistungen. Die Bereitstellung von Finanzhilfe gemäß dieser Richtlinie basiert auf der Ermittlung der finanziellen Bedürftigkeit jeder einzelnen Person, unabhängig von Rasse, Geschlecht, Alter, Behinderung, nationaler Herkunft, sexueller Orientierung, sozialem Status oder Einwanderungsstatus, Geschlechtsidentität, religiöser Zugehörigkeit oder anderen geschützten Kategorien, die per Gesetz oder Verordnung festgelegt werden können. Finanzhilfe ist das Mittel der letzten Wahl und alle anderen Zahlungsquellen (d.h. die Inanspruchnahme einer anderen Versicherung in Form von Medicaid oder einer über die Krankenversicherungsbörse abgeschlossenen Versicherung) müssen zuvor ausgeschöpft werden. Befreiungsschreiben oder ein Nachweis über die Verweigerung von Medicaid müssen im Rahmen des Antragsverfahrens vorgelegt werden.

Von einem Patienten kann verlangt werden, dass er alle anderen Zahlungsmöglichkeiten ausschöpft, einschließlich privater Versicherungen, nationaler, bundesstaatlicher und lokaler medizinischer Hilfsprogramme und anderer Formen der Unterstützung durch Dritte, bevor ihm Finanzhilfe gewährt wird. Ein Antragsteller auf Finanzhilfe kann aufgefordert werden, sich für öffentliche Programme zu bewerben, die ebenfalls zur Deckung der Kosten des Patienten beitragen. Von dem Patienten kann auch erwartet werden, dass er sich um öffentliche oder private Krankenversicherungen bemüht, die die Kosten für die vom CRMC Krankenhaus erbrachten Leistungen übernehmen. Die volle Kooperation des Patienten bei der Beantragung entsprechender Programme und verfügbarer Finanzierungsquellen, einschließlich der COBRA-Versicherung (ein Bundesgesetz, das eine zeitlich begrenzte Verlängerung der Gesundheitsleistungen für Arbeitnehmer ermöglicht), kann ebenfalls verlangt werden. Wenn ein CRMC Krankenhaus feststellt, dass die Möglichkeit einer COBRA-Versicherung besteht und der Patient kein Medicare- oder Medicaid-Begünstigter ist, kann der Patient aufgefordert werden, dem CRMC Krankenhaus die notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen, um den monatlichen Beitrag für die COBRA-Versicherung für den Patienten zu ermitteln. Der Patient kann gebeten werden, mit den Mitarbeitern des CRMC Krankenhauses zusammenzuarbeiten, um festzustellen, ob der Patient die Voraussetzungen für eine COBRA-Beitragsunterstützung erfüllt, die für eine begrenzte Zeit angeboten werden kann, um den Versicherungsschutz zu sichern. Das CRMC Krankenhaus bemüht sich in der Regel darum, dem Patienten bei der Beantragung von öffentlichen und privaten Programmen zu helfen. Ein Patient wird gebeten, alle erforderlichen und vom CRMC Krankenhaus geforderten Informationen rechtzeitig zur Verfügung zu stellen, um im Rahmen der Richtlinie anspruchsberechtigt zu sein.

Medizinisch Bedürftige

Patienten, die gemäß den aktuellen FPL-Richtlinien nicht für Finanzhilfe in Frage kommen, aber erhebliche Krankenhausverbindlichkeiten haben, können für einen Rabatt für medizinisch Bedürftige in Frage kommen. Wenn der Patient/Bürge nach Zahlung aller Drittzahler gegenüber dem CRMC Krankenhaus für Kosten in Höhe von mehr als fünfundzwanzig Prozent (25 %) des jährlichen Bruttoeinkommens des Patienten finanziell verpflichtet ist, sein Einkommen höchstens 500 % der FPL beträgt und er den Test für liquide Mittel gemäß Anhang A, der Teil dieser Richtlinie ist, erfüllt, erhält der Patient/Bürge einen prozentualen Rabatt für medizinisch Bedürftige. Zu den Ausschlusskriterien für Krankenhausverbindlichkeiten für Medizinisch Bedürftige gehören unter anderem die Folgenden: Patienten, die sich für eine freiwillige Selbstzahlung entscheiden, Zuzahlungen, Selbstbehalte und Mitversicherungsbeträge.

