Sutter Health	Gültigkeitsdatum: 01.12.1998 Datum der Endabnahme: 01.03.2007 Änderungsdatum: 26.10.2015 Datum der nächsten Überprüfung: 26.10.2018
	Verantwortlicher: Patrick McDermott, Vizepräsident Ertragsbuchhaltung
	Bereich der Richtlinie: Finanzen
	Referenzen: Finanzdienstleistungen für Patienten

RICHTLINIE ZU Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung für Sutter Health-Krankenhäuser

ZWECK

Der Zweck der Richtlinie besteht darin, den Krankenhauseinrichtungen von Sutter Health klare Anweisungen zu geben, damit die Wahrnehmung der Aufgabenbereiche Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung im Einklang mit geltendem Recht erfolgt.

RICHTLINIE

Sutter Health verfolgt die Politik, Patienten und entsprechenden Fremdregulierern Rechnungen korrekt, zeitnah und in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen und Bestimmungen auszustellen, insbesondere Paragraph 127400 ff. des kalifornischen Gesetzes über Sicherheit und Gesundheitsschutz (California Health and Safety Code) sowie den vom US-amerikanischen Finanzministerium gemäß Paragraph 501(r) der Abgabenordnung der USA (Internal Revenue Code) erlassenen Rechtsvorschriften.

GELTUNGSBEREICH

Diese Richtlinie gilt für alle lizenzierten Krankenhäuser, die von Sutter Health oder einer verbundenen Organisation (gemäß Definition in der Satzung von Sutter Health) betrieben werden, sowie für alle anderen Krankenhäuser, bei denen Sutter Health und/oder eine verbundene Organisation direkte oder indirekte Stimmrechtskontrolle oder eine Beteiligung von mehr als 50 % hält (nachfolgend „Krankenhaus“ oder „Sutter Health-Krankenhäuser“). Diese Richtlinie gilt auch für Inkassobüros, die im Namen eines Krankenhauses tätig werden. Sofern nicht anders bestimmt, gilt diese Richtlinie nicht für Ärzte oder Erbringer medizinischer Dienstleistungen, einschließlich Notärzte, Anästhesisten, Radiologen, Krankenhausärzte, Pathologen usw., deren Leistungen nicht in der Rechnung des Krankenhauses enthalten sind. Diese Richtlinie begründet keine Verpflichtung seitens des Krankenhauses, für die Dienste dieser Ärzte oder anderen Erbringer medizinischer Dienstleistungen aufzukommen. In Kalifornien sind Notärzte, die in der Notfallabteilung eines Krankenhauses arbeiten, dazu verpflichtet, nicht versicherten Patienten oder Patienten mit hohen medizinischen Kosten, die bei oder unter 350 Prozent der US-Armutsschwelle liegen, einen Preisnachlass zu gewähren.

DEFINITIONEN

Außerordentliche Inkassomaßnahme**:** Die folgenden Maßnahmen stellen „außerordentliche Inkassomaßnahmen“ dar:

(i) Eine Maßnahme, um von einem Patienten Zahlungen zu erhalten, die ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren bedingt, insbesondere die Einreichung einer Klage;

(ii) Verkauf der Verbindlichkeit eines Patienten gegenüber dem Krankenhaus an einen Dritten, insbesondere an ein Inkassobüro;

(iii) Meldung nachteiliger Informationen über einen Patienten an eine Verbraucherkreditauskunft oder ein Kreditbüro;

(iv) Pfändung eines Bankkontos;

(v) Herbeiführung einer Verhaftung in Verbindung mit der Eintreibung einer Forderung;

(vi) Lohnpfändung;

(vii) Pfandrecht an einer Wohnstätte oder sonstigem beweglichen oder unbeweglichen Vermögen;

(viii) Zwangsvollstreckung an unbeweglichem oder beweglichem Vermögen;

(ix) Verzögerung oder Verweigerung einer medizinisch notwendigen Versorgung aufgrund eines ausstehenden Restbetrages für eine oder mehrere frühere Leistungen; oder

(x) Einholung einer Untersuchungsanordnung.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen umfassen nicht die Geltendmachung eines Pfandrechts oder die Einziehung gemäß einem Pfandrecht, das im Sinne der Paragraphen 3040 oder 3045 des Zivilgesetzbuches geltend gemacht wurde. Ferner ist die Geltendmachung einer Forderung im Rahmen eines Insolvenzverfahrens keine außerordentliche Inkassomaßnahme.

