	DATUM RICHTLINIENENTWURF Gültigkeitsdatum: Datum der Endabnahme: Änderungsdatum: Datum der nächsten Überprüfung:	28.07.2015 31.12.2015 01.01.2019
	Verantwortlicher: Jeff Sprague, CFO	
	Bereich der Richtlinie:	Finanzen
Richtlinie für Finanzen: Ersetzt Richtlinie	Referenzen:	

RICHTLINIE ZUR BEIHILFE (KARITATIVE BEHANDLUNG)

ZWECK

Zweck dieser Richtlinie ist die Informationsbereitstellung für Patienten zur Beihilfe (karitative Behandlung), die in Krankenhäusern von Sutter Health zur Verfügung steht, sowie die Darlegung des Verfahrens zur Bestimmung der Anspruchsberechtigung für die Beihilfe.

RICHTLINIE

Sutter Health verfolgt den Grundsatz, den Patienten Informationen zu finanzieller Unterstützung auf verständliche Weise und in Schriftform zur Verfügung zu stellen, damit anspruchsberechtigte Patienten von einer einkommensabhängigen Beihilfe (karitative Behandlung) profitieren können.

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“ (wie in Anhang G aufgeführt)). 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

Komplexe/Spezialleistungen: „Komplexe/Spezialleistungen“ sind Leistungen, die Sutter Health oder ein Krankenhaus als komplex oder spezialisiert einordnet (z. B. Transplantate, Behandlungen zu Versuchs- und Forschungszwecken), sowie einige ausgewählte Leistungen, die üblicherweise vom Versicherungsschutz einer Versicherungsvereinbarung für Gesundheitspläne ausgeschlossen sind (z. B. kosmetische Eingriffe).

US-Armutsschwelle (Federal Poverty Level – FPL):Die „US-Armutsschwelle“ oder „FPL“ misst das Einkommensniveau und wird jährlich vom US-amerikanischen Gesundheitsministerium (HHS) veröffentlicht. Anhand des Index bestimmen Krankenhäuser die Anspruchsberechtigung für die Beihilfe.

Beihilfe*:* „Beihilfe“ bezeichnet die umfassende karitative Behandlung und die karitative Behandlung bei hohen medizinischen Kosten (wie in Abschnitt A.1, „Anspruchsberechtigung“, dargelegt).

Krankenhausleistungen:„Krankenhausleistungen“ bezeichnet alle Leistungen, für die ein Krankenhaus lizenziert ist, einschließlich Notfall- und anderer aus ärztlicher Sicht notwendiger Behandlungen (mit Ausnahme von komplexen/Spezialleistungen).

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: „Nicht versicherter Patient“ bezeichnet einen Patienten, der über keinerlei externe Quellen für die Zahlung oder Teilzahlung seiner medizinischen Aufwendungen verfügt, einschließlich kommerzielle und andere Versicherungen, staatlich geförderte Programme zur Gesundheitsfürsorge oder Haftpflicht. Dazu zählen auch Patienten, deren Leistungsbezüge von allen möglichen Zahlungsquellen vor der Einweisung bereits erschöpft waren.

Versicherter Patient: „Versicherter Patient“ bezeichnet einen Patienten, der über eine externe Quelle für die Zahlung oder Teilzahlung seiner medizinischen Aufwendungen verfügt. Patienten, die durch Medi-Cal geschützt sind, fallen jedoch nicht hierunter.

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.

VERFAHREN

A. ANSPRUCHSBERECHTIGUNG

1. Kriterien für die Anspruchsberechtigung: Krankenhäuser haben während des in den Abschnitten B und C dieses Dokuments dargelegten Antragsverfahrens folgende Anspruchskriterien für die Beihilfe zu verwenden:

Kategorie der Beihilfe	Kriterien für die Anspruchsberechtigung des Patienten	Möglicher Preisnachlass
UMFASSENDE KARITATIVE BEHANDLUNG	Patient ist nicht versichert und das Familieneinkommen (wie nachfolgend definiert) liegt bei oder unter 400% der jeweils aktuellen US-Armutsschwelle.	Vollständiger Forderungsverzicht aller Kosten für Krankenhausleistungen
KARITATIVE BEHANDLUNG BEI HOHEN MEDIZINISCHEN KOSTEN (für versicherte Patienten)	1. Patient ist versichert und das Familieneinkommen (wie nachfolgend definiert) liegt bei oder unter 400% der jeweils aktuellen US-Armutsschwelle **und** 2. Medizinische Aufwendungen für sie selbst oder ihre Familienmitglieder (innerhalb der letzten 12 Monate bei einem Krankenhauspartner angefallen oder an einen anderen Dienstleistungserbringer gezahlt) übersteigen 10 % des Familieneinkommens des Patienten.	Verzicht auf den Betrag der Patientenzuzahlung für Krankenhausleistungen

2. Berechnung des Familieneinkommens: Zur Bestimmung der Anspruchsberechtigung eines Patienten auf Beihilfe hat das Krankenhaus zuerst das Familieneinkommen des Patienten wie folgt zu berechnen:

    a) Familie des Patienten: Die Familie des Patienten ist wie folgt zu bestimmen:

        (i) Erwachsene Patienten: Bei Patienten über 18 Jahren umfasst die Familie des Patienten den Ehepartner, Lebenspartner und unterhaltsberechtigte Kinder unter 21, unabhängig davon, ob sie im Haushalt wohnen oder nicht.