Antrag auf Finanzhilfe

CRMC prüft alle Informationen, die in einem Antrag auf Finanzhilfe in der jeweils gültigen Fassung angefordert und angegeben werden, sowie alle darin angeforderten und zur Verfügung gestellten Unterlagen (der Antrag und diese Unterlagen werden zusammen als „Antrag“ bezeichnet) sowie eine oder mehrere der folgenden Informationen, um festzustellen, ob eine Person Anspruch auf Finanzhilfe hat und diese erhält:

- Externe, öffentlich zugängliche Daten, die Aufschluss über die Zahlungsfähigkeit einer Person geben (z. B. Kreditberichte, Scores oder Ratings; Richtlinien zur Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Guidelines), relevante veröffentlichte Bundes- oder Landesrichtlinien, Konkursanmeldungen oder -beschlüsse);
- Informationen, die sich auf die Teilnahme an oder die Einschreibung in ein staatliches oder bundesstaatliches Hilfsprogramm oder den Erhalt von Leistungen im Rahmen eines solchen Programms beziehen (z. B. Sozialhilfe (Supplemental Security Income), Medicaid, Lebensmittelhilfe (Food Stamps)/SNAP, Women, Infants, and Children (WIC), Aid for Dependent Children (AFDC), Children's Health Insurance Program (CHIP), einkommensschwache Wohnungen, Erwerbsunfähigkeitsleistungen, Arbeitslosengeld, subventioniertes Schulesen, Healthy Community Access Program (HCAP));
- Angaben zu den Vermögenswerten, die der Person gehören oder von ihr gehalten werden, sowie zu ihren Verbindlichkeiten oder sonstigen Verpflichtungen;
- Informationen, die belegen, dass die betreffende Person obdachlos, behindert, für unmündig erklärt oder anderweitig entmündigt ist oder war, so dass ihre finanzielle Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist; und Informationen, die belegen, dass die betreffende Person Leistungen aus allen anderen verfügbaren Finanzierungsquellen, für die sie in Frage kommt, einschließlich Versicherungen, Medicaid oder anderen staatlichen oder bundesstaatlichen Programmen, beantragt hat oder beantragt.

Das Antragsverfahren für Finanzhilfe steht im Einklang mit dem Auftrag von CRMC und CRMC ist bestrebt, zu verhindern, dass Patienten aufgrund ihrer finanziellen Möglichkeiten auf eine Behandlung verzichten.

Der Zeitraum für die Beantragung von Finanzhilfe, in dem CRMC einen ausgefüllten Antrag auf Finanzhilfe akzeptiert, beginnt mit dem Beginn der kontinuierlichen Versorgung eines Patienten und endet am zweihundertvierzigsten (240) Tag nach dem Datum der ersten Abrechnung nach der Entlassung. Im Falle einer Genehmigung gilt die bewilligte Finanzhilfe für einen Zeitraum von 240 Tagen ab dem Datum der Unterschrift auf dem Antrag und kann auf vorhergehende Konten mit offenen Salden bis zu 240 Tage vor dem Datum der Unterschrift auf dem Antrag angewendet werden. Der Chief Financial Officer und der Direktor der Abteilung Patient Financial Services können von Fall zu Fall eine Ausnahme für uneinbringliche Forderungen oder Inkassokonten machen, die außerhalb des genehmigten Zeitraums liegen, für den die Finanzhilfe beantragt wurde. Obwohl die Genehmigung für die Finanzhilfe für 240 Tage gültig ist, verstehen wir, dass sich die Umstände des Patienten während dieser Zeit ändern können. Patienten eines CRMC Krankenhauses werden ermutigt, erneut einen Antrag auf Finanzhilfe zu stellen, wenn sich ihre finanziellen Verhältnisse geändert haben und sie möglicherweise für eine höhere Finanzhilfe in Frage kommen. Im Falle einer Bewilligung wird der Rabatt nachträglich gewährt. Bei nachfolgenden Besuchen innerhalb des 240-tägigen Bewilligungszeitraums kann der Antragsteller aufgefordert werden, erneut Finanz- und/oder Herkunftsdokumente vorzulegen, um zu prüfen, ob er für eine staatlich unterstützte Krankenversicherung in Frage kommt. Die Informationen können auch dazu verwendet werden, die weitere Anspruchsberechtigung während des Bewilligungszeitraums neu zu bewerten und zu überprüfen. Zu diesen Unterlagen gehören unter anderem: Einkommensnachweis, Haushaltsgröße, Vermögen, Verbindlichkeiten und Ausgaben.

