

MEMORIAL HERMANN SURGICAL HOSPITAL KINGWOOD RICHTLINIE

RICHTLINIENBEZEICHNUNG: Richtlinie über finanzielle Unterstützung

DATUM DER VERÖFFENTLICHUNG: 11.02.2019

VERSION: 3

ZWECK DER RICHTLINIE:

Diese Richtlinie über finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Policy, FAP) regelt das Verfahren zur Ermittlung des Beihilfebedarfs der Patienten des Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood („MSHK“) und die Gewährung einer entsprechenden finanziellen Unterstützung.

Das MSHK ist eine Tochtergesellschaft des Memorial Hermann Health System (MHHS) und fördert den Freistellungszweck von MHHS. MHHS betreibt staatlich zugelassene Krankenhäuser nach Internal Revenue Code § 501(c)(3), die Harris, Montgomery, Fort Bend und die umliegenden Gemeinden versorgen. Das MSHK gewährt unversicherten und unterversicherten Personen, die eine medizinische Behandlung benötigen, ungeachtet ihrer individuellen Zahlungsfähigkeit und ohne jede Diskriminierung finanzielle Unterstützung in Form von Finanzierungshilfen.

GELTUNGSBEREICH:

Diese FAP gilt für das Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood, eine staatlich lizenzierte Krankenhauseinrichtung, die dem Freistellungszweck von MHHS dient.

WORTLAUT DER RICHTLINIE:

1. Gemäß den MSHK-Grundwerten „Mitgefühl“ und „Verantwortung“ hat es sich das MSHK zum Ziel gesetzt, bedürftige Patienten finanziell zu unterstützen. Darüber hinaus regelt diese FAP, unter welchen Bedingungen Patienten Finanzierungshilfe für Notfallbehandlungen und medizinisch notwendige Therapien durch MSHK gewährt werden.
2. Vor diesem Hintergrund werden die genauen Kriterien sowie das Antragsverfahren beschrieben, zu denen das MSHK Einzelpersonen Finanzierungshilfen gewährt, die nicht in der Lage sind, die in Anspruch genommenen Leistungen vollständig selbst zu bezahlen.

3. Diese FAP gilt für alle Notfall- und medizinisch notwendigen Behandlungen, die vom MSHK erbracht werden. Sie gilt nicht für krankenhausexterne medizinische Dienstleister und erstreckt sich ebenso wenig auf niedergelassene Ärzte. Eine Liste von Anbietern, die Notfall- und andere medizinisch notwendige Behandlungen in den von dieser FAP betroffenen Krankenhäusern anbieten, finden Sie neben einer Liste nicht abgedeckter Leistungen auf unserer Internetseite unter: <http://www.memorialhermannkingwood.com/financial-assistance-program/>. Auf Wunsch erhalten Sie an der Rezeption und in der Notaufnahme auch eine kostenlose Druckfassung. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter der Rufnummer 281-312-4012 oder 281-312-4000, Option 5, anfordern.
4. Diese FAP beschreibt die vom MSHK bei der Berechnung der Finanzierungshilfe zugrunde gelegten Kriterien, die vom MSHK im Rahmen der Veröffentlichung dieser Richtlinien in seinem Tätigkeitsgebiet zu ergreifenden Maßnahmen, das vom MSHK zur Ermittlung der Anspruchsberechtigung verwendete Verfahren sowie das Verfahren zur Beantragung finanzieller Unterstützung. Die vom MSHK bei Nichtzahlung zu ergreifenden Maßnahmen finden sich in einer gesonderten Richtlinie, der „MSHK Billing and Collections Policy“ (Richtlinie zu Rechnungsstellung und Inkasso des MSHK). Diese steht auf der MSHK-Internetseite zum Download bereit: <http://www.memorialhermannkingwood.com/financial-assistance-program/>. Eine kostenlose Druckversion erhalten Sie in der Notaufnahme sowie am Empfangsschalter des Krankenhauses. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter der Rufnummer 281-312-4012 oder 281-312-4000, Option 5, anfordern.
5. Um Anspruch auf Finanzierungshilfe zu haben, müssen Patienten einen Beihilfeantrag ausfüllen und diesen zusammen mit den erforderlichen Nachweisen einreichen. Beihilfeanträge müssen spätestens 240 Tage nach dem Datum der ersten Rechnung für die betroffenen medizinischen Leistungen eingereicht werden. Ausnahmen von dieser Regel können entsprechend Abschnitt 9 gewährt werden. Kein Teil dieser FAP ersetzt Bundesgesetze, bundesstaatliche oder lokale Gesetze und Vorschriften, die derzeit oder künftig in Kraft sind.
6. Beträge, die ein Patient über den nach der Anwendung der Beihilfeermäßigung fälligen Betrag hinaus entrichtet, werden für alle Behandlungen erstattet, für die eine Anspruchsberechtigung besteht.
7. Die letzte Entscheidungsinstanz, um festzulegen, ob das MSHK angemessene Anstrengungen unternommen hat, die Berechtigung auf finanzielle Unterstützung zu bestimmen, obliegt der Abteilung Patient Business Office des MSHK. Diese FAP soll der MSHK-Patientengemeinschaft im Einklang mit unseren Grundwerten „Mitgefühl“ und „Verantwortung“ dienen. Die Existenz dieser FAP ist nicht als Angebot einer Finanzierungshilfe für bestimmte Patienten auszulegen und begründet keinerlei vertragliche Rechte oder Pflichten. Sie kann vom MSHK

zukünftig aktualisiert und vom MSHK-Vorstand oder seinem Vertreter nach eigenem Ermessen genehmigt werden.