Patient: Ein Patient bezieht sich auf die Person, die in einem Krankenhaus Leistungen entgegengenommen hat. Patient im Sinne dieser Richtlinie erfasst jede Person, die für ihre Versorgung finanziell aufkommen muss.

Beihilferichtlinie: Die „Beihilferichtlinie“ ist die „Sutter Health-Krankenhausrichtlinie zu Beihilfe (Wohlfahrtsversorgung)“, in der das Beihilfeprogramm von Sutter Health beschrieben wird – einschließlich der Kriterien, die Patienten erfüllen müssen, um beihilfeberechtigt zu sein, sowie des Verfahrens, in dessen Rahmen Patienten Beihilfe beantragen können.

Beihilfe: „Beihilfe“ bezieht sich auf umfassende karitative Behandlung (Full Charity Care) sowie auf die karitative Behandlung bei hohen medizinischen Kosten (High Medical Cost Charity Care) gemäß den Definitionen dieser Begriffe in der „Sutter Health-Krankenhausrichtlinie zu Beihilfe (Wohlfahrtsversorgung)“.

Hauptsprache des Krankenhaus-Versorgungsgebietes: Eine „Hauptsprache des Krankenhaus-Versorgungsgebietes“ ist eine Sprache, die von 1.000 Personen oder 5 % – je nachdem, was geringer ist – der vom Krankenhaus bedienten Gemeinschaft gebraucht wird, basierend auf der jüngsten vom Krankenhaus durchgeführten Gesundheitsbedarfsanalyse.

Nicht versicherter Patient: Ein „nicht versicherter Patient“ ist ein Patient, der über keine Fremdzahlungsquelle für einen Teil seiner medizinischen Kosten verfügt, insbesondere eine kommerzielle oder sonstige Versicherung, staatlich geförderte Gesundheitsversorgungsprogramme oder Haftpflicht, und bezieht sich auf einen Patienten, dessen Unterstützungsleistungen im Rahmen sämtlicher potenzieller Zahlungsquellen vor einer Aufnahme erschöpft waren.

Versicherter Patient: Ein „versicherter Patient“ ist ein Patient, der über eine Fremdzahlungsquelle für einen Teil seiner medizinischen Kosten verfügt.

Patientenzuzahlung: „Patientenzuzahlung“ bezeichnet den Betrag, den ein versicherter Patient selbst zahlen muss, nachdem die Höhe der Leistungsbezüge des Patienten im Rahmen seines Fremdschutzes ermittelt wurde.

Inkassobüro: Ein „Inkassobüro“ ist eine Organisation, die von einem Krankenhaus mit der Verfolgung oder Eintreibung von Patientenzahlungen beauftragt wird.

Abgerechnete Kosten: „Abgerechnete Kosten“ sind die nicht diskontierten Beträge, die ein Krankenhaus üblicherweise für Produkte und Dienstleistungen in Rechnung stellt.

VERFAHREN

A. Abrechnung gegenüber Fremdregulierern

1. Einholung von Informationen zum Versicherungsschutz: Die Krankenhäuser bemühen sich in angemessener Weise, von den Patienten Informationen darüber zu erlangen, ob die vom Krankenhaus gegenüber dem Patienten erbrachten Leistungen ganz oder teilweise von einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung oder Trägerschaft übernommen werden.

2. Abrechnung gegenüber Fremdregulierern: Die Krankenhäuser verfolgen gewissenhaft alle von Fremdregulierern fälligen Beträge, insbesondere beauftragte und nicht beauftragte Regulierer, Kostenträger von Entschädigungen, Haftpflicht- und Kfz-Versicherer sowie Kostenträger im Rahmen von Regierungsprogrammen, die für die Versorgung eines Patienten möglicherweise finanziell aufkommen müssen. Sutter Health stellt Rechnungen an alle entsprechenden Fremdregulierer auf Grundlage der vom Patienten oder seinem Vertreter zeitnah bereitgestellten oder verifizierten Informationen aus.

3. Streitbeilegung mit Fremdregulierern: Vor der Einleitung eines Gerichts- oder Schiedsverfahrens gegen einen Fremdregulierer sollten die Krankenhäuser die „Richtlinie über die Einleitung von Gerichts- oder Schiedsverfahren gegen Fremdregulierer“ heranziehen und beachten.