Die Anträge sind bei jeder Patientenmeldung eines CRMC Krankenhauses, in der Patientenbuchhaltung/im Kundenservice, per Telefon oder online erhältlich. Die ausgefüllten Anträge können in jeder Patientenmeldung, in der Patientenbuchhaltung oder beim Kundenservice abgegeben oder an die auf dem Antrag angegebene Adresse geschickt werden. Anträge auf Finanzhilfe werden umgehend bearbeitet und CRMC wird angemessene Anstrengungen unternehmen, den Patienten oder Antragsteller innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Eingang eines ausgefüllten Antrags und Vorlage aller darin geforderten Informationen schriftlich über die Entscheidung zu informieren.

Wenn eine Person einen vollständigen Antrag während der Antragsfrist einreicht, wird CRMC:

- ♦ Das Konto vorübergehend aussetzen, um jegliche Inkassotätigkeit zu verhindern, bis die Berechtigung zur Finanzhilfe festgestellt ist.
- ♦ Den Antrag bearbeiten und angemessene Anstrengungen unternehmen, um den Antragsteller innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des ausgefüllten Antrags über die Genehmigung oder Ablehnung zu informieren.

Wenn der Antragsteller für eine teilweise Finanzhilfe in Frage kommt, stellt CRMC Folgendes zur Verfügung:

- ♦ Ein Bewilligungsschreiben, in dem die Höhe der bewilligten Finanzhilfe und die Höhe des Rabatts, den der Patient/Bürge erhält, angegeben sind.
- ♦ Eine Abrechnung, aus der der Betrag hervorgeht, den der Patient/Garant für die Leistungen schuldet.

Wenn der Antragsteller einen unvollständigen Antrag auf Finanzhilfe einreicht und eine sofortige Feststellung des Anspruchs auf Finanzhilfe nicht möglich ist, werden die Finanzberater zusätzliche Informationen vom Antragsteller anfordern. CRMC wird dem Antragsteller Folgendes zur Verfügung stellen:

- ♦ Eine schriftliche Mitteilung über die zusätzlichen Informationen und/oder Unterlagen, die für die Feststellung der Anspruchsberechtigung erforderlich sind.
- ♦ Eine angemessene Frist (30 Tage), um die angeforderten Unterlagen vorzulegen.
- ♦ CRMC oder Dritte, die in seinem Namen handeln, werden alle ECAs aussetzen, bis eine Entscheidung über die Anspruchsberechtigung getroffen ist.

Wenn ein Antragsteller während der Antragsfrist keinen Antrag einreicht, erhalten die Patienten/Bürger Abrechnungen und Briefe, die Informationen über den FAP enthalten. In dem Bemühen, die Zahlung für die erhaltenen Leistungen zu erhalten, können das CRMC und seine Partner-Inkassobüros einen ECA durchführen.

In Fällen, in denen ein Patient nicht in der Lage ist, die im Rahmen des Antragsverfahrens angeforderten Informationen zu liefern, kann CRMC die folgenden Angaben als Nachweis für diese Informationen akzeptieren:

Die schriftliche Erklärung des Patienten/Antragstellers, warum die angeforderten Informationen nicht zur Verfügung gestellt werden können; und eine vom Patienten oder Antragsteller unterzeichnete Erklärung zu den angeforderten Informationen, in der die Richtigkeit und Vollständigkeit der darin enthaltenen Angaben bestätigt wird.

Voraussichtliche Finanzhilfe.

Es gibt Fälle, in denen ein Patient/Bürge für Finanzhilfe in Frage zu kommen scheint, aber kein Antrag auf Finanzhilfe vorliegt, weil der Patient/Bürge nicht in der Lage ist, diesen auszufüllen, oder die Angaben unvollständig sind. Infolgedessen kann es vorkommen, dass ein Patient/Bürge die Voraussetzungen für Finanzhilfe erfüllt, ohne den formellen Antrag auf Finanzhilfe auszufüllen. Oft gibt es ausreichende Informationen, die vom Patienten selbst oder aus anderen Quellen zur Verfügung

gestellt werden und die einen ausreichenden Nachweis für die Gewährung von Finanzhilfe liefern können. Für den Fall, dass es keine Nachweise für die Berechtigung eines Patienten auf Finanzhilfe gibt, behält sich das CRMC Krankenhaus das Recht vor, bei der Ermittlung der geschätzten Einkommensbeträge und der liquiden Mittel zur Beurteilung der Berechtigung auf Finanzhilfe und möglicher Rabattsätze auf externe Agenturen zurückzugreifen oder andere Informationsquellen zur Beurteilung der individuellen Bedürftigkeit zu nutzen. Sämtliche Modelle zur Inanspruchnahme von Drittanbietern berücksichtigen mehrere Entscheidungskriterien, die dazu dienen, jeden Patienten/Bürgen nach denselben Standards zu beurteilen, wie sie in dieser Richtlinie definiert sind.