8. Die hierin enthaltenen Richtlinien und Verfahren stehen im Einklang mit den Gesetzen des US-Bundesstaats Texas und I.R.C § 501(r) sowie die damit verbundenen Leitlinien.

BEGRIFFE UND DEFINITIONEN:

1. *Antrag*: Der von einem Patienten zur Beantragung von Finanzierungshilfen einzureichende Antrag.
2. *Antragsfrist*: Während der Antragsfrist nimmt das MSHK Anträge auf Finanzierungshilfe an und bearbeitet diese. Die Antragsfrist beginnt am Tag der Behandlung und endet am 240. Tag nach dem auf der ersten Rechnung für diese Behandlung angegebenen Datum.
3. *Normalerweise berechnete Beträge (Amounts Generally Billed, AGB)*: Beihilfeberechtigten Patienten wird für Notfall- und medizinisch notwendige Behandlungen höchstens der für versicherte Patienten normalerweise berechnete Betrag in Rechnung gestellt.
 - a. Das MSHK berechnet den AGB-Satz anhand der sogenannten „Rückblickmethode“ (Look-back-Methode). Dabei wird die Summe der zulässigen Medicare-Einzelleistungsvergütungen durch die Bruttoaufwendungen für diese Forderungen im vorangegangenen 12-monatigen Zeitraum geteilt. Ermäßigungen, die anspruchsberechtigten Patienten gewährt werden, werden mit den AGB-Obergrenzen verglichen, um sicherzustellen, dass den Patienten höchstens die AGB in Rechnung gestellt werden.
 - b. Die AGB-Prozentsätze finden Sie im Anhang A – Berechnung der normalerweise berechneten Beträge dieser Richtlinie.
 - c. Die aktuellen AGB-Sätze werden jährlich berechnet und am 120. Tag nach Beginn des Kalenderjahres angewendet.
4. *Bruttojahreseinkommen*: Die Summe aus dem Jahreseinkommen und allen übrigen Geldleistungen einer Familie vor Steuern und abzüglich aller Unterhaltskosten, die an den Internal Revenue Service der Vereinigten Staaten gemeldet werden muss. Zum Familieneinkommen zählen unter anderem Gehalt, Arbeitslosengeld, Zahlungen aus Arbeitsunfallversicherungen, Sozialversicherungsleistungen, Einnahmen aus ergänzenden Sozialversicherungen, Sozialhilfe, Veteranenrente, Hinterbliebenenrente,

Pensionen und Rentenzahlungen, Zinsen, Dividenden, Alimente, Unterhaltszahlungen und weitere Einnahmequellen.

5. *Wahlleistungen*: Leistungen zur Behandlung von Beschwerden, die keine sofortige Versorgung erfordern. Zu den Wahlleistungen zählen Behandlungen, die für Patienten von Vorteil, aber nicht dringlich sind. Hierzu zählen medizinisch notwendige sowie medizinisch nicht notwendige Leistungen wie schönheits- und zahnchirurgische Eingriffe, die ausschließlich der Verbesserung des äußeren Erscheinungsbildes dienen, sowie weitere Wahlleistungen, die von den meisten Krankenversicherungen nicht übernommen werden. Bei medizinisch nicht notwendigen Wahlleistungen besteht kein Beihilfeanspruch.
6. *Notfalleleistungen*: Leistungen, die Patienten für die Behandlung medizinischer Beschwerden erhalten, die akute Symptome von ausreichender Schwere (einschließlich starker Schmerzen) aufweisen, sodass im Falle einer ausbleibenden medizinischen Versorgung vernünftigerweise davon ausgegangen werden kann, dass die Gesundheit der betroffenen Person (bei Schwangeren: die Gesundheit der Frau und ihres ungeborenen Kindes) ernsthaft gefährdet wäre oder dies zu schweren Einschränkungen von Körperfunktionen oder einem ernst zu nehmenden Ausfall von Organen oder Körperteilen führen würde.
7. *Außerordentliche Inkassotätigkeiten*: Dabei handelt es sich um Inkassotätigkeiten, für die ein Rechtsweg oder ein Gerichtsverfahren nötig sind, oder Tätigkeiten, bei denen unter anderem auch Schulden an Dritte verkauft oder negative Informationen an Kreditunternehmen oder Auskunfteien gemeldet werden. Das MSHK unternimmt keine außerordentlichen Inkassotätigkeiten und erlaubt auch seinen beauftragten Inkassounternehmen nicht, außerordentlichen Inkassotätigkeiten nachzugehen. Weitere Informationen zum Abrechnungsverfahren des MSHK finden Sie in der separaten Richtlinie zu Rechnungsstellung und Inkasso (Billing and Collections Policy) des MSHK. Eine kostenlose Kopie dieser Richtlinie finden Sie online unter: <http://www.memorialhermannkingwood.com/financial-assistance-program/>. Eine kostenlose Druckversion erhalten Sie auf Wunsch in der Notaufnahme sowie am Krankenhausempfang oder unter der Rufnummer 281-312-4012 oder 281-312-4000, Option 5.
8. *Familie*: Der Patient, der Ehepartner/eingetragene Lebenspartner des Patienten, die Eltern oder Vormunde des Patienten (bei minderjährigen Patienten) und alle in der Einkommenssteuererklärung des Patienten oder seiner Eltern angegebenen abhängigen Personen, die im Haushalt des Patienten bzw. dem seiner Eltern oder Vormunde leben.
9. *Bundesstaatliche Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL)*: Die Einkommensgrenze, ab der eine Person als arm gilt. Die Höhe der Armutsgrenze hängt von der Familiengröße ab. Die Armutsgrenze wird jedes Jahr vom United States Department of Health and Human Services festgelegt und im Federal Register veröffentlicht. Im Rahmen dieser FAP bezieht sich die in den