        (ii) Minderjährige Patienten: Bei Patienten unter 18 Jahren umfasst die Familie des Patienten die Eltern, Fürsorge leistende Verwandte und andere unterhaltsberechtigte Kinder unter 21 der Eltern oder Fürsorge leistenden Verwandten.

    b) Nachweis des Familieneinkommens: Zur Überprüfung des Einkommens dürfen von den Patienten ausschließlich aktuelle Lohnabrechnungen oder Steuernachweise verlangt werden. Das Familieneinkommen ist das jährliche Einkommen aller Mitglieder der Familie des Patienten der letzten 12 Monate oder des letzten Steuerjahres wie auf den aktuellen Lohnabrechnungen oder Einkommenssteuernachweisen angegeben, abzüglich Unterhaltszahlungen an Kinder und ehemalige Partner. Einkommen bezeichnet in dieser Berechnung jede Form von Einkommen, z. B. Löhne und Gehälter, Rentenbezüge, geldwerte staatliche Leistungen wie Lebensmittelmarken, und Gewinne aus Investitionen. Das Jahreseinkommen kann bestimmt werden, indem das Familieneinkommen im bisherigen Jahresverlauf auf das Jahr hochgerechnet wird. Sutter lässt das Einkommen bei begründetem Verdacht ggf. durch externe Beihilfestellen überprüfen, sofern diese das Einkommen ausschließlich auf Grundlage der gemäß dieser Richtlinie zulässigen Informationen bestimmen.

    c) Berechnen des Familieneinkommens für verstorbene Patienten: Verstorbene Patienten, ohne überlebende Ehegatten, können im Sinne der Berechnung des Familieneinkommens ohne Einkommen eingetragen sein. Ein Einkommensnachweis ist bei verstorbenen Patienten nicht erforderlich. Jedoch kann ein Nachweis zum Immobilienvermögen erforderlich sein. Der überlebende Ehepartner eines verstorbenen Patienten kann Beihilfe beantragen

3. Berechnen des Familieneinkommens als Prozentsatz der Armutsschwelle in den USA (FPL): Nach Festsetzung des Familieneinkommens sollte das Krankenhaus die Höhe des Familieneinkommens im Vergleich zur Armutsschwelle (FPL) berechnen, ausgedrückt als Prozentsatz der FPL. Wenn z. B. die Armutsschwelle (FPL) in den USA bei 20.000 USD liegt, und das Familieneinkommen eines Patienten 60.000 USD beträgt, sollte das Krankenhaus das Familieneinkommen des Patienten auf 300 % des FPL bemessen. Krankenhäuser sollten diese Berechnung während des Antragsverfahrens verwenden, um zu beurteilen, ob der Patient die Einkommenskriterien für eine Beihilfe erfüllt.

4. Besondere Umstände – Leistungen während des stationären Aufenthalts ausgeschöpft: Wenn ein Versicherungsschutz eines versicherten Patienten nur für einen Teil der erwarteten Kostenerstattung des Patientenaufenthalts aufkommt, da der Patient seine Leistungen während des Aufenthalts ausgeschöpft hat, sollte das Krankenhaus vom Patienten den Betrag der zu erwartenden Rückerstattung einfordern, der vom Versicherungsschutz anfallen würde, wenn die Leistungen nicht ausgeschöpft wären. Ein Krankenhaus sollte vom Patienten keinen Geldbetrag einfordern, der den Betrag übersteigt, der vom Versicherungsschutz anfallen würde, wenn die Leistungen nicht ausgeschöpft wären, sowie die Teilkosten des Patienten oder die Mitversicherung. Ein Patient, der seinen Höchstsatz während eines Aufenthalts überschritten hat, kann eine Beihilfe beantragen. Sollte der Patient für eine Beihilfe in Betracht gezogen werden,

sollte das Krankenhaus alle Aufwendungen für Dienstleistungen abschreiben, die das Krankenhaus erbracht hat, nachdem der Höchstsatz überschritten wurde.

5. Ausschluss/Aberkennung der Beihilfe: Unter folgenden Umständen wird die Beihilfe im Rahmen dieser Richtlinien nicht geleistet:

    a) Unversicherte Patienten, die komplexe/Spezialleistungen anstreben: Im Allgemeinen müssen unversicherte Patienten, die komplexe/Spezialleistungen (z. B. Transplantationen, Versuchs- und Untersuchungsverfahren) anstreben und Beihilfe für diese Leistungen einfordern, eine behördliche Genehmigung von der für den Bereich Finanzierungen verantwortlichen Person (oder einem Bevollmächtigten) im Krankenhaus einholen, um die Voraussetzung für eine Beihilfe zu erfüllen. Krankenhäuser sollten ein Verfahren für Patienten entwickeln, um eine vorherige behördliche Genehmigung für Leistungen, die solch eine Genehmigung erfordern, einzuholen. Wahlleistungen, die gemäß den Vereinbarungen der Krankenversicherung normalerweise vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind (z. B. kosmetische Behandlungen), kommen für eine Beihilfe nicht in Betracht.

    b) Medi-Cal-Patienten mit Kostenanteil: Medi-Cal-Patienten, die einen Teil der Kosten aufbringen müssen, werden für eine Beihilfe nicht in Betracht gezogen, um die zu zahlende Höhe der Kostenanteile zu reduzieren. Krankenhäuser sollten diese Beträge vom Patienten einfordern.

    c) Ein Patient verweigert versicherte Leistungen: Ein versicherter Patient, der Leistungen wählt, die nicht unter das Patientenabkommen fallen (wie beispielsweise ein HMO-Patient, der Leistungen außerhalb des Netzwerks von Sutter fordert, oder ein Patient, der den Transfer von einem Sutter-Krankenhaus zu einer Einrichtung innerhalb des Netzwerks verweigert), kommt für die Beihilfe nicht in Betracht.

    d) Versicherter Patient kooperiert nicht mit einem Ausgabenträger: Ein versicherter Patient, der bei einem Ausgabenträger versichert ist, der die Zahlung von Leistungen verweigert, da es der Patient versäumt hat, dem Ausgabenträger Informationen zu übermitteln, die zur Bestimmung der Haftung des Ausgabenträgers erforderlich sind, kommt für die Beihilfe nicht in Betracht.

    e) Kostenträger bezahlt Patienten unmittelbar: Sollte ein Patient durch Entschädigungen, Medicare-Ergänzungsversicherungen oder einem anderen Kostenträger Direktzahlungen für Leistungen erhalten, kommt dieser Patient für die Beihilfe nicht in Betracht.