Nach der Feststellung, aufgrund der angenommenen Umstände, ist die einzige Finanzhilfe, die gewährt werden kann, entweder eine teilweise oder eine 100 % ige Abschreibung des Kontosaldo, abhängig vom Haushaltseinkommen, der FPL-Stufe und den liquiden Mitteln. Die Bewilligung der voraussichtlichen Finanzhilfe gilt nur für das Datum bzw. die Daten, an dem bzw. denen die entsprechenden Konten in Anspruch genommen wurden. Die Anspruchsberechtigung gilt nicht für Konten für vergangene oder zukünftige Daten. Voraussetzung für die voraussichtliche Anspruchsberechtigung zum Erhalt von Finanzhilfe für förderfähige Leistungen ist, dass der Patient/Bürge eines (1) der folgenden Kriterien erfüllt oder dass das CRMC Krankenhaus andere Informationsquellen heranzieht, um eine individuelle Beurteilung der finanziellen Bedürftigkeit vorzunehmen.

Teilnahme an einem staatlichen oder bundesstaatlichen Hilfsprogramm wie z. B. Medicaid, Supplemental Security Income (SSI) oder Bezug von Leistungen aus einem solchen Programm. Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) oder Anspruch auf Food Stamp, Women Infants and Children (WIC), Invalidität, Arbeitslosenunterstützung, subventioniertes oder kostenloses Schulessen, Wohnsitz in einer Sozialwohnung oder einer subventionierten Wohnung, obdachlos oder von einer Klinik für Obdachlose oder einer Einrichtung für kostenlose medizinische Versorgung versorgt; von einem Gericht oder einem zugelassenen Experten für geistig unzurechnungsfähig erklärt; verstorben ohne bekannten Nachlass. Nicht versicherte Patienten, die an staatlichen und lokalen Versorgungseinrichtungen wie der Chesapeake Care Clinic für medizinische Leistungen versorgt werden. Teilnahme an staatlich und örtlich geförderten Brustscreening-Programmen für nicht versicherte und/oder unterversicherte Einwohner der Gemeinde, einschließlich, aber nicht beschränkt auf: Every Woman's Life, CRMC's Mobile Mammogram und CRMC's Bra-ha-ha.

Nicht abgedeckte Medicaid-Leistungen:

CRMC kann Patienten, die sich für Medicaid qualifizieren und denen Leistungen erbracht werden, die von Medicaid als Drittzahler nicht abgedeckt werden, einen voraussichtlichen Rabatt in Höhe von 100 % gewähren. Arten von nicht abgedeckten Medicaid-Leistungen, die für Patienten erbracht werden, die für Medicaid (oder andere Programme für Bedürftige) in Frage kommen, die für die Finanzhilfe für Patienten in Frage kommen. Nicht abgedeckte Beispiele umfassen unter anderem:

- Leistungen für Medicaid-Patienten mit eingeschränktem Anspruch auf Medicaid-Leistungen (d. h. Patienten, die möglicherweise nur Schwangerschafts- oder Notfalleleistungen erhalten, aber auch andere Leistungen des Krankenhauses in Anspruch nehmen)
- Ablehnung von Medicaid oder anderen Programmen für Bedürftige
- Kosten in Zusammenhang mit einer Überschreitung der Höchstaufenthaltsdauer
- Nicht bezahlte Medicaid-Ansprüche außerhalb des Bundesstaates
- Kosten, die rückwirkend zu einem genehmigten Medicaid-Antrag angefallen sind und als nicht erstattungsfähig eingestuft werden, da der Zeitraum nicht mehr aktuell ist

Sonstige Anspruchsberechtigung auf Voraussichtliche Finanzhilfe:

Für Patienten oder deren Bürgen, die nicht auf das Antragsverfahren von CRMC reagieren, können andere Informationsquellen genutzt werden, um eine individuelle Bewertung der finanziellen

Bedürftigkeit vorzunehmen. Anhand dieser Informationen kann das CRMC Krankenhaus eine fundierte Entscheidung über die finanzielle Bedürftigkeit von Patienten/Bürgern treffen, die nicht auf den Antrag reagieren, wobei die besten verfügbaren Schätzungen verwendet werden, wenn keine direkten Angaben des Patienten/Bürgern vorliegen.

Um bedürftigen Patienten/Bürgern zu helfen, kann CRMC einen Dritten beauftragen, die Informationen eines Patienten oder des Patienten/Bürgern zu überprüfen, um die finanzielle Bedürftigkeit zu beurteilen. Bei dieser Überprüfung wird ein von der Gesundheitsbranche anerkanntes Prognosemodell verwendet, das auf Datenbanken mit öffentlichen Daten basiert. Das Modell berücksichtigt die öffentlichen Daten, um einen sozioökonomischen und finanziellen Fähigkeitswert (Capability Score) zu berechnen. Das Regelwerk des Modells ist so konzipiert, dass es jeden Patienten/Bürgern auf der Grundlage der gleichen Standards bewertet und mit den historischen Bewilligungen von Finanzhilfe durch das CRMC abgeglichen wird. Auf diese Weise kann CRMC beurteilen, ob ein Patient/Bürge charakteristisch für andere Patienten/Bürgern ist, die sich in der Vergangenheit im Rahmen des üblichen Antragsverfahrens für Finanzhilfe qualifiziert haben.

Wenn das Modell zum Einsatz kommt, wird es vor der Forderungsabtretung eingesetzt, nachdem alle anderen Anspruchsberechtigungen und Zahlungsquellen ausgeschöpft wurden. Dies ermöglicht es den Finanzberatern von CRMC, alle Patienten/Bürgern auf die Möglichkeit der Finanzhilfe zu überprüfen, bevor sie außerordentliche Inkassomaßnahmen ergreifen. Die aus dieser Überprüfung resultierenden Daten stellen eine angemessene Dokumentation der finanziellen Bedürftigkeit im Sinne dieser Richtlinie dar. Das Ergebnis ist die Annahme eines Patienten (Bürgern), der ein FPL- und Vermögensniveau auf oder unter dem in der CRMC-Richtlinie für Krankenhäuser angegebenen Niveau aufweist, entsprechend der höchstmöglichen Stufe, die im Rahmen des FAP verfügbar ist.

Falls ein Patient/Bürge auf der Grundlage dieses Modells nicht die Voraussetzungen für eine volle voraussichtliche Anspruchsberechtigung erfüllt, kann der Patient/Bürge die Voraussetzungen für eine teilweise voraussichtliche Anspruchsberechtigung erfüllen oder die erforderlichen Informationen vorlegen und im Rahmen des üblichen Finanzhilfeverfahrens (Verwendung eines Antrags) berücksichtigt werden.

Konten, die auf der Grundlage dieses Prognosemodells die volle voraussichtliche Anspruchsberechtigung erhalten haben, werden als Finanzhilfe eingestuft, und alle noch ausstehenden Beträge werden erlassen. Für diese Konten werden Rückerstattungen nur dann gewährt, wenn der Patient des CRMC Krankenhauses anschließend den Antragsprozess abschließt und die 100 % ige Wohltätigkeitsgrenze erreicht. Die Genehmigung für die voraussichtliche Anspruchsberechtigung gilt nur für das Datum/die Daten der Leistungen auf den zu bewertenden Konten. Die Anspruchsberechtigung gilt nicht für Konten für vergangene oder zukünftige Leistungsdaten. Diese Entscheidung stellt keine kostenlose Versorgung dar, wie sie im Rahmen des herkömmlichen Antragsverfahrens möglich ist. Diese Konten werden so behandelt, als kämen sie für Finanzhilfe im Rahmen dieser Richtlinie in Frage. Sie werden nicht an das Inkasso weitergeleitet, sind nicht Gegenstand weiterer Inkassomaßnahmen und werden nicht in die Aufwendungen für uneinbringliche Forderungen von CRMC einbezogen.

Patienten/Bürgern werden nur dann über die voraussichtliche Wohltätigkeit benachrichtigt, wenn das Prognosemodell zeigt, dass der Patient oder Bürge zwischen 201 und 400 % der FPL liegt und ihm ein Rabatt gemäß Anhang A gewährt wird.

In einem Schreiben werden sie über diese Entscheidung informiert und haben 30 Tage Zeit, die volle Wohltätigkeit zu beantragen.