B. **Abrechnung gegenüber Patienten:** Der jeweilige Finanzverantwortliche oder Bevollmächtigte eines jeden Krankenhauses ermächtigt Sutter Health Shared Services, Inkassi von Patienten zu verfolgen.

1. Abrechnung gegenüber versicherten Patienten: Die Krankenhäuser stellen versicherten Patienten die Patientenzuzahlung, die sich gemäß den Erläuterungen zu Leistungsansprüchen (Explanation of Benefits, EOB) errechnet und vom Fremdregulierer angewiesen wird, zügig in Rechnung.

2. Abrechnung gegenüber nicht versicherten Patienten: Die Krankenhäuser stellen nicht versicherten Patienten zügig die vom Krankenhaus bereitgestellten Produkte und Dienstleistungen in Rechnung, indem der übliche Nachlass für Nichtversicherte oder der Nachlass für Nichtversicherte im ländlichen Raum von den abgerechneten Kosten des Krankenhauses wie folgt abgezogen wird:

   a. Üblicher Nachlass für Nichtversicherte: 40 % Ermäßigung auf abgerechnete Kosten für stationäre Leistungen und 20 % Ermäßigung auf abgerechnete Kosten für ambulante Dienste.

   b. Nachlass für Nichtversicherte im ländlichen Raum**:** 20 % Ermäßigung auf abgerechnete Kosten für stationäre und ambulante Dienstleistungen in ländlichen Krankenhäusern. Das Sutter Lakeside Hospital and Center for Health, das Sutter Coast Hospital sowie das Sutter Amador Hospital sind ländliche Krankenhäuser.

Der Nachlass für nicht versicherte Patienten gilt nicht für Patienten, die beihilfeberechtigt sind oder Leistungen erhalten, die bereits vergünstigt sind (d. h. pauschale Nachlässe für kosmetische Leistungen). Fallpauschalen und Pauschalpreise sollten nicht dazu führen, dass eine erwartete Zahlung geringer ausfällt als die Zahlung, mit der das Krankenhaus rechnen würde, wenn der Nachlass für nicht versicherte Patienten auf abgerechnete Kosten für Dienstleistungen angewandt worden wäre.

3. Beihilfeinformationen: Alle Rechnungen an Patienten enthalten die rechtlichen Hinweise, die dieser Richtlinie als Anhang A beigefügt sind. Anhang A enthält eine Übersicht der finanziellen Unterstützung, die berechtigten Patienten zur Verfügung steht.

4. Genaue Aufstellung: Alle Patienten können für ihr Konto jederzeit eine genaue Aufstellung anfordern.

5. Skonto**:** Sämtliche Rechnungen an Patienten enthalten Angaben zum Preisnachlass bei sofortiger Zahlung. Der Skonto ist ein weiterer Forderungsverzicht des Krankenhauses, der nicht versicherten Patienten eingeräumt wird, sofern sie unverzüglich bezahlen. Der Skonto ist ein Nachlass von 10 % des von einem nicht versicherten Patienten geschuldeten Betrages nach Anwendung aller sonstigen Ermäßigungen. Ein nicht versicherter Patient hat Anspruch auf diesen Nachlass, wenn die Zahlung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Datum der ersten Rechnungsstellung an den Patienten erfolgt.

6. Streitigkeiten: Jeder Patient kann einen Posten oder einen Kostenpunkt auf seiner Rechnung anfechten. Patienten können eine Streitigkeit schriftlich oder telefonisch mit einem Kundendienstmitarbeiter einleiten. Wenn ein Patient Unterlagen in Bezug auf die Rechnung anfordert, unternehmen die Mitarbeiter angemessene Anstrengungen, um die angeforderten Unterlagen innerhalb von zehn (10) Tagen bereitzustellen. Nachdem der Patient die Streitigkeit eingeleitet hat, halten die Krankenhäuser die Rechnung mindestens dreißig (30) Tage lang zurück, bevor sie weitere Beitreibungsmaßnahmen ergreifen.

C. INKASSOPRAKTIKEN

1. Allgemeine Inkassopraktiken: Gemäß dieser Richtlinie können Krankenhäuser angemessene Inkassomaßnahmen ergreifen, um von Patienten Zahlungen zu erhalten. Die Maßnahmen zur Zahlungseinforderung umfassen Patientenrechnungen, Telefonanrufe und Mahnungen in Bezug auf die an den Patienten oder den Bürgen gesendeten Rechnungen. Die Krankenhäuser müssen Verfahren entwickeln, um dafür Sorge zu tragen, dass Patientenfragen und -beschwerden zu Rechnungen untersucht und gegebenenfalls berichtigt werden, wobei der Patient anschließend zeitnah zu informieren ist.