    f) Verfälschen von Informationen: Krankenhäuser können die Beihilfe an Patienten verweigern, die Informationen zum Familieneinkommen oder andere Informationen in ihrer Antragstellung verfälschen.

    g) Rückforderungen Dritter: Sollte der Patient von einem rechtswidrig Handelnden, der den Schaden am Patienten verursacht hat, eine Ausgleichsleistung oder ein Urteil erhalten, muss der Patient den Ausgleichsbetrag bzw. die Urteilssumme verwenden, um etwaige Guthaben auf dem Patientenkonto zu decken. Dieser Patient ist ebenfalls von einer finanziellen Unterstützung ausgeschlossen.

    h) Professionelle (ärztliche) Leistungen: Leistungen von Ärzten wie Anästhesisten, Krankenhausärzte, Pathologen usw. sind durch diese Richtlinien nicht abgedeckt. Ausnahmen werden in Anhang A aufgeführt. Viele Ärzte unterliegen der Richtlinie für freiwillige Arzteinsätze (Charity Care Policy), die Patienten ermöglicht, kostenlose oder ermäßigte Behandlung zu beantragen. Patienten sollten Informationen zur Richtlinie für freiwillige Arzteinsätze (Charity Care Policy) direkt von ihrem Arzt erhalten.

B. ANTRAGSVERFAHREN

1. Jedes Krankenhaus sollte angemessene Anstrengungen unternehmen, um vom Patienten oder seinem/ihrem Vertreter Auskünfte darüber zu erhalten, ob private oder gesetzliche Krankenversicherungen die Gebühren für Gesundheitsdienste, die vom Krankenhaus geleistet werden, ganz oder teilweise decken. Ein Patient, der zu irgendeinem Zeitpunkt auf seine Zahlungsunfähigkeit in Bezug auf die Krankenhausleistungen hinweist, sollte für eine Beihilfe in Betracht gezogen werden. Um als unversicherter Patient bezuschusst zu werden, muss der Patient oder sein Bürge nachweisen, dass ihm keine Versicherungsdeckung oder Regierungsleistungen bekannt ist, die die Rechnung decken oder diskontieren würde. Alle Patienten sollten dabei unterstützt werden, ihre eventuelle Beihilfefähigkeit zu ermitteln, wenn sie dies nicht bereits getan haben.

2. Patienten, die eine Beihilfe beantragen, sollten das standardisierte Antragsformular von Sutter Health verwenden, das Sie unter Anhang B „Antrag auf Beihilfe“ (Application for Financial Assistance) finden.

3. Patienten können Finanzhilfe beantragen, indem Sie den Antrag auf Beihilfe in den unter Anhang A aufgelisteten Sutter Health-Krankenhäusern persönlich ausfüllen, oder per Telefon unter 855-398-1633, per Mail oder über die Sutter Health-Website (www.sutterhealth.org).

4. Patienten sollten den Antrag auf Beihilfe an folgende Adresse senden: Sutter Health, P. O. Box 619010, Roseville, CA 95661-9998 Attn: Charity Care Application.

5. Patienten sollten den Antrag auf Beihilfe nach Erhalt der Krankenhausleistungen sobald wie möglich einreichen. Wird der Antrag nicht innerhalb von 240 Tagen, nachdem das Krankenhaus dem Patienten die erste nachstationäre Rechnung zugestellt hat, ausgefüllt und zurückgesandt, kann die Beihilfe verweigert werden.

C. FESTLEGUNG DER BEIHILFE

1. Das Krankenhaus berücksichtigt jeden Antrag auf Beihilfe und gewährleistet diese, wenn der Patient alle in Abschnitt A.1 festgesetzten Auswahlkriterien erfüllt und Krankenhausleistungen erhalten hat (oder erhalten wird).

2. Patienten können auch staatliche Hilfe beantragen, was sinnvoll sein kann, wenn für den entsprechenden Patienten laufende Leistungen erforderlich sind.

    a) Das Krankenhaus sollte Patienten darin unterstützen, zu ermitteln, ob sie für staatliche oder andere Unterstützungsleistungen in Betracht gezogen werden, oder ob sich Patienten für das Projekt „California Health Benefit Exchange“ bewerben können (z. B. Covered California).

    b) Wenn ein Patient einen Antrag stellt oder ein Antrag für ein anderes Versicherungsprogramm anhängig ist, und der Patient zu diesem Zeitpunkt staatliche Unterstützung beantragt, schließt der Antrag auf Versicherungsschutz unter einem anderen Versicherungsprogramm nicht die Berechtigung auf Beihilfe aus.

3. Sobald der Anspruch auf umfassende karitative Behandlung oder karitative Behandlung bei hohen medizinischen Kosten bestimmt wurde, wird eine Benachrichtigung „Notification Form“ (Anhang D) an alle Antragsteller gesendet, in der die Entscheidung des Krankenhauses mitgeteilt wird.

4. Patienten wird voraussichtlich eine Beihilfe über einen Zeitraum von einem Jahr eingeräumt, nachdem das Krankenhaus die Benachrichtigung an den Patienten gesendet hat. Nach einem Jahr muss der Patient die Beihilfe erneut beantragen.

5. Wenn die Festsetzung auf Beihilfe ein Guthaben zugunsten des Patienten erzeugt, sollte die Rückerstattung des Guthabens die Zinsen für den Überzahlungsbetrag mit einschließen (10 % jährlich), gemäß Health and Safety Code, Abschnitt 127440, unter der Voraussetzung, dass das Krankenhaus keine Guthaben erstatten muss, die zusammen mit den Zinsen unter fünf Dollar (5 USD) liegen.

D. STREITIGKEITEN

Der Patient kann eine Nachprüfung der Entscheidung über die Ablehnung der finanziellen Unterstützung durch das Krankenhaus beantragen, indem er die für den Bereich Finanzierungen verantwortliche Person (oder ihren Bevollmächtigten) innerhalb von dreißig (30) Tagen über die Streitgrundlage und die gewünschte Entlastung benachrichtigt, nachdem der Patient über die Umstände, die die Streitigkeit hervorrufen, Kenntnis genommen hat. Patienten können den Streitfall schriftlich oder mündlich übermitteln. Die im Krankenhaus für den Bereich Finanzierungen verantwortliche Person oder ihr Bevollmächtigter sollten die Streitigkeit sobald wie möglich überprüfen und den Patienten über seine Entscheidung schriftlich benachrichtigen.