Die Prüfung auf voraussichtliche Finanzhilfe ist für die Allgemeinheit von Vorteil, da sie es dem CRMC Krankenhaus ermöglicht, finanziell bedürftige Patienten systematisch zu identifizieren, den

Verwaltungsaufwand zu verringern und den Patienten und ihren Bürgen, von denen einige möglicherweise nicht auf den Antrag auf Finanzhilfe reagiert haben, Finanzhilfe zu gewähren. Für diese Konten werden Rückerstattungen nur dann gewährt, wenn der Patient/Bürge anschließend den Antragsprozess abschließt und die Voraussetzungen für Finanzhilfe zu 100 % erfüllt. Die Genehmigung für die voraussichtliche Anspruchsberechtigung gilt nur für das Datum/die Daten der Leistungen auf den zu bewertenden Konten.

Anspruchsvoraussetzungen und Beträge, die den Patienten in Rechnung gestellt werden.

Patienten/Bürgern, die als anspruchsberechtigt eingestuft werden, erhalten Finanzhilfe entsprechend ihrer finanziellen Bedürftigkeit, die anhand der Richtlinien zur Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Guidelines) ermittelt wird.

Ungeachtet anderslautender Bestimmungen in dieser Richtlinie wird keinem Patienten/Bürgern, der Anspruch auf Finanzhilfe für erstattungsfähige Leistungen hat, mehr als der entsprechende ermäßigte Betrag in Rechnung gestellt, der sich aus den Richtlinien zur Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Guidelines) und den liquiden Mitteln ergibt (siehe Anhang A). Dieser Rabattprozentsatz wird berechnet, indem die Differenz zwischen den Bruttokosten und den tatsächlichen Zahlungen in die Bruttokosten unter Verwendung der Medicare-Gebühren für Dienstleistungen und aller privaten Krankenversicherungen geteilt wird. Bei der Berechnung wird ein 12-monatiger Rückblick für Notfälle und andere medizinisch notwendige Leistungen zugrunde gelegt. Wir werden diesen Rabattprozentsatz regelmäßig aktualisieren.

Die Grundlage für die Bestimmung und Berechnung der Beträge, die das CRMC Krankenhaus einem nicht versicherten Patienten oder einem unterversicherten Patienten in Rechnung stellt, ist die Einhaltung der FPL-Einkommensgrenze auf der Grundlage der Haushaltsgröße und des Jahreseinkommens sowie die Einhaltung der Grenze für liquide Mittel, wie in Anhang A dieser Richtlinie definiert.

Weitergabe von Informationen über diese Richtlinie an Patienten und die Öffentlichkeit.

Für jede ihrer Krankenhäuser ergreift CRMC Hospital Facility Maßnahmen zur Information und Benachrichtigung ihrer Patienten und Besucher sowie der Einwohner der Gemeinde, die von dieser Krankenhauseinrichtung versorgt wird (insbesondere derjenigen, die am ehesten finanzielle Unterstützung benötigen). Zu diesen Maßnahmen gehört unter anderem, dass das Krankenhaus (1) den Patienten im Rahmen der Patientenaufnahme ein kostenloses Exemplar der Zusammenfassung der Richtlinie in einfacher Sprache in Papierform zur Verfügung stellt; (2) einen gut sichtbaren schriftlichen Hinweis auf den Abrechnungen anbringt, der die Empfänger über die Verfügbarkeit von Finanzhilfe im Rahmen der Richtlinie informiert und die Telefonnummer des Büros oder der Abteilung des Krankenhauses angibt, das bzw. die Informationen über die Richtlinie und das Antragsverfahren zur Verfügung stellen kann, sowie die direkte Internetadresse oder (URL), unter der Kopien der Dokumente der Richtlinie erhältlich sind; (3) auffällige öffentliche Aushänge (oder andere Maßnahmen, die in angemessener Weise die Aufmerksamkeit der Patienten auf sich ziehen), die die Patienten an öffentlichen Orten innerhalb des Krankenhauses über die Richtlinie informieren, einschließlich mindestens der Notaufnahme, der Patientenaufnahme oder der Anmeldebereiche und der dazugehörigen Warteräume, oder per Post.

Die Empfehlung von Patienten für Finanzhilfe kann von jedem Mitglied des Personals der CRMC Krankenhauseinrichtung oder des medizinischen Personals erfolgen, einschließlich Ärzten, Krankenschwestern, Finanzberatern, Sozialarbeitern, Fallmanagern, Seelsorgern und religiösen Trägern. Ein Antrag auf Finanzhilfe kann vom Patienten oder einem Familienmitglied, engen Freund oder Mitarbeiter des Patienten gestellt werden, vorbehaltlich der geltenden Datenschutzgesetze.