2. Verbot außerordentlicher Inkassomaßnahmen: Krankenhäuser und Inkassobüros greifen in dem Versuch, Zahlungen von einem Patienten einzutreiben, **nicht** auf außerordentliche Inkassomaßnahmen zurück.

3. Keine Einziehung während des Beihilfe-Antragsprozesses: Krankenhäuser und Inkassobüros ziehen keine Forderungen von einem Patienten ein, der einen Antrag auf Beihilfe gestellt hat, und zahlen alle Beträge zurück, die sie vom Patienten vor oder während der Zeit erhalten haben, in der über den Antrag des Patienten noch nicht entschieden wurde.

4. Verbot der Nutzung von Informationen aus dem Beihilfeantrag: Krankenhäuser und Inkassobüros dürfen im Zuge ihrer Inkassotätigkeiten keine Informationen nutzen, die sie von einem Patienten während des Beihilfe-Antragsprozesses erhalten haben. Dieser

Abschnitt untersagt in keinster Weise die Nutzung von Informationen, die das Krankenhaus oder Inkassobüro unabhängig von der Prüfung des Beihilfeanspruchs erhalten hat.

5. Zahlungspläne:

    i. Berechtigte Patienten: Krankenhäuser und Inkassobüros, die in ihrem Namen agieren, bieten nicht versicherten Patienten und Patienten, die beihilfeberechtigt sind, die Möglichkeit, eine Vereinbarung zu schließen, laut der sie ihre Patientenzuzahlung (für versicherte Patienten) und übrigen fälligen Beträge nach und nach bezahlen können. Krankenhäuser können auch Zahlungspläne für versicherte Patienten schließen, die angeben, dass sie nicht in der Lage sind, eine Patientenzuzahlung in einer einzigen Rate zu bezahlen.

    ii. Bedingungen von Zahlungsplänen: Alle Zahlungspläne sind zinslos. Patienten haben die Möglichkeit, die Bedingungen des Zahlungsplans zu verhandeln. Falls sich ein Krankenhaus und ein Patient hinsichtlich der Bedingungen des Zahlungsplans nicht einigen können, bietet das Krankenhaus eine Zahlungsplanoption an, im Rahmen derer der Patient eine monatliche Zahlung von höchstens zehn Prozent (10 %) des monatlichen Familieneinkommens des Patienten nach Abzug wesentlicher Lebenshaltungskosten entrichtet. „Wesentliche Lebenshaltungskosten“ bezeichnet Kosten für Folgendes: Miete oder Hypothekenzahlungen sowie Gebäudeinstandhaltung, Lebensmittel und Haushaltsbedarf, Nebenkosten und Telefon, Kleidung, Arzt- und Zahnarztkosten, Versicherung, Schule oder Kinderbetreuung, Kindes- oder Ehegattenunterhalt, Fahrt- und Kfz-Kosten einschließlich Versicherung, Benzin und Reparaturen, Ratenzahlungen, Wäsche und Reinigung sowie sonstige außergewöhnliche Ausgaben.

    iii. Unwirksamkeitserklärung eines Zahlungsplans: Ein verlängerter Zahlungsplan kann für nicht mehr wirksam erklärt werden, wenn der Patient nicht in der Lage war, alle während eines Zeitraums von 90 Tagen fälligen Folgezahlungen zu begleichen. Bevor der verlängerte Zahlungsplan für nicht mehr wirksam erklärt wird, unternimmt das Krankenhaus oder Inkassobüro einen angemessenen Versuch, mit dem Patienten telefonisch in Kontakt zu treten und ihm schriftlich mitzuteilen, dass der verlängerte Zahlungsplan unwirksam werden kann und der Patient die Möglichkeit hat, den verlängerten Zahlungsplan neu zu verhandeln. Vor der Unwirksamkeitserklärung des verlängerten Zahlungsplans versucht das Krankenhaus oder Inkassobüro, die Bedingungen des nicht eingehaltenen verlängerten Zahlungsplans auf Wunsch des Patienten neu zu verhandeln. Im Sinne dieses Abschnittes können die Mitteilung und der Telefonanruf des Patienten an die zuletzt bekannte Telefonnummer und Adresse des Patienten erfolgen. Nachdem ein Zahlungsplan für unwirksam erklärt wurde, kann das Krankenhaus oder Inkassobüro die Inkassotätigkeiten entsprechend dieser Richtlinie einleiten.