E. VERFÜGBARKEIT DER BEIHILFE

1. **Sprachen**: Diese Richtlinie sollte in der Hauptsprache/den Hauptsprachen der Hospital Service Area verfügbar sein. Zusätzlich sollten alle Mitteilungen/Ankündigungen in diesem Abschnitt in der Hauptsprache/den Hauptsprachen der Hospital Service Area verfügbar sein und mit allen geltenden Bundes- und Staatsgesetzen und Vereinbarungen übereinstimmen.

2. **Von den Patienten bereitgestellte Informationen während der Erbringung von Krankenhausleistungen**:

   a) Vorstationäre Behandlung oder Anmeldung: Bei der vorstationären Behandlung oder Anmeldung (oder sobald wie möglich danach) sollten Krankenhäuser Patienten eine Kopie von Anhang E bereitstellen, der eine verständliche Zusammenfassung der Beihilferichtlinie beinhaltet, sowie Informationen über das Recht der Patienten, eine Schätzung über ihre finanzielle Verantwortung für Leistungen einzufordern. Krankenhäuser sollten die Abteilung ermitteln, in der Patienten Informationen zur Beihilfe und Unterstützung beim Beantragen derselben erhalten.

   b) Beihilfeberater: Patienten, die möglicherweise nicht versichert sind, sollte ein Finanzberater zugewiesen werden, der die Patienten im Krankenhaus persönlich aufsuchen sollte. Finanzberater sollten solchen Patienten den Antrag auf Beihilfe und die Kontaktinformationen des Krankenhauspersonals zukommen lassen, das zusätzliche Informationen über diese Beihilferichtlinie bereitstellen kann und Patienten in ihrem Antragsverfahren unterstützt.

   c) Notfalldienste: Bei Notfällen sollten Krankenhäuser allen Patienten, nach der Stabilisierung des Gesundheitszustands des Patienten oder bei Entlassung, so bald wie möglich eine verständliche Zusammenfassung der Beihilferichtlinie zukommen lassen.

   d) Bereitgestellte Anträge bei Entlassung: Zum Zeitpunkt der Entlassung sollten die Krankenhäuser allen Patienten eine Kopie von Anhang E bereitstellen, der eine verständliche Zusammenfassung der Beihilferichtlinie umfasst, und unversicherten Patienten die Anträge für Medi-Cal und California Children Services oder andere anwendbaren Regierungsleistungen bereitstellt.

3. **Anderweitig bereitgestellte Informationen**:

a) Kontaktinformationen: Patienten können unter der Nummer 1-855-398-1633 anrufen oder die in Anhang G aufgeführte Krankenhausabteilung kontaktieren, um zusätzliche Informationen zur finanziellen Unterstützung und Hilfestellung beim Antragsverfahren zu erhalten.

b) Rechnungen: Krankenhäuser sollten Patienten Rechnungen gemäß der Richtlinie zu Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung von Sutter Health , ausstellen. Rechnungen an Patienten sollten folgende Informationen von Anhang E beinhalten: Eine verständliche Zusammenfassung der Beihilferichtlinie; Telefonnummer für Patienten für Fragen zur Beihilfe; die Website-Adresse, auf der Patienten zusätzliche Informationen zur Finanzhilfe einschließlich der Beihilferichtlinie erhalten; eine verständliche Zusammenfassung der Richtlinien und der Antrag auf Beihilfe. Eine Zusammenfassung der gesetzlichen Ansprüche ist in in Anhang F und der Endabrechnung des Patienten enthalten.

c) Auf Anfrage: Krankenhäuser sollten Patienten auf Anfrage und unentgeltlich Kopien in Papierform zu Folgendem bereitstellen: Beihilferichtlinie, Antrag auf Beihilfe, eine verständliche Zusammenfassung der Beihilferichtlinie.

4. **Verbreitung der Informationen zur Beihilfe**:

a) Veröffentlichung: Krankenhäuser sollten Kopien der Beihilferichtlinie, des Antrags auf Beihilfe und der verständlichen Zusammenfassung der Beihilferichtlinie an einer markanten Stelle in der Notaufnahme, im Eingangsbereich und an anderen Orten mit großem Patientenaufkommen im Krankenhaus veröffentlichen, darunter Wartezimmer, Finanzabteilungen und Ambulanzen. Diese öffentlichen Mitteilungen sollten Informationen zum Recht der Patienten beinhalten, eine Schätzung über ihre finanzielle Verantwortung für Leistungen einzufordern.

b) Website: Die Beihilferichtlinie, der Antrag auf Beihilfe und die verständliche Zusammenfassung sollten an einer markanten Stelle auf der Sutter Health-Website (www.sutterhealth.org) und auf den Webseiten der jeweiligen Krankenhäuser veröffentlicht werden. Personen, die Informationen zur Beihilfe einholen möchten, sollten nicht dazu aufgefordert werden, ein Benutzerkonto zu erstellen oder persönliche Informationen zu übermitteln, bevor sie Informationen zur Beihilfe erhalten haben.

c) Mail: Patienten können eine Kopie der Beihilferichtlinie, des Antrags auf Beihilfe und der verständlichen Zusammenfassung anfordern, die dem Patienten unentgeltlich per Mail gesendet werden.

d) Anzeige/Pressemitteilungen: Sutter Health wird bei Bedarf, mindestens jedoch einmal pro Jahr, in den wichtigsten Zeitungen der Gemeinden, die Sutter Health nutzen, eine Anzeige zur Verfügbarkeit der Beihilfe in Krankenhäusern veröffentlichen, oder wenn das nicht sinnvoll ist, eine Pressemitteilung mit diesen Informationen herausgeben oder andere Wege finden, die nach Ansicht von Sutter Health geeignet sind, um eine große Zahl betroffener Patienten in unseren Gemeinden über die Verfügbarkeit der Richtlinie zu informieren.

e) Gemeinschaftsbewusstsein: Sutter Health und die angeschlossenen Organisationen, Ärzte, Gesundheitszentren und andere Gesundheitseinrichtungen arbeiten zusammen und benachrichtigen die Öffentlichkeit (in erster Linie die Bedürftigen, die am ehesten Anspruch auf Beihilfe haben) über die Leistungen der finanziellen Unterstützung.