veröffentlichen Richtlinien angegebene Armutsgrenze auf das Bruttoeinkommen. Die für diese FAP zugrunde gelegte FPL wird jährlich aktualisiert. Aktuelle FPLs finden Sie im Anhang B – Bundesstaatliche Leitlinien zur Armutsgrenze dieser Richtlinie.

10. *Finanzielle Unterstützung*: Als Finanzierungshilfe oder Beihilfe wird die Unterstützung bezeichnet, die das MSHK Patienten gewährt, die bestimmte finanzielle oder anderweitige Berechtigungskriterien gemäß FAP erfüllen, um diesen Patienten dabei zu helfen, die finanziellen Mittel aufzubringen, die für die Bezahlung der von MSHK im Krankenhaus erbrachten Notfall- bzw. medizinisch notwendigen Behandlungen erforderlich sind. Anspruchsberechtigte Patienten sind unter anderem unversicherte Patienten, Patienten mit geringem Einkommen sowie Patienten mit Teilversicherung, die ihre Arztrechnungen nicht oder nicht vollständig selbst bezahlen können.
11. *Medizinisch notwendige Behandlungen*: Leistungen und Hilfsmittel, die bei der Diagnose, der unmittelbaren Versorgung und der Behandlung medizinischer Beschwerden zum Einsatz kommen, den vor Ort herrschenden Standards guter medizinischer Praxis entsprechen, von Medicare und Medicaid übernommen und als medizinisch notwendig eingestuft werden und nicht vorrangig dem Wohlbefinden des Patienten oder des Arztes dienen. Medizinisch notwendige Behandlungen umfassen keine Schönheitsoperationen und nichtmedizinischen Leistungen wie Sozial-, Schul- oder Berufsbildungsangebote.
12. *Zusammenfassung in vereinfachter Sprache (Plain Language Summary, PLS)*: Die Zusammenfassung in vereinfachter Sprache der MSHK-FAP beinhaltet: (a) eine kurze Darstellung der Zulassungskriterien und der angebotenen Unterstützungsleistungen; (b) eine Nennung der Internetseite und der physikalischen Standorte, an denen Beihilfeanträge erhältlich sind; (c) Hinweise zum Erhalt einer entgeltfreien gedruckten Version der FAP; (d) Kontaktdaten, unter denen Antragsteller Unterstützung anfordern können; (e) die Verfügbarkeit von Übersetzungen der FAP sowie der zugehörigen Unterlagen; (f) eine Erklärung, aus der hervorgeht, dass Patienten, die Anspruch auf Finanzierungshilfe haben, höchstens die normalerweise berechneten Beträge für Notfall- und medizinisch notwendige Behandlungen in Rechnung gestellt werden.
13. *Angemessene Anstrengungen*: Das MSHK unternimmt angemessene Anstrengungen, um die Patienten über die FAP des MSHK zu informieren. Dazu wird den Patienten vor der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Zusammenfassung der FAP in vereinfachter Sprache angeboten. Zusätzlich unternimmt MHHS die folgenden Schritte, um Patienten über die FAP des MSHK zu informieren:
 - a. *Unvollständige Anträge*: Reicht ein Patient bzw. eine Familie einen unvollständigen Antrag ein, verschickt MSHK eine schriftliche

Benachrichtigung, in der die zusätzlich erforderlichen Informationen bzw. Nachweise erläutert werden.

- b. *Vollständige Anträge*: Falls der Patient und/oder Familienmitglieder des Patienten einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung einreichen, wird das MSHK zeitnah eine schriftliche Benachrichtigung aushändigen, die einen Beschluss darüber enthält, ob ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat und informiert den Patienten schriftlich über diese Entscheidung (einschließlich der Information darüber, auf welche Unterstützung der Patient Anspruch hat) sowie über die Grundlage für diese Entscheidung. Aus diesem Schreiben gehen auch die prozentuale Höhe der Finanzierungshilfe (bei bewilligten Anträgen) bzw. die Gründe für die Antragsablehnung sowie die vom Patienten bzw. von der Familie erwarteten Zahlungen hervor (sofern zutreffend). Der Patient bzw. die Familie erhalten während der Bearbeitung eines vollständigen Antrags weiterhin Rechnungen.
- c. *Patientenabrechnungen*: Das MSHK versendet mehrere Rechnungen, die das Patientenkonto und die fälligen Beträge auflistet. Diese Patientenabrechnungen enthalten einen Hinweis, dass der Patient verpflichtet ist, MSHK über alle verfügbaren Krankenversicherungsdeckungen zu informieren, sowie einen Hinweis auf die FAP von MSHK, eine Telefonnummer zur Beantragung von Finanzierungshilfen und eine Internetadresse, unter der die FAP-Unterlagen erhältlich sind.
- d. *MSHK-Website*: Auf der Internetseite des MSHK wird an einer gut sichtbaren Stelle darauf hingewiesen, dass Finanzierungshilfen zur Verfügung stehen. Dabei wird auch das Antragsverfahren erläutert. Das MSHK veröffentlicht diese FAP zusammen mit einer Liste von Anbietern, die von der FAP abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, einer Zusammenfassung in vereinfachter Sprache, dem Beihilfeantrag und der Billing and Collections Policy auf der MSHK-Internetseite: <http://www.memorialhermannkingwood.com/financial-assistance-program/>. Das MSHK stellt in der Notaufnahme und im Empfangsbereich auf Wunsch entgeltfreie Druckfassungen dieser Unterlagen zur Verfügung.