Die Richtlinien von CRMC zur Finanzhilfe, der Antrag und die Zusammenfassung in einfacher Sprache sind in englischer Sprache und in der Hauptsprache der Bevölkerung mit eingeschränkten

Englischkenntnissen („LEP“) verfügbar, die weniger als 1.000 Personen oder 5 % der Gemeinde im primären Versorgungsgebiet ausmacht. Alle schriftlichen oder gedruckten Informationen zu dieser Richtlinie, einschließlich des Antrags, müssen in jeder der Sprachen zur Verfügung gestellt werden, die von mindestens 5 % der von dem jeweiligen Krankenhaus versorgten Bevölkerung gesprochen werden. Derzeit gehören zu diesen Sprachen Spanisch, Tagalog, Vietnamesisch, Arabisch sowie Französisch, Chinesisch (Mandarin), Koreanisch und Urdu. CRMC unternimmt angemessene Anstrengungen, um sicherzustellen, dass Patienten, die des Lesens und Schreibens nicht mächtig sind und/oder andere Sprachen sprechen als die, für die die Informationen über diese Richtlinien gedruckt oder veröffentlicht werden, klar und deutlich über diese Richtlinien und ihre Verfügbarkeit informiert werden.

Verfahren zur Aufbewahrung von Dokumenten. Das CRMC Krankenhaus bewahrt die Dokumentation in Übereinstimmung mit den Aufbewahrungsrichtlinien auf, die ausreicht, um jeden Patienten zu identifizieren, für den ein Anspruch auf Finanzhilfe festgestellt wurde. Dazu gehören unter anderem der Antrag des Patienten, alle Informationen, die bei der Feststellung des Anspruchs des Patienten auf Finanzhilfe eingeholt oder berücksichtigt wurden (einschließlich Informationen über das Einkommen und das Vermögen des Patienten), die Methode zur Überprüfung des Einkommens des Patienten, der vom Patienten geschuldete Betrag, die Methode und die Berechnung der Finanzhilfe, für die der Patient berechtigt war und die er tatsächlich erhalten hat, und die Person, die die Feststellung des Anspruchs des Patienten auf Finanzhilfe genehmigt hat.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen (ECA)

CRMC und seine Partner-Inkassobüros können die unten aufgeführten ECAs durchführen:

- Meldung negativer Informationen an Kreditauskunfteien oder Kreditbüros
- Rechtliche Schritte wie z. B.: Zivilklage, Pfändung von Eigentum und Lohnpfändung für Konten mit einem Gesamtsaldo von über \$1.000

Benachrichtigung des Patienten/Bürgen über die ECA:

- ♦ Benachrichtigung in schriftlicher Form 30 Tage im Voraus über die Durchführung einer ECA durch das Partner-Inkassounternehmen mit Angabe des Zeitrahmens, innerhalb dessen die ECA eingeleitet wird
- ♦ Schriftliche Benachrichtigung, dass Finanzhilfe für berechnete Personen verfügbar ist, bevor eine ECA eingeleitet wird
- ♦ ECAs werden erst nach mindestens 150 Tagen ab dem Datum eingeleitet, an dem das CRMC Krankenhaus die erste Abrechnung für die Behandlung nach der Entlassung vorlegt.
- ♦ Bereitstellung einer Kopie der Zusammenfassung der Richtlinie in einfacher Sprache 30 Tage vor der Einleitung einer ECA

Die Partner-Inkassobüros von CRMC werden angemessene Anstrengungen unternehmen, den Patienten/Bürgen über die Richtlinie zu informieren und darüber, wie er Unterstützung erhalten kann. Alle Konten haben bis zu 240 Tage ab dem Datum der ersten Abrechnung nach der Entlassung Zeit, um Finanzhilfe zu beantragen. Die Antragsfrist kann länger sein, da das CRMC Krankenhaus oder die Partner-Inkassobüros den Patienten/Bürgen mindestens 30 Tage vor Einleitung eines oder mehrerer ECAs benachrichtigen müssen, um die Zahlung für die Behandlung zu erhalten.