6. Inkassobüros: Die Krankenhäuser können Patientenberichte unter den folgenden Voraussetzungen an ein Inkassobüro weiterleiten:

    i. Das Inkassobüro muss mit dem Krankenhaus eine schriftliche Vereinbarung getroffen haben;

    ii. In der schriftlichen Vereinbarung des Krankenhauses mit dem Inkassobüro muss festgeschrieben sein, dass das Inkassobüro bei der Wahrnehmung seiner Funktionen im Einklang mit der Mission, der Vision, den zentralen Werten, den Bestimmungen der Beihilferichtlinie, dieser Richtlinie zu Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung sowie dem Gesetz über die faire Preisgestaltung in Krankenhäusern (Hospital Fair Pricing Act) sowie den Abschnitten 127400 bis 127446 des Gesetzes über Sicherheit und Gesundheitsschutz handelt;

iii. Das Inkassobüro muss sich damit einverstanden erklären, keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen zur Eintreibung von Patientenschulden zu ergreifen;

iv. Die Forderung muss im Eigentum des Krankenhauses verbleiben (d. h., die Forderung wird nicht an das Inkassobüro „verkauft“);

v. Das Inkassobüro muss Prozesse etabliert haben, um möglicherweise beihilfeberechtigte Patienten zu identifizieren, die Verfügbarkeit und Einzelheiten der Beihilferichtlinie an diese Patienten zu kommunizieren und Patienten, die Beihilfe beantragen, an die Patientenfinanzdienstleistungen des Krankenhauses unter 855-398-1633 oder unter sutterhealth.org zurückzuverweisen. Das Inkassobüro darf keine Zahlungen von Patienten verlangen, die einen Antrag auf Beihilfe gestellt haben, und muss alle Beträge erstatten, die der Patient vor oder während der Zeit gezahlt hat, in der der Antrag anhängig ist.

vi. Alle Fremdregulierer müssen eine ordnungsgemäße Rechnung erhalten, die Zahlung eines Fremdregulierers darf nicht mehr ausstehen und der verbleibende Betrag muss in der finanziellen Verantwortung des Patienten liegen. Ein Inkassobüro darf einem Patienten keine Beträge in Rechnung stellen, die von einem Fremdregulierer zu zahlen sind.

vii. Das Inkassobüro muss jedem Patienten Anlage A, die rechtlichen Hinweise, zukommen lassen.

viii. Seit der Übersendung der ursprünglichen Rechnung für das Konto an den Patienten müssen mindestens 120 Tage vergangen sein.

ix. Der Patient verhandelt nicht über einen Zahlungsplan oder leistet regelmäßige Teilzahlungen in angemessener Höhe.

D. **Haftpflicht**

Die in dieser Richtlinie aufgeführten Bestimmungen hindern Krankenhauspartner oder externe Inkassobüros nicht an der Durchsetzung der Haftpflicht im Rahmen der Regelung zum Pfandrecht gegenüber Dritten.

VERWEISE[1]

US-Abgabenordnung (Internal Revenue Code) Abschnitt 501(r)

26 Code of Federal Regulations 1.501(r)-1 bis 1.501(r)-7

California Health and Safety Code, Abschnitte 124700 bis 127446

Die Richtlinie gilt gemeinsam mit der Richtlinie zu Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung der Sutter Health Krankenhäuser.

Anlage A – Rechtliche Hinweise

[1] Für einen schnelleren Zugang besteht die Möglichkeit, bei Verweisen auf andere Richtlinien in PolicyStat einen Weblink zu erstellen.

Vielen Dank, dass Sie sich für Ihre kürzlich in Anspruch genommenen Leistungen für Sutter Health entschieden haben. In der Anlage senden wir Ihnen die Kostenaufstellung für Ihren Krankenhausaufenthalt. **Die Zahlung ist sofort fällig.** Wenn Sie, wie nachfolgend beschrieben, bestimmte finanzielle Bedingungen erfüllen oder die Zahlung unverzüglich leisten, haben Sie Anspruch auf einen Preisnachlass.