14. *Unterversicherte Patienten*: Patienten, die vollständig oder teilversichert sind und denen infolge einer Notfall- oder medizinisch notwendigen Behandlung Auslagen entstehen, die die vorhandenen finanziellen Möglichkeiten zur Bezahlung der restlichen Behandlungskosten überschreiten.

15. *Unversicherte Patienten*: Patienten, die weder vollständig noch teilversichert sind, weder Begünstigte einer gesetzlichen noch einer privaten Krankenversicherung sind,

keinen Anspruch auf Gesundheits- oder andere Versorgungsleistungen haben (darunter Privatversicherung, Medicare, Medicaid oder Crime Victims Assistance) und bei denen die Kosten der vom MSHK erbrachten Behandlung nach Einschätzung des MSHK auf Grundlage der vom Patienten vorgelegten oder aus anderen Quellen bezogenen Unterlagen und Angaben nicht von einer Arbeitsunfallversicherung, einer Kraftfahrzeugversicherung oder einer Haftpflichtversicherung übernommen werden.

ÜBERPRÜFUNGSKRITERIEN:

1. *Kommunikation*: Um bei unseren Patienten, ihren Familien und in unserem Umfeld ein Bewusstsein für unsere Unterstützungsangebote zu schaffen, ergreift das MSHK unterschiedliche Maßnahmen, mit denen Patienten und Besucher in unseren Krankenhäusern über verfügbare Finanzierungshilfen informiert werden. Zudem werden die vorliegenden Richtlinien in der von dem jeweiligen Krankenhaus versorgten Region veröffentlicht. Zu diesen Maßnahmen zählen:
 - a. *Patienteneinwilligung*: Die Einwilligung zur medizinischen Versorgung, die bei der Anmeldung unterzeichnet wird, enthält eine Erklärung, die besagt, dass im Falle eines Bedarfs an karitativen Leistungen bei der Aufnahme im Krankenhaus oder bei Erhalt einer aufgeschlüsselten Rechnung bzw. Abrechnung eine Prüfung der Anspruchsberechtigung durchgeführt werden soll.
 - b. *Finanzielle Beratung*: MSHK-Patienten werden dazu angeregt, Informationen vom Finanzberater ihres Krankenhauses einzuholen, wenn sie davon ausgehen, dass sie Schwierigkeiten bei der Bezahlung ihrer Krankenhausrechnung haben werden. Unsere Finanzberater tun alles, um unversicherte, unterversicherte und andere Patienten, die Schwierigkeiten haben, die von uns erbrachten Gesundheitsleistungen zu bezahlen, zu unterstützen. Unsere Finanzberater können die Anspruchsberechtigung unserer Patienten für unterschiedliche staatliche Hilfsprogramme prüfen, bei der Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber Arbeitsunfall- und Haftpflichtversicherungen helfen, eine verlängerte Zahlungsfrist gewähren und bei der Beantragung von Finanzierungshilfen helfen.
 - c. *Zusammenfassung und Antrag in vereinfachter Sprache*: Eine Druckfassung der Zusammenfassung der FAP des MSHK in vereinfachter Sprache und eine Druckfassung des Antrags auf Finanzierungshilfe werden allen Patienten so früh wie möglich zur Verfügung gestellt. Das MSHK stellt in der Notaufnahme und im Empfangsbereich auf Wunsch entgeltfreie Druckfassungen dieser

Unterlagen zur Verfügung. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter 281-312-4012 oder 281-312-4000, Option 5, anfordern.

- d. *Übersetzungen*: Das MSHSK übersetzt die FAP, die Zusammenfassungen in vereinfachter Sprache, den Beihilfeantrag und seine Richtlinie zu Rechnungsstellung und Inkasso (Billing and Collections Policy) für Personen, die lediglich über begrenzte Englischkenntnisse verfügen und mindestens 5 % bzw. 1.000 Personen (es gilt der jeweils niedrigere Wert) der von seinem Krankenhaus versorgten Bevölkerung stellen. Das MSHSK stellt kostenlose Kopien dieser Unterlagen auf seiner Internetseite sowie in der Notaufnahme und im Empfangsbereich der Krankenhäuser zur Verfügung. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter 281-312-4012 oder 281-312-4000, Option 5, anfordern.
- e. *Hinweisschilder*: Schilder, die auf die Finanzierungshilfe hinweisen, werden an gut sichtbaren Stellen klar und deutlich angebracht – etwa in der Notaufnahme und in der Patientenaufnahme. Die Schilder weisen darauf hin, dass Finanzierungshilfen angeboten werden, und enthalten die Telefonnummer eines Finanzberaters, bei dem weitere Informationen eingeholt werden können.
- f. *Internetseite*: Auf den Internetseiten des MSHSK wird an einer gut sichtbaren Stelle darauf hingewiesen, dass Finanzierungshilfen zur Verfügung stehen. Dabei wird auch das Antragsverfahren erläutert. Das MSHSK veröffentlicht diese FAP zusammen mit einer Liste von Anbietern, die von der FAP abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, einer Zusammenfassung in vereinfachter Sprache, dem Antrag auf Finanzierungshilfe und der Richtlinie zu Rechnungsstellung und Inkasso (Billing and Collections Policy) auf der MSHSK-Internetseite: <http://www.memorialhermannkingwood.com/financial-assistance-program/>
- g. *Rechnungen und Abrechnungen*: Patientenabrechnungen enthalten einen Hinweis darauf, dass der Patient verpflichtet ist, MSHSK über alle vorhandenen Krankenversicherungsdeckungen zu informieren, einen Hinweis auf die MSHSK-FAP, eine Telefonnummer zur Beantragung von Finanzierungshilfen und eine Internetadresse, unter der die FAP-Unterlagen erhältlich sind.
- h. *Post- und Faxsendungen*: Patienten können unter der unten angegebenen Adresse kostenlose Kopien dieser Unterlagen per Post oder Fax anfordern. Dabei müssen sie ihren vollständigen Namen und eine Rücksendeadresse angeben, an die das MSHSK die Unterlagen senden soll.

Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood
Attn: Financial Assistance
300 Kingwood Medical Drive
Suite 100
Kingwood, Texas 77339
FAX: 281-358-2461

2. *Feststellung der Anspruchsberechtigung*: Die Finanzierungshilfe wird im Rahmen eines Verfahrens ermittelt, bei dem der individuelle Finanzbedarf des Patienten beurteilt wird. Das Verfahren besteht aus den folgenden Teilen:

- a) Für die Ermittlung der finanziellen Bedürftigkeit muss ein Antragsverfahren abgeschlossen werden, bei dem der Patient bzw. Bürge zur Mitwirkung verpflichtet ist und bei dem er Personen- und Finanzdaten sowie entsprechende Nachweise vorlegen muss.
- b) Das MSHSK unternimmt angemessene Anstrengungen, um zu ermitteln, ob eine Person FAP-anspruchsberechtigt ist. Dazu zählt auch, dass der Patient vor der Entlassung aus dem Krankenhaus über die Zusammenfassung der FAP vom MSHSK in vereinfachter Sprache informiert wird. Zusätzlich unternimmt MSHSK die folgenden Schritte, um Patienten über die MSHSK-FAP zu informieren:
 - i) *Unvollständige Anträge*: Reicht ein Patient bzw. seine Familie einen unvollständigen Antrag ein, legt das MSHSK in einer schriftlichen Mitteilung dar, welche weiteren Angaben bzw. Unterlagen binnen 45 (fünfundvierzig) Tagen nach der ersten Antragstellung benötigt werden.
 - ii) *Patientenrechnungen*: Patientenabrechnungen enthalten einen Hinweis darauf, dass der Patient verpflichtet ist, das MSHSK über alle vorhandenen Krankenversicherungsdeckungen zu informieren, sowie einen Hinweis auf die FAP des MSHSK, eine Telefonnummer zur Beantragung von Finanzierungshilfen und eine Internetadresse, unter der die FAP-Unterlagen erhältlich sind.
 - iii) *MSHSK-Website*: Auf den Internetseiten des MSHSK wird an einer gut sichtbaren Stelle darauf hingewiesen, dass Finanzierungshilfen zur Verfügung stehen. Dabei wird auch das Antragsverfahren erläutert. Auf der MSHSK-Internetseite: <http://www.memorialhermannkingwood.com/financial-assistance-program/>, veröffentlicht das MSHSK diese FAP zusammen mit einer Liste von Anbietern, die von der FAP abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, einer Zusammenfassung in vereinfachter Sprache, dem Antrag auf Finanzierungshilfe und der Richtlinie zu Rechnungsstellung und Inkasso (Billing and Collections Policy).
 - iv) *Auf Anfrage erhältliche Unterlagen*: Das MSHSK stellt auf Anfrage kostenlose gedruckte Versionen seiner FAP zusammen mit einer Liste von Anbietern, die laut FAP abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, einer Zusammenfassung in vereinfachter Sprache, dem Antrag auf Finanzierungshilfe und der Billing and Collections Policy in der Notaufnahme und im Empfangsbereich zur Verfügung.

- c) Verwendung öffentlich zugänglicher externer Datenquellen für Angaben zur Zahlungsfähigkeit eines Patienten oder Bürgen einschließlich Bonitätswerten von TransUnion oder Experian;
 - d) Prüfung der Außenstände des Patienten aus früheren von MSHSK erbrachten Leistungen sowie Zahlungshistorie und frühere Forderungsausfälle;
 - e) Die Höhe der vom MSHSK angebotenen Finanzierungshilfe richtet sich nach Einkommen, Familiengröße und FPL. Sowohl unversicherte als auch versicherte Patienten können Finanzierungshilfen beantragen; und
 - f) Die Anspruchsberechtigung eines Patienten auf Finanzierungshilfen richtet sich nach den unten aufgeführten Kriterien und kann je nach Finanzlage des Patienten, mildernden Umständen und der Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen Dritter variieren. Die Zulassungskriterien werden einmal jährlich nach der Veröffentlichung der FPL-Richtlinien durch die Bundesregierung überarbeitet. Bei Familien mit einem Einkommen oberhalb der unten aufgeführten Grenzwerte kann die Möglichkeit eines Zahlungsplans geprüft werden.
3. *Anspruchsberechtigung eines Patienten auf Finanzierungshilfen:* Auf Grundlage der FPL werden die folgenden Kriterien herangezogen, um Ermäßigungen für unversicherte und unterversicherte Patienten zu ermitteln, die für eine finanzielle Unterstützung infrage kommen. Bei unterversicherten Patienten muss der Versicherung eine Rechnung zugestellt worden sein, bevor sie für eine finanzielle Unterstützung infrage kommen. Ermäßigungen, die anspruchsberechtigten Patienten gewährt werden, werden mit den AGB-Obergrenzen verglichen, um sicherzustellen, dass den Patienten höchstens die AGB in Rechnung gestellt werden.