F. SONSTIGES

1. **Unterlagen**:

Die Unterlagen über die Beihilfe müssen schnell zugänglich sein. Das Krankenhaus muss die Informationen über die Anzahl der nicht versicherten Patienten, die Dienstleistungen vom Krankenhaus erhalten haben, über die Anzahl der ausgefüllten Anträge auf Beihilfe, die Anzahl der genehmigten Anträge, über die geschätzte Höhe der Leistungen in Dollar und die Anzahl der abgelehnten Anträge sowie über die Gründe für die Ablehnung aufbewahren. Die Hinweise zur Genehmigung oder Ablehnung der finanziellen Hilfe müssen außerdem in das Patientenkonto eingegeben werden.

2. Zahlungspläne:
Patienten haben unter Umständen Anspruch auf einen Zahlungsplan. Zahlungspläne werden gemäß der Richtlinie zu Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung von Sutter Health angeboten und verhandelt.

3. Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung:
Die Krankenhäuser können angemessene Maßnahmen zur Zahlungseinforderung unternehmen, um die Zahlung der Patienten einzuziehen. Die Informationen, die während der Beantragung der finanziellen Unterstützung vorgelegt wurden, dürfen weder vom Krankenhaus noch von Inkassobüros verwendet werden, die das Krankenhaus beauftragt hat. Die Maßnahmen zur Zahlungseinforderung umfassen Patientenrechnungen, Telefonanrufe und Mahnungen in Bezug auf die an den Patienten oder den Bürgen gesendeten Rechnungen. Die Filialen und die Ertragsbuchhaltung müssen Verfahren entwickeln, die gewährleisten, dass alle Fragen und Beschwerden der Patienten im Zusammenhang mit der Rechnung bearbeitet sowie die Rechnungen ggf. korrigiert und die Patienten rechtzeitig informiert werden. Das Krankenhaus bzw. Inkassounternehmen werden (gemäß der Richtlinie zu Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung von Sutter Health) keine außerordentlichen Maßnahmen zur Einforderung von Zahlungen ergreifen. Kopien der Richtlinie zu Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung können kostenlos auf der Webseite von Sutter Health unter www.sutterhealth.org, telefonisch unter 855-398-1633 oder im Krankenhaus an der Rezeption, dem Büro Finanzdienstleistungen für Patienten und der Notaufnahme eingesehen bzw. angefordert werden.

4. Einreichen beim OSHPD:
Die Sutter Health Krankenhäuser reichen die Richtlinien der finanziellen Unterstützung beim Office of Statewide Planning and Healthcare Development (OSHPD) ein. Sie finden die Richtlinien auf der Webseite des OSHPD unter: https://syfphr.oshpd.ca.gov/

5 In Rechnung gestellte Beträge
In Einklang mit der US-Abgabenordnung (Internal Revenue Code) Abschnitt 501(r) nutzt Sutter die vielversprechende Methode von Medicare zur Einholung der üblicherweise in Rechnung gestellten Beträge. Patienten, die einen Anspruch auf finanzielle Hilfestellung haben, zahlen nur die üblicherweise in Rechnung gestellten Beträge und sind ansonsten von Zahlungen befreit.

REFERENZEN

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 (Finanzpolitik 14-227).

ANHÄNGE

Anhang A – Von der Richtlinie abgedeckte und nicht abgedeckte Anbieter
Anhang B – Antrag auf Beihilfe
Anhang C – Arbeitsblatt zur Berechnung der Beihilfe
Anhang D – Benachrichtigungsformular zur Bestimmung des Anspruchs auf Charity Care
Anhang E – Wichtige Rechnungsinformationen für Patienten

Anhang F – Rechtliche Hinweise
Anhang G – Angeschlossene Krankenhäuser von Sutter Health, Adresse und Adresse der Webseite für die Beihilfe

Anhang A

Von der Richtlinie abgedeckte und nicht abgedeckte Anbieter

Die auf http://www.sutterhealth.org/communitybenefit/financial-assistance.html aufgeführten Anbieter **sind von dieser Richtlinie abgedeckt**.

Die auf http://www.sutterhealth.org/communitybenefit/financial-assistance.html aufgeführten Anbieter **sind von dieser Richtlinie nicht abgedeckt**.

Anhang B
ANTRAG AUF BEIHILFE

PATIENTENNAME _____ EHEPARTNER _____

ADRESSE _____ TELEFON _____

KONTO-NR. _____ SNN _____ _____

(PATIENT) (EHEPARTNER)

FAMILIENSTAND: Geben Sie alle Ehepartner, Lebenspartner sowie alle Kinder an, die jünger als 21 Jahre sind. Geben Sie bei minderjährigen Patienten alle Eltern, häuslichen Betreuer und alle Geschwister an, die jünger als 21 Jahre sind.

Name	Alter	Verwandtschaftsgrad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

BESCHÄFTIGUNG UND BERUF:

ARBEITGEBER: _____ Stelle: _____

Ansprechpartner und Telefon: _____

Bei Selbständigkeit Name des Unternehmens: _____

Arbeitgeber des Ehepartners: _____ Stelle: _____

Ansprechpartner und Telefon: _____

Bei Selbständigkeit Name des Unternehmens: _____

AKTUELLES MONATLICHES EINKOMMEN

		Patient	Anderes Familien-einkommen
	Bruttolohn (ohne Abzüge)		
Plus:	Einkommen aus dem operativen Geschäft (bei Selbstständigkeit)	_____	_____
Plus:	Sonstiges Einkommen:		
	Zinsen und Dividenden	_____	_____
	Aus Immobilien und Privateigentum	_____	_____
	Sozialversicherung	_____	_____
	Sonstige (bitte angeben):	_____	_____
	Erhaltene Unterhaltszahlung oder Unterstützung	_____	_____
Abziehen:	Gezahlte Unterhaltszahlung oder Unterstützung	_____	_____
Gleich:	Aktuelles monatliches Einkommen	_____	_____
	Monatliches Einkommen insgesamt (Patient + Ehepartner addieren)	_____	_____
	Einkommen wie oben	_____	_____

FAMILIENGRÖSSE

Familienmitglieder insgesamt
(Patient, Eltern (bei Minderjährigen), Ehepartner und Kinder wie oben)

Ja Nein

Sind Sie krankenversichert?	☐	☐
Sind Sie anderweitig versichert (z. B. Kfz-Versicherung)?	☐	☐
Wurden Ihre Verletzungen durch Dritte verursacht (z. B. bei einem Autounfall, Ausrutschen, Sturz)?	☐	☐

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erlaube ich Sutter Health, meine Anstellung zum Zweck der Feststellung meines Anspruchs auf finanzielle Vergünstigung zu prüfen. Ich weiß, dass ich verpflichtet bin, auf Anfrage Nachweise über die von mir angegebenen Informationen vorzulegen.

_____ _____
(Unterschrift des Patienten oder Bürgen) (Datum)

_____ _____
(Unterschrift des Ehepartners) (Datum)

Anhang C
ARBEITSBLATT ZUR BERECHNUNG DER FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG

Patientenname: _____ Patientenkonto-Nr.: _____
Krankenhaus:
_____

Besondere Umstände/Hinweise: _____
_____
_____
_____

	Ja	Nein
Ist der Patient krankenversichert?	□	□
Hat der Patient Anspruch auf Medicare?	□	□
Hat der Patient Anspruch auf Medi-Cal?	□	□
Hat der Patient Anspruch auf Leistungen anderer staatlicher Programme (z. B. Crime Victims usw.)?	□	□

Wenn der Patient einen Antrag im Rahmen eines anderen Gesundheitsfürsorgeprogramms stellt oder bereits gestellt hat und zeitgleich einen Antrag bei Charity Care oder bei einem Rabattprogramm des Krankenhauses stellt, schließt der Anspruch im Rahmen des einen Programms den anderen Anspruch nicht aus.

Hat der Patient eine andere Versicherung (z. B. Auto Medpay)?	□	□
Ist der Patient durch einen Dritten versichert?	□	□
Ist der Patient Selbstzahler?	□	□

Berechnung der Beihilfe:
Zusammengefasstes monatliches Familieneinkommen insgesamt (aus Antrag auf Beihilfe) _____ $

Familiengröße (aus Antrag auf Beihilfe) _____

Voraussetzungen für Beihilfe erfüllt Ja Nein

Anhang D

BENACHRICHTIGUNGSFORMULAR
SUTTER HEALTH
BESTIMMUNG DER BERECHTIGUNG DES ANSPRUCHS AUF BEIHILFE

Sutter Health hat die Berechtigung des Anspruchs auf Beihilfe geprüft für:

_____	_____	_____
PATIENTENNAME	KONTONUMMER	ZUSTELLUNGSDATUM

Der Antrag auf Beihilfe wurde vom Patienten oder im Namen des Patienten am _____ gestellt.
Die Bestimmung wurde am _____ abgeschlossen.

Auf der Grundlage der vom Patienten oder im Namen des Patienten bereitgestellten Informationen wurde Folgendes festgelegt:

Ihr Antrag auf Beihilfe für die erbrachten Dienstleistungen wurde am _____ genehmigt.
Nach Abzug der Beihilfe beträgt der zu entrichtende Betrag _____ $.

Die Genehmigung Ihres Antrags auf Beihilfe steht noch aus. Vor der Anpassung Ihres Kontos sind außerdem folgende Informationen einzureichen:

_____
_____
_____
_____
_____

Ihr Antrag auf Beihilfe wurde aus folgendem Grund abgelehnt:

GRUND: _____
_____
_____
_____
_____

Voraussetzung für die Gewährung von Beihilfe ist die Vollständigkeit und Richtigkeit der im Krankenhaus gemachten Angaben. Das Krankenhaus ist berechtigt, die Festsetzung der Gewährung der Beihilfe zu widerrufen und Ihnen und/oder Dritten die Krankenhausgebühren in Rechnung zu stellen, wenn das Krankenhaus feststellt, dass Sie von einer anderen Person verletzt wurden, weiteres Einkommen haben, eine weitere Versicherung haben oder die Informationen über Ihre Möglichkeiten, die erbrachten Dienstleistungen zu bezahlen, unvollständig oder falsch sind.

Wenn Sie einen Antrag im Rahmen eines anderen Gesundheitsversorgungsprogramms gestellt haben und zeitgleich einen Antrag auf Beihilfe stellen, schließt der Anspruch im Rahmen des einen Programms den anderen Anspruch nicht aus.

Wenn Sie sich bei Fragen zur Bestimmung an:

_____
Finanzdienstleistungen für Patienten
855-398-1633

Anhang E

Wichtige Rechnungsinformationen für Patienten
Zusammenfassung Finanzielle Hilfestellung in einfacher Sprache

Vielen Dank, dass Sie sich für Sutter Health entschieden haben. Dieses Dokument dient dazu, unseren Patienten mit Anspruch auf Beihilfe bei der Beantragung der Beihilfe zu helfen und Ihnen die Zahlungsoptionen zu erklären. Ihre Rechnung enthält keine Rechnungen für Dienstleistungen, die während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von Ärzten, klinischen Fachkräften, Rettungsunternehmen oder anderen Anbietern erbracht wurden und für die separate Rechnungen gestellt werden. Wenn Sie Unterstützung bei der Bezahlung der Rechnungen dieser anderen Anbieter wünschen, müssen Sie sich direkt an die Anbieter wenden.