Beachten Sie bitte, dass es sich bei dieser Aufstellung ausschließlich um die Rechnung für die Krankenhausleistungen handelt. Für die Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen während des Krankenhausaufenthalts, wie vom Arzt ausgestellte Scheine, und alle Leistungen von Anästhesisten, Pathologen, Radiologen, dem Rettungsdienst oder anderem medizinischen Personal, das nicht im Krankenhaus angestellt ist, entstehen unter Umständen zusätzliche Kosten. Für diese Leistungen erhalten Sie eine gesonderte Rechnung.

Ihre Rechte im Überblick: Laut Landes- und Bundesstaatengesetz sind Inkassounternehmen verpflichtet, Sie gerecht zu behandeln. Darüber hinaus ist es ihnen verboten, Falschaussagen zu treffen, Gewalt anzudrohen, obszöne oder beleidigende Sprache zu verwenden oder unsachgemäßen Informationsaustausch mit Dritten, einschließlich Ihrem Arbeitgeber, zu betreiben. Inkassounternehmen dürfen Sie nicht vor 08:00 Uhr und nach 21:00 Uhr kontaktieren, es sei denn, es treten außergewöhnliche Umstände ein. In der Regel darf ein Inkassounternehmen keinerlei Informationen über Ihre Schulden an andere Personen außer Ihrem Anwalt und Ehepartner weitergeben. Es ist einem Inkassounternehmen erlaubt, eine andere Person zu kontaktieren, um Ihren Aufenthaltsort zu bestätigen oder ein Gerichtsurteil durchzusetzen. Wenn Sie weitere Informationen über Inkassotätigkeiten erhalten möchten, können Sie sich gern an die Federal Trade Commission wenden: telefonisch unter 1-877-FTC-HELP (328-4357) oder im Internet unter www.ftc.gov.

Unter Umständen stehen Ihnen gemeinnützige Schuldenberatungen und Verbraucherschutzstellen lokaler Rechtsdienste in Ihrer Region zur Verfügung. Wenden Sie sich dazu an die Finanzdienststelle für Patienten unter 855-398-1633.

Sutter Health hat für die Beitreibung von Zahlungsverpflichtungen von Patienten Vereinbarungen mit externen Inkassobüros getroffen. Inkassobüros müssen die Richtlinien des Krankenhauses einhalten. Darüber hinaus müssen Inkassobüros jedwede zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten Zahlungspläne anerkennen und einhalten.

Beihilfe (karitative Behandlung): Sutter Health engagiert sich für die Beihilfe anspruchsberechtigter Patienten mit geringem Einkommen und Patienten, deren Versicherung einen hohen Eigenanteil für Behandlungen vorsieht. Nachfolgend werden die Voraussetzungen für den Anspruch auf Beihilfe und das Antragsverfahren für Patienten im Überblick dargestellt. Folgende Patientengruppen haben Anspruch auf Beihilfe:

- Patienten, die über keinerlei externe Quellen wie zum Beispiel eine Versicherungsgesellschaft oder ein staatliches Programm für die Zahlung oder Teilzahlung ihrer medizinischen Aufwendungen verfügen **und** deren Familieneinkommen bei oder unter 400 % der US-Armutsschwelle liegt.

- Patienten, die durch eine Versicherung abgesichert sind, aber (i) deren Familieneinkommen bei oder unter 400 % der US-Armutsschwelle liegt. **und** (ii) deren medizinische Aufwendungen für sie selbst oder ihre Familienmitglieder (innerhalb der letzten 12 Monate bei einem Krankenhauspartner angefallen oder an einen anderen Dienstleistungserbringer gezahlt) 10 % des Familieneinkommens des Patienten übersteigt.

- Patienten, die eine Versicherung haben, deren Leistungen jedoch bereits vor dem Krankenhausaufenthalt ausgeschöpft haben und deren Familieneinkommen 400 % der US-Armutsschwelle nicht übersteigt.