a. Kostenlose Behandlung:

- i. Ist das Jahresbruttoeinkommen eines unversicherten Patienten niedriger als oder gleich 200 % (zweihundert Prozent) der aktuellen bundesstaatlichen Leitlinien zur Armutsgrenze gemäß der Tabelle für Bruttomonatseinkommen und Beihilfeanspruch (Anhang A – Berechnung der normalerweise berechneten Beträge), hat der Patient (bzw. der verantwortliche Beteiligte) Anspruch auf eine kostenlose Behandlung (100 % Ermäßigung) und schuldet keinerlei Zahlung.
- ii. Patienten mit primärer Krankenversicherung über Medicare, die Anspruch auf eine ergänzende Medicaid-Versicherung haben, erhalten eine Ermäßigung in Höhe von 100 % (einhundert Prozent) auf den nach Medicaid verbleibenden

Restbetrag bei Vorlage einer gerichtlich entschiedenen Forderung von THMP oder Managed Medicaid.

b. Vergünstigte Behandlung:

- i. Patienten/Personen, deren jährliches Bruttoeinkommen zwischen 200 % (zweihundert Prozent) und 400 % (vierhundert Prozent) der aktuellen bundesstaatlichen Leitlinien zur Armutsgrenze liegt, haben unter Umständen Anspruch auf eine Ermäßigung gegenüber den üblicherweise berechneten Beträgen (AGB) für versicherte Patienten.
- ii. Patienten, deren Krankenhausrechnungen ausstehende Forderungen aufweisen, haben unter Umständen Anspruch auf eine solche Ermäßigung, wenn die folgenden Kriterien uneingeschränkt erfüllt werden: 1) Der Restbetrag ist höher als 10 % (zehn Prozent) des Jahresbruttoeinkommens dieser Person; 2) die Person kann den Restbetrag weder ganz noch teilweise bezahlen; 3) der Restbetrag beläuft sich auf mindestens 5.000 USD. Vom Patienten bzw. Bürgen wird in diesem Fall erwartet, am FAP-Verfahren mitzuwirken und die für die Ermittlung der voraussichtlichen Anspruchsberechtigung erforderlichen Personen- und Finanzdaten beizubringen. Im Falle einer Bewilligung muss der Patient maximal 10 % (zehn Prozent) seines Jahresbruttoeinkommens für die Begleichung der Forderungen aufwenden. Alternativ greift eine AGB-Ermäßigung, wobei der jeweils niedrigere Betrag und die für die Finanzlage des Patienten vorteilhaftere Lösung Vorrang hat.

4. Berechtigungsfrist:

- a. Bei unversicherten Patienten werden Finanzierungshilfe und vorläufige Anspruchsberechtigung auf alle Selbstzahlerleistungen im aktuellen Behandlungszeitraum rückwirkend angewendet. Die Anschlussberechtigung eines Patienten wird auf Grundlage der in Abschnitt 3 beschriebenen Verfahren ermittelt. Eine zügige und fristgerechte Bezahlung wirkt sich nicht nachteilig aus. Patienten, die einen Antrag auf Finanzierungshilfe stellen, erhalten darüber hinaus eine zusätzliche sechsmonatige Finanzierungshilfe, ohne dass hierfür zusätzliche Schritte auf Seiten des Patienten erforderlich sind. Patienten sind verpflichtet, dem MSHK alle wesentlichen Veränderungen ihrer finanziellen Lage innerhalb des 6-monatigen Zeitraums binnen 30 (dreißig) Tagen nach dem Änderungsereignis mitzuteilen, die sich auf die Anspruchsberechtigung auswirken könnten. Meldet ein Patient eine wesentliche Erhöhung seines Bruttoeinkommens nicht, können alle vom

MHSHK gewährten Finanzierungshilfen ab dem Datum dieser wesentlichen Verbesserung ungültig werden.

5. *Notfall- und medizinisch notwendige Behandlungen:* Die Finanzierungshilfen beschränken sich auf Notfall- und medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen. Kein Teil dieser Bestimmung ändert die Verpflichtungen und Verfahrensvorschriften, die für das MHSHK nach Bundes- und einzelstaatlichen Gesetzen hinsichtlich einer Notfallbehandlung ungeachtet der Zahlungsfähigkeit des Patienten gelten.