Rettungsdienste: Wenn Sie im Krankenhaus Notfalldienste in Anspruch genommen haben, erhalten Sie vom Notarzt der Notaufnahme eine separate Rechnung. Wenden Sie sich bei Fragen zu den Dienstleistungen der Notaufnahme direkt an den Notarzt. Laut Abschnitt 127450 des Health and Safety Code erbringt ein Notarzt medizinische Notfallleistungen im Krankenhaus und ist gesetzlich verpflichtet, nicht versicherten und versicherten Patienten mit hohen medizinischen Kosten und einem Einkommen von höchstens 350 % der US-Armutsschwelle einen Preisnachlass zu gewähren.

Zahlungsoptionen: Sutter Health bietet viele Optionen zur Unterstützung bei der Bezahlung Ihrer Krankenhausrechnung an.

Zahlungsverfahren: Die Kontosalden des Patienten sind bei Eingang fällig. Der Patient kann entscheiden, ob er eine Zahlungsvereinbarung über seine Krankenhausrechnung abschließen möchte. Die Finanzvereinbarung muss unterzeichnet sein, bevor das Büro Finanzdienstleistungen für Patienten eine Zahlungsvereinbarung genehmigt, die es dem Patienten erlaubt, die Krankenhausrechnungen in bestimmten Fristen zu bezahlen. Diese Vereinbarungen sind für nicht versicherte Patienten mit geringem Einkommen und bestimmte Patienten mit hohen medizinischen Kosten und qualifizierendem Einkommen zinslos. Die Zahlungsvereinbarung wird zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten ausgehandelt.

Anspruchsberechtigung für Medi-Cal und staatliche Programme: Sie haben möglicherweise Anspruch auf staatlich gestützte Gesundheitsfürsorgeprogramme. Das Personal von Sutter Health unterstützt Sie bei der Antragsstellung bei staatlichen Programmen wie Medi-Cal. Kontaktieren Sie Finanzdienstleistungen für Patienten unter (855) 398-1633, wenn Sie weitere Informationen über die staatlichen Programme oder Unterstützung bei der Antragsstellung dieser Programme erhalten möchten. Diese Einrichtung hat Verträge mit Organisationen, die Ihnen ebenfalls bei der Beantragung der staatlichen Unterstützung helfen können.

Covered California: Sie haben eventuell Anspruch auf Gesundheitsfürsorge gemäß Covered California, der Gesundheitsfürsorgebörse nach Affordable Care Act. Erkundigen Sie sich bei der Krankenhausabteilung Beihilfe unter (855) 398-1633 nach weiteren Details und Unterstützung, um zu prüfen, ob Sie Anspruch auf Leistungen von Covered California haben.

Übersicht über Beihilfe (Charity Care): 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 Patientenkategorien 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 das Antragsformular für die Beihilfe nutzen, das von Finanzdienstleistungen für Patienten zur Verfügung gestellt wird. Das Büro befindet sich im Patienteneingang /in der Patientenaufnahme des Krankenhauses. Das Büro Finanzdienstleistungen für Patienten ist telefonisch unter 855-398-1633 oder auf der Website von Sutter Health or Hospital (www.sutterhealth.org) zu erreichen. 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.

Eine Kopie der Beihilferichtlinie des Krankenhauses, der Zusammenfassung und Anträge in einfacher Sprache sowie Anträge auf Beihilfe durch staatliche Programme erhalten Sie persönlich und in mehreren Sprachen in unserer Patientenaufnahme und im Büro Finanzdienstleistungen für Patienten sowie unter sutterhealth.org und per E-Mail. Darüber hinaus senden wir Ihnen gern ein Exemplar der Beihilferichtlinie zu, wenn Sie sich telefonisch unter 855-398-1633 an unsere Finanzdienststelle für Patienten wenden.

In Einklang mit der US-Abgabenordnung (Internal Revenue Code) Abschnitt 501(r) nutzt Sutter die vielversprechende Methode von Medicare zur Einholung der üblicherweise in Rechnung gestellten Beträge. Patienten, die einen Anspruch auf finanzielle Hilfestellung haben, zahlen nur die üblicherweise in Rechnung gestellten Beträge und sind ansonsten von Zahlungen befreit.

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.

Hinweis zu den Kostenvoranschlägen: Sie können eine schriftliche Schätzung der finanziellen Verbindlichkeiten im Zusammenhang mit den Krankenhausleistungen anfordern. Anfragen zum Kostenvoranschlag müssen während der Geschäftszeiten erfolgen. Der Kostenvoranschlag enthält eine Schätzung des Betrags, den das Krankenhaus dem Patienten für die Bezahlung der Gesundheitsfürsorgeleistungen, der Behandlung und der Verbrauchsmaterialien erwartungsgemäß in Rechnung stellt. Die Schätzungen basieren auf der durchschnittlichen Verweildauer und den Dienstleistungen im Rahmen der Diagnose. Es handelt sich dabei nicht um ein Versprechen über die Bereitstellung der Dienstleistungen zu einem festen Preis. Die finanzielle Beteiligung des Patienten kann über oder unter dem Kostenvoranschlag liegen, der auf der Grundlage der Dienstleistungen für den Patienten erstellt wird.

Das Krankenhaus kann nur die Höhe der Dienstleistungen des Krankenhauses schätzen. Es werden möglicherweise weitere Gebühren für Dienstleistungen fällig, die die Ärzte während des Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus erbracht haben, z. B. Rechnungen eines persönlichen Arztes sowie von Anästhesisten, Pathologen, Radiologen, Rettungsunternehmen oder anderen Berufsmedizinern, die nicht im Krankenhaus angestellt sind. Für diese Dienste werden für den Patienten separate Rechnungen ausgestellt.

Kontaktieren Sie bei allen Fragen in Bezug auf die schriftlichen Kostenvoranschläge den die Patientenaufnahme unter 855-398-1637. Wenn Sie Fragen haben oder per Telefon zahlen möchten, können Sie sich unter der Telefonnummer 855-398-1633 an unser Büro Finanzdienstleistungen für Patienten wenden.