Sie können den Antrag auf Beihilfe unter Verwendung des Formulars stellen, das Sie bei der Finanzdienststelle für Patienten erhalten. Diese befindet sich in der Abteilung Patientenzugang/Registrierung im Krankenhaus oder ist telefonisch unter 855-398-1633 oder über die Website von Sutter Health (www.sutterhealth.org) oder die des Krankenhauses erreichbar. Sie können den Antrag auch persönlich bei einem Mitarbeiter der Finanzdienststelle für Patienten stellen, der Ihnen gern beim Ausfüllen des Antrags behilflich ist. Im Rahmen der Antragstellung werden Sie um Angaben zur Anzahl der Familienmitglieder, zu Ihrem monatlichen Einkommen und zu anderen Informationen gebeten, die dem Krankenhaus die Bestimmung Ihrer Anspruchsberechtigung für Beihilfe ermöglichen. Unter Umständen werden Sie um eine Lohnabrechnung oder einen Steuernachweis gebeten, damit Sutter Ihr Einkommen überprüfen kann.

Nachdem Sie Ihren Antrag eingereicht haben, prüft das Krankenhaus die Daten und informiert Sie schriftlich über Ihre Anspruchsberechtigung. Sollten Sie während der Antragstellung Fragen haben, wenden Sie sich gern unter (855) 398-1633 an die Finanzdienststelle für Patienten.

Sollten Sie mit der Entscheidung des Krankenhauses nicht einverstanden sein, können Sie diese bei der Finanzdienststelle für Patienten anfechten.

Kopien der Beihilferichtlinie dieses Krankenhauses, eine Zusammenfassung und ein Antrag in einfacher Sprache sowie die Anträge für staatliche Programme sind in mehreren Sprachen an unseren Patientenregistrierungsschaltern, in unseren Finanzdienststellen für Patienten sowie online unter www.sutterhealth.org und per Post erhältlich. Darüber hinaus senden wir Ihnen gern kostenlos ein Exemplar der Beihilferichtlinie zu, wenn Sie sich telefonisch unter 855-398-1633 an unsere Finanzdienststelle für Patienten wenden.

Gemäß Internal Revenue Code Section 1.501(r)-5 übernimmt Sutter Health das prospektive Medicare-Verfahren für allgemein abgerechnete Beträge; allerdings haben Patienten, die Anspruch auf Beihilfe haben, nicht für Beträge aufzukommen, die über die allgemein abgerechneten Beträge hinausgehen, da anspruchsberechtigte Patienten nichts bezahlen müssen.

Ausstehende Anträge: Erfolgt die Einreichung eines Antrags für ein anderes Gesundheitsversorgungsprogramm zeitgleich mit dem Antrag auf karitative Behandlung, so schließt keiner der Anträge die Anspruchsberechtigung für das andere Programm aus.

Krankenversicherung/staatliches Absicherungsprogramm/Beihilfe: Wenn Sie über Krankenversicherungsschutz, Medicare, Medi-Cal, California Children's Services oder eine andere Quelle für die Begleichung dieser Rechnung verfügen, setzen Sie sich bitte mit der Finanzdienststelle für Patienten unter 855-398-1633 in Verbindung. Gegebenenfalls stellt die Finanzdienststelle für Patienten die Kosten für Ihre Behandlung diesen Einrichtungen in Rechnung.

Wenn Sie über keine Krankenversicherung oder Absicherung durch ein staatliches Programm wie Medi-Cal oder Medicare verfügen, haben Sie eventuell Anspruch auf Unterstützung durch ein staatliches Programm. Die Finanzdienststelle für Patienten gibt Ihnen gern die Antragsformulare und unterstützt Sie bei der Antragstellung.

Wenn Ihnen vom Krankenhaus Beihilfe gewährt wurde, die Ihrer Meinung nach die in dieser Rechnung aufgeführten Leistungen abdeckt, setzen Sie sich bitte mit der Finanzdienststelle für Patienten unter 855-398-1633 in Verbindung.

California Health Benefit Exchange: Eventuell haben Sie Anspruch auf Krankenversicherungsschutz im Rahmen von Covered California. Wenden Sie sich an die Geschäftsstelle des Krankenhauses, um weitere Informationen und Unterstützung zu erhalten und herauszufinden, ob Sie für den Krankenversicherungsschutz im Rahmen von Covered California anspruchsberechtigt sind.

Kontakt: Die Finanzdienststelle für Patienten steht Ihnen gern für alle Fragen zu Ihrer Krankenhausrechnung zur Verfügung und hilft Ihnen bei der Antragstellung für Beihilfe oder ein staatliches Programm. Die Telefonnummer lautet 855-398-1633. Sie erreichen uns telefonisch von Montag bis Freitag 08:00-17:00 Uhr.