6. *Antragsverfahren*

- a. *Antragstellung:* Der Antrag auf Finanzierungshilfe muss ausgefüllt und zusammen mit den entsprechenden Nachweisen eingereicht werden. Kostenlose Kopien des Antragsformulars stehen auf der MHSHK-Website zum Download bereit:
<http://www.memorialhermannkingwood.com/financial-assistance-program>. Kostenlose Druckversionen erhalten Sie auch in der Notaufnahme und bei der Patientenmeldung im Krankenhaus. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter 281-312-4012 oder 281-312-4000, Option 5, anfordern.
- b. Antragsteller können den ausgefüllten Antrag und die zugehörigen Nachweise an den Finanzberater des Krankenhauses schicken oder an die unten angegebene Adresse richten. Den Finanzberater eines Krankenhauses können Sie direkt am Informationsschalter erfragen. Wenden Sie sich bei Fragen zum Antragsverfahren, für Hilfe beim Ausfüllen der Antragsunterlagen und für aktuelle Informationen zum Stand des Antragsverfahrens an die Finanzberater der Krankenhäuser, die Sie persönlich oder unter 281-312-4012 oder 281-312-4000, Option 5, sprechen können.
- c. Richten Sie ausgefüllte Anträge an die folgende Adresse:

Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood
Attn: Financial Assistance
300 Kingwood Medical Drive
Suite 100
Kingwood, Texas 77339

oder

FAX: 281-358-2461

- d. Die folgenden Personen können innerhalb der Antragsfrist ein Verfahren zur Gewährung von Finanzierungshilfen oder einer

voraussichtlichen Anspruchsberechtigung anstoßen: (i) der Patient bzw. Bürge; (ii) ein Vertreter des Patienten bzw. Bürgen; (iii) ein MSHHK-Vertreter im Auftrag des Patienten bzw. des Antragsverfahrens; sowie (iv) der behandelnde Arzt des Patienten.

- e. Ungeachtet sonstiger Bestimmungen in dieser FAP ist es Aufgabe des Patienten, am Antragsverfahren zur Gewährung von Finanzierungshilfen mitzuwirken und uneingeschränkt zu kooperieren. Hierzu zählt auch die Pflicht, Informationen zu vorhandenen weiteren Krankenversicherungen vorzulegen und alle erforderlichen Unterlagen und Nachweise für die Beantragung anderer staatlicher oder sonstiger Programme (z. B. Medicare, Medicaid, Haftpflichtversicherung, Entschädigung für die Opfer von Straftaten etc.) und die Ermittlung der Anspruchsberechtigung für weitere Finanzierungshilfen beizubringen. Zuwiderhandlungen können sich nachteilig auf die Gewährung von Finanzierungshilfen für den Patienten auswirken. Wir bitten alle Patienten, die erforderlichen Angaben, Nachweise und Unterlagen binnen 30 (dreißig) Tagen nach einer dahingehenden Aufforderung durch das MSHFC einzureichen, sofern gegenüber dem MSHHK keine zwingenden Gründe vorgebracht werden. Der Antrag auf Gewährung von Finanzierungshilfen muss vom Patienten (oder von dessen Bürgen/gesetzlichem Vertreter) ausgefüllt und unterzeichnet werden.
- f. Ein Finanzberater steht den Antragstellern während des Antragsverfahrens mit Rat und Tat zur Seite. Ist der Patient verstorben und wird keine zuständige Stelle benannt, kann ein MSHHK-Vertreter eine Anfrage erstellen und den Antrag auf Grundlage der vorliegenden Informationen und Unterlagen stellen.

8. *Familieneinkommen:*

- a. Patienten können eines oder mehrere der folgenden Dokumente zum Nachweis des Familieneinkommens vorlegen, sofern diese vorhanden sind. Gibt es in der Familie des Patienten mehr als einen Beschäftigten, sind die folgenden Unterlagen von allen beschäftigten Personen vorzulegen:
 - i. Die zuletzt eingereichte Steuererklärung;
 - ii. Die Formulare W-2 und 1099 in ihrer aktuellen Fassung;
 - iii. Die letzte Lohnabrechnung (bzw. eine Kopie von Arbeitslosenerklärung, Sozialversicherungsbescheinigung etc.);
 - iv. Bei Bargehalt eine entsprechende Erklärung des Arbeitgebers; oder
 - v. Weitere Nachweise Dritter über das Familieneinkommen.

- b. Anträge auf die Gewährung von Finanzierungshilfen gelten bei Nichtvorlage entsprechender Unterlagen nicht als unvollständig, wenn der Patient mindestens einen der oben aufgeführten Nachweise zum Einkommen jedes Familienangehörigen (einschließlich des Patienten) vorlegt und die Bescheinigung unterzeichnet bzw. nur die Bescheinigung unterzeichnet, sofern der Patient nicht in der Lage ist, die entsprechenden Nachweise vorzulegen.
- c. Der Antragsteller muss die Antragsbescheinigung unterschreiben. Das MSHSK kann Entscheidungen zurücknehmen oder verändern, wenn aus späteren Nachweisen hervorgeht, dass der Antragsteller falsche Angaben gemacht hat.

Zusätzliche Nachweise: Laut MSHSK-FAP sind keine Belege zu Vermögen und Aufwendungen erforderlich. Den Antragstellern steht es jedoch frei, zusätzliche Nachweise hinsichtlich ihres Vermögens, ihrer Aufwendungen, ihres Einkommens, ausstehender Schulden oder anderer Umstände vorzulegen, die eine finanzielle Notlage belegen, wenn sie eine Finanzierungshilfe beantragen wollen, die größer als die ihnen laut FAP zustehende ist oder dieser gleicht.

9. *Falsche und irreführende Angaben:* Wenn festgestellt wird, dass ein Antragsteller wissentlich im Wesentlichen falsche oder irreführende Angaben hinsichtlich seiner Fähigkeit gemacht hat, seine Gesundheitskosten zu tragen, kann das MSHSK sowohl laufende als auch künftige Anträge dieses Antragstellers ablehnen. Bei falschen Angaben, die ohne böse Absicht gemacht werden, orientiert sich das MSHSK bei seiner Entscheidung an den korrigierten Angaben. Wurde aufgrund wissentlich abgegebener, im Wesentlichen falscher Angaben bereits eine Finanzierungshilfe gewährt, kann das MSHSK diese Gewährung für nichtig erklären und behält sich das Recht vor, fällige Beträge vom Patienten zurückzufordern. Wurden unbeabsichtigt im Wesentlichen falsche Angaben gemacht, prüft das MSHSK seine Entscheidung auf Grundlage der korrigierten Angaben.

QUERVERWEISE:

Richtlinie zur Übertragung von Patienten (Compliance mit dem EMTALA und dem Texas Transfer Act)

Richtlinie über finanzielle Unterstützung – Zusammenfassung in vereinfachter Sprache
Antrag auf finanzielle Unterstützung

Richtlinie zu Rechnungsstellung und Inkasso

ANHÄNGE:

Anhang A - Berechnung der normalerweise berechneten Beträge

Anhang B - Bundesstaatliche Leitlinien zur Armutsgrenze

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

Anhang A - Berechnung der normalerweise berechneten Beträge

Die Berechnung der normalerweise berechneten Beträge beruht auf dem Abrechnungs- und Zuweisungsverfahren, welches das MSHSK bei der Medicare-Einzelleistungsvergütung für Notfall- und medizinisch notwendige Behandlungen anwendet. Die gewährte Medicare-Gesamtzahlung wird dabei durch die für entsprechende Forderungen in Rechnung gestellten Beträge geteilt. Der resultierende Wert wird dann von 1 subtrahiert, um den AGB-Satz zu ermitteln.

AGB-Satz für IP (inpatient, stationäre Behandlung) = Medicare-IP-Zulage / Medicare-IP-Gesamtkosten

AGB-Satz für OP (outpatient, ambulante Behandlung) = Medicare-OP-Zulage / Medicare-OP-Gesamtkosten

Einrichtung	Stationäre	Ambulante
Memorial Hermann Surgical Hospital – Kingwood	30 %	14 %

Für das Steuerjahr 2019 (Juli 2018 – Juni 2019) gelten die folgenden AGB-Sätze:

Normalerweise berechnete Beträge (Amounts Generally Billed, AGB), OP: 14 %

Normalerweise berechnete Beträge (Amounts Generally Billed, AGB), IP: 30 %

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

Anhang B – Bundesstaatliche Leitlinien zur Armutsgrenze

Die Tabelle zum Bruttomonatseinkommen und Beihilfeanspruch wird im Falle einer Änderung der bundesstaatlichen Leitlinien zur Armutsgrenze überarbeitet. Die Tabelle wird einmal jährlich auf den neuesten Stand gebracht.

Die Tabelle zum Bruttomonatseinkommen und Beihilfeanspruch bezieht sich auf die aktuelle Einkommenstabelle und wird von MSHK bei der Bestimmung der Anspruchsberechtigung gemäß dieser FAP herangezogen.

Die Tabelle zum Bruttomonatseinkommen und Beihilfeanspruch beruht auf den bundesstaatlichen Richtlinien zur Armutsgrenze und der Berechtigungstabelle des Harris County Hospital District in ihrer jeweils gültigen Form, wobei diese Tabelle zur Überprüfung zur Verfügung steht.

Siehe Tabelle unten:

Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood Tabelle zum Bruttomonatseinkommen und Beihilfeanspruch						
Bundesstaatliche Leitlinien zur Armutsgrenze (Federal Poverty Guidelines, FPG) 2019 Beihilfefähiges Brutto-Monats-/Jahreseinkommen nach Familiengröße.						
	100 % der FPG		200 % der FPG		400 % der FPG	
Familien- größe	Jahres- einkommen	Monats- einkommen	Jahres- einkommen	Monats- einkommen	Jahres- einkommen	Monats- einkommen
1	12.490 USD	1.041 USD	24.980 USD	2.082 USD	49.960 USD	4.163 USD
2	16.910 USD	1.409 USD	33.820 USD	2.818 USD	67.640 USD	5.637 USD
3	21.330 USD	1.778 USD	42.660 USD	3.555 USD	85.320 USD	7.110 USD
4	25.750 USD	2.146 USD	51.500 USD	4.292 USD	103.000 USD	8.583 USD
5	30.170 USD	2.514 USD	60.340 USD	5.028 USD	120.680 USD	10.057 USD
6	34.590 USD	2.883 USD	69.180 USD	5.765 USD	138.360 USD	11.530 USD
7	39.010 USD	3.251 USD	78.020 USD	6.502 USD	156.040 USD	13.003 USD
8	43.430 USD	3.619 USD	86.860 USD	7.238 USD	173.720 USD	14.477 USD
<i>Bei Familien mit mehr als acht Familienmitgliedern werden zur Berechnung der bundesstaatlichen Armutsgrenze 4.420 USD für jede weitere Person hinzugerechnet.</i>						