Anhang F

Rechtliche Hinweise

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 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 (382-4357) 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 das Antragsformular für die Beihilfe nutzen, das von der Abteilung Finanzdienstleistungen für Patienten zur Verfügung gestellt wird. Die Abteilung befindet sich im Patienteneingang /in der Patientenaufnahme. Die Abteilung Finanzdienstleistungen für Patienten ist telefonisch unter 855-398-1633 und online auf der Website von Sutter Health or Hospital (www.sutterhealth.org) zu erreichen. 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.

Eine Kopie der Beihilferichtlinie des Krankenhauses, der Zusammenfassung und Anträge in einfacher Sprache sowie Anträge auf Beihilfe durch staatliche Programme erhalten Sie persönlich und in mehreren Sprachen in unserer Patientenaufnahme und im Büro Finanzdienstleistungen für Patienten sowie unter sutterhealth.org und per E-Mail. Darüber hinaus senden wir Ihnen gern ein kostenloses Exemplar der Beihilferichtlinie zu, wenn Sie sich telefonisch unter 855-398-1633 an unsere Finanzdienststelle für Patienten wenden.

In Einklang mit der US-Abgabenordnung (Internal Revenue Code) Abschnitt 501(r) nutzt Sutter die vielversprechende Methode von Medicare zur Einholung der üblicherweise in Rechnung gestellten Beträge. Patienten, die einen Anspruch auf finanzielle Hilfestellung haben, zahlen nur die üblicherweise in Rechnung gestellten Beträge und sind ansonsten von Zahlungen befreit.

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.

Exhibit G

Sutter Health Affiliate Hospitals, Physical Address and Website Address for Financial Assistance

Alta Bates Summit Medical Center

Patient Access/Registration

Ashby Campus
2450 Ashby Avenue
Berkeley, CA 94705
510-204-4444

Herrick Campus
2001 Dwight Way
Berkeley, CA 94704
510-204-4444

Summit Campus
350 Hawthorne Avenue
Oakland, CA 94609
510-655-4000

http://www.altabatessummit.org

California Pacific Medical Center

Patient Access/Registration

California Campus
3700 California Street
San Francisco, CA 94118
415-600-6000

Pacific Campus
2333 Buchanan Street
San Francisco, CA 94115
415-600-6000

Davies Campus
Castro and Duboce
San Francisco, CA 94114
415-600-6000

St. Luke's Campus
3555 Cesar Chavez St.
San Francisco, CA 94110
415-647-8600

http://www.cpmc.org

Eden Medical Center

Patient Access/Registration

Eden Campus
20103 Lake Chabot Road
Castro Valley, CA 94546
510-537-1234

http://www.edenmedicalcenter.org

Kahi Mohala, A Behavioral Healthcare System

Patient Access/Registration

91-2301 Fort Weaver Road
Ewa Beach, HI 96706
808-671-8511

http://www.kahimohala.org

Memorial Medical Center

Patient Access/Registration

1700 Coffee Road
Modesto, CA 95355
209-526-4500

http://www.memorialmedicalcenter.org

Memorial Hospital, Los Banos

Patient Access/Registration

520 I Street
Los Banos, CA 93635
209-826-0591

http://www.memoriallosbanos.org

Menlo Park Surgical Hospital

Patient Access/Registration

570 Willow Road
Menlo Park, CA 94025
650-324-8500

http://www.pamf.org/mpsh

Mills-Peninsula Health Services

Patient Access/Registration

1501 Trousdale Drive
Burlingame, CA 94010
(650) 696-5400

http://www.mills-peninsula.org

Novato Community Hospital

Patient Access/Registration

180 Rowland Way
Novato, CA 94945
415-897-3111

http://www.novatocommunity.org

Sutter Amador Hospital

Patient Access/Registration

200 Mission Blvd.
Jackson, CA 95642
209-223-7500

http://www.sutteramador.org

Sutter Auburn Faith Hospital

Patient Access/Registration

11815 Education Street
Auburn, CA 95602
530-888-4500

http://www.sutterauburnfaith.org

Sutter Coast Hospital

Patient Access/Registration

800 East Washington Blvd.
Crescent City, CA 95531
707-464-8511

http://www.suttercoast.org

Sutter Davis Hospital

Patient Access/Registration

2000 Sutter Place
(P.O. Box 1617)
Davis, CA 95617
530-756-6440

http://www.sutterdavis.org

Sutter Delta Medical Center

Patient Access/Registration

3901 Lone Tree Way
Antioch, CA 94509
925-779-7200

http://www.sutterdelta.org

Sutter Lakeside Hospital and Center for Health

Patient Access/Registration

5176 Hill Road East
Lakeport, CA 95453
707-262-5000

http://www.sutterlakeside.org

Sutter Maternity & Surgery Center of Santa Cruz

Patient Access/Registration

2900 Chanticleer Avenue
Santa Cruz, CA 95065-1816
831-477-2200

http://www.suttersantacruz.org

Sutter Medical Center, Sacramento

Patient Access/Registration

Sutter General Hospital
2801 L Street
Sacramento, CA 95816
916-454-2222

Sutter Memorial Hospital
5151 F Street
Sacramento, CA 95819
916-454-3333

Sutter Center for Psychiatry
7700 Folsom Blvd.
Sacramento, CA 95826
916-386-3000

http://www.suttermedicalcenter.org

Sutter Roseville Medical Center

Patient Access/Registration

One Medical Plaza
Roseville, CA 95661
916-781-1000

http://www.sutterroseville.org

Sutter Santa Rosa Regional Hospital

Patient Access/Registration

30 Mark West Springs Road
Santa Rosa, CA 95403
707-576-4000

http://www.suttersantarosa.org

Sutter Solano Medical Center

Patient Access/Registration

300 Hospital Drive
Vallejo, CA 94589
707-554-4444

http://www.suttersolano.org

Sutter Tracy Community Hospital

Patient Access/Registration

1420 N. Tracy Boulevard
Tracy, CA 95376-3497
209-835-1500

http://www.suttertracy.org