CRMC und seine Partner-Inkassobüros dürfen keine ECA für einen Patienten/Bürgen einleiten, der einen Antrag auf Finanzhilfe gestellt hat. Wenn festgestellt wird, dass der Patient/Bürge die Voraussetzungen für Finanzhilfe erfüllt und der Patient/Bürge bereits eine Zahlung geleistet hat, prüft CRMC, ob es andere Konten gibt, die mit dem Patienten/Bürgen in Verbindung stehen und einen ausstehenden Saldo aufweisen, der nicht für Finanzhilfe in Frage kommt. Wenn ein Konto mit einem ausstehenden Saldo gefunden wird, setzt sich CRMC mit dem Patienten/Bürgen schriftlich in Verbindung und teilt ihm mit, dass die Zahlung, die auf das Konto geleistet wurde, das für die Finanzhilfe zugelassen ist, auf das Konto mit dem ausstehenden Saldo übertragen wird. Wenn der

Patient/Bürge mit dieser Übertragung nicht einverstanden ist, werden die gezahlten Beträge an den Patienten/Bürgen zurückerstattet. Wenn ein Patient/Bürge die Voraussetzungen für eine teilweise Finanzhilfe erfüllt, wird der verbleibende Saldo im Rahmen eines Abrechnungszyklus bearbeitet. Wenn der Patient/Bürge keinen Antrag auf Finanzhilfe einreicht und für die voraussichtliche Finanzhilfe zugelassen wird, gilt die voraussichtliche Finanzhilfe nur für den aktuellen Saldo des Patienten/Bürgen für das Datum/die Daten der Leistung für das/die zu bewertende(n) Konto/Konten, und es werden keine früheren oder zukünftigen Zahlungen erstattet.

Zusammenhang mit der Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso. Für jeden Patienten/Bürgen, der die fällige(n) Summe(n) nicht rechtzeitig ganz oder teilweise bezahlt, keine Finanzhilfe beantragt oder keine voraussichtliche Finanzhilfe für sein Konto erhält, befolgt die CRMC-Krankeneinrichtung die Richtlinien, die in ihren Richtlinien für Rechnungsstellung und Inkasso dargelegt sind, mit der Maßgabe, dass CRMC keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen gegen einen Patienten/Bürgen einleitet oder durchführt, weil er seine Rechnung nicht rechtzeitig ganz oder teilweise bezahlt hat, ohne zuvor angemessene Anstrengungen unternommen zu haben, um festzustellen, ob der Patient/Bürge Anspruch auf Finanzhilfe hat. Diese angemessenen Anstrengungen sind in der Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso dargelegt, die kostenlos auf der CRMC-Website zur Verfügung steht, einschließlich derjenigen, die sich auf die Kommunikation mit den Patienten und die erforderlichen Maßnahmen, Fristen und Hinweise im Zusammenhang mit der Einreichung eines vollständigen oder unvollständigen Antrags beziehen.

Auf Anfrage können Einzelpersonen ein kostenloses Exemplar unserer Richtlinien für Rechnungsstellung und Inkasso per Post erhalten, indem sie unseren Kundenservice unter 757-312-6281 oder 757-312-6401 (Option Nr. 2) anrufen. Die Postanschrift für Finanzhilfe lautet: Chesapeake Regional Medical Center, Attn: Financial Assistance, 736 Battlefield Blvd N, Chesapeake, VA 23320

Keine Auswirkung auf andere Krankenhausrichtlinien; die Richtlinie unterliegt geltendem Recht. Diese Richtlinie ändert nichts an anderen Richtlinien des CRMC in Bezug auf die Erlangung von Zahlungen von Drittanbietern, Überweisungen oder Notfallbehandlungen. Diese Richtlinie und die Gewährung von Finanzhilfe im Rahmen dieser Richtlinie unterliegen allen geltenden Bundes-, Landes- und Kommunalgesetzen.

Ausnahmen von dieser Richtlinie. Der Direktor der Abteilung Patient Financial Services und der Chief Financial Officer des CRMC Krankenhauses sind befugt, von Fall zu Fall Ausnahmen von dieser Richtlinie zuzulassen, wenn dies für die Fakten und Umstände des einzelnen Patienten angemessen ist. In keinem Fall wird einem Patienten die Finanzhilfe verweigert, wenn er die in dieser Richtlinie genannten Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung und die Feststellung der Anspruchsberechtigung für förderfähige Leistungen erfüllt.

Zuständige Abteilung: Revenue Cycle Komitee, Patientenaufnahme, Patientenbuchhaltung

Zugehörige Richtlinien: Abteilungsrichtlinie zu Rabatten für Nichtversicherte, Richtlinie zur Rechnungsstellung und Inkasso

