

Richtlinie für finanzielle Unterstützung

Genehmigt durch:	Datum der letzten Genehmigung:	Ausstellungsdatum:	Version: 2019-1
------------------	--------------------------------	--------------------	------------------------

Gedruckte Kopien dienen nur als Referenz. Die aktuellste Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Kopie.

Richtlinie für finanzielle Unterstützung

Die Richtlinie für finanzielle Unterstützung des SSM Rehabilitation Network identifiziert Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung für Patienten, die finanziell oder medizinisch bedürftig sind und nachweislich nicht in der Lage sind, die ihnen oder ihren Angehörigen zur Verfügung gestellten Leistungen zu bezahlen. Die Richtlinie für finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Policy; FAP) bietet und legt Richtlinien für die finanzielle Unterstützung fest, die die Einhaltung aller staatlichen, bundesstaatlichen und gesetzlichen Richtlinien sicherstellt.

Das SSM Rehabilitation Network ist bestrebt, Personen, die eine medizinische Versorgung benötigen und nicht oder unterversichert sind, finanzielle Unterstützung zu gewähren. In Übereinstimmung mit seiner Mission, mitfühlende, qualitativ hochwertige und erschwingliche Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen und sich für diejenigen einzusetzen, die arm und entrechtet sind, ist das SSM Rehabilitation Network bestrebt, sicherzustellen, dass die finanziellen Möglichkeiten von Menschen, die Gesundheitsdienste benötigen, sie nicht davon abhalten, eine Versorgung zu suchen oder zu erhalten.

Dementsprechend, diese Richtlinie:

- Enthält Anspruchskriterien für finanzielle Unterstützung
- Beschreibt die Grundlage für die Berechnung der allgemein in Rechnung gestellten Beträge (Amounts Generally Billed, AGB) für Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der Richtlinie
- Beschreibt die Methode, mit der Patienten eine finanzielle Unterstützung beantragen können
- Begrenzt die Beträge, die das Krankenhaus für die medizinisch notwendige Versorgung von Personen, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, in Rechnung stellen wird, auf die AGB.
- Listet finanzielle Unterstützung und andere Ermäßigungen auf, die den Patienten gewährt werden können

Finanzielle Unterstützung wird nicht als Ersatz für persönliche Verantwortung angesehen. Von den Patienten wird erwartet, dass sie mit den Verfahren des SSM Rehabilitation Network zur Erlangung von Versicherungsleistungen oder anderen Zahlungsformen kooperieren und sich an den Kosten ihrer Versorgung entsprechend ihrer individuellen Zahlungsfähigkeit beteiligen. Personen, die finanziell in der Lage sind, eine Krankenversicherung abzuschließen, sollen dazu ermutigt werden, dies zu tun, um den Zugang zu Gesundheitsleistungen, ihre allgemeine persönliche Gesundheit und den Schutz ihres individuellen Vermögens sicherzustellen. SSM Rehabilitation Network kann jederzeit die Kriterien zur Bestimmung der Berechtigung für finanzielle Unterstützung definieren und überarbeiten.

UMFANG:

Diese Richtlinie gilt für das SSM Bridgeton Rehabilitation Hospital, das SSM Richmond Heights Rehabilitation Hospital und das SSM Lake St. Louis Rehabilitation Hospital.

DEFINITIONEN:

- I. **Antragsfrist:** Definiert als die Frist, die dem Patienten vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt wird, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung auszufüllen. Sie beginnt am ersten Tag der Versorgung und endet am 240. Tag, nachdem das Krankenhaus der Person die erste Abrechnung nach der Entlassung für die erbrachte Versorgung zugestellt hat.
- II. **Anspruchsberechtigter Leistungsgebiet:** Die Hauptbegünstigten der Richtlinie für finanzielle Unterstützung sind Patienten, die innerhalb eines 50-Meilen-Radius um ein beliebiges Krankenhaus innerhalb des SSM Rehabilitation Network wohnen.
- III. **Familiengröße:** Die Familiengröße wird vom Internal Revenue Service definiert und entspricht der Anzahl der Personen, für die der Steuerzahler einen Abzug in seiner US-Steuererklärung geltend machen kann. Wenn keine IRS-Steuerunterlagen verfügbar sind, wird die Familiengröße anhand der Anzahl der Familienmitglieder bestimmt, die auf dem Antrag auf finanzielle Unterstützung dokumentiert und verifiziert sind.
- IV. **Familieneinkommen:** Das Familieneinkommen wird anhand der Definition des Census Bureau ermittelt, das bei der Berechnung mit der US-Armutsschwelle (Federal Poverty Level; FPL) das folgende Einkommen verwendet:
 - A. Umfasst Einkommen, Arbeitslosenunterstützung, Arbeiterentschädigung, Sozialversicherung, Zusatzversicherung, öffentliche Unterstützung, Veteranenleistungen, Hinterbliebenenleistungen, Renten- oder Ruhestandseinkommen, Zinsen, Dividenden, Mieten, Tantiemen, Einkommen aus Nachlässen, Trusts, Erziehungshilfe, Alimente, Unterstützung von außerhalb des

- Haushalts und andere verschiedene Quellen;
- B. Bargeldlose Leistungen (wie Essensmarken und Wohngeld) zählen nicht mit;
 - C. Ermittelt auf Vorsteuerbasis;
 - D. Schließt Kapitalgewinne oder -verluste aus; und
 - E. Beinhaltet das Einkommen aller Familienmitglieder, die in der Familiengröße enthalten sind. (Nicht-Verwandte, wie z. B. Mitbewohner, zählen nicht dazu).
- V. **Federal Poverty Level (FPL):** Der festgelegte Mindestbetrag des Bruttoeinkommens, den eine Familie für Nahrung, Kleidung, Transport, Unterkunft und andere Bedürfnisse benötigt. Er wird vom Gesundheitsministerium (Department of Health and Human Services) festgelegt, an die Inflation angepasst und jährlich in Form von Armutsrichtlinien (poverty guidelines) bekannt gegeben.
- VI. **Finanzielle Unterstützung:** Definiert als kostenlose oder ermäßigte Gesundheitsversorgungsleistungen, die Personen zur Verfügung gestellt werden, die es sich nicht leisten können, alle oder einen Teil ihrer finanziellen Verpflichtungen für Leistungen zu bezahlen und die, die Kriterien der Richtlinie für finanzielle Unterstützung von SSM Rehabilitation Network erfüllen.
- VII. **Finanzielle Bedürftigkeit:** Zu den finanziell bedürftigen Personen gehören nicht versicherte und unterversicherte Personen, die den Anspruch einer Einrichtung auf eine ermäßigte Versorgung bis zu einer Ermäßigung von 100% erfüllen.
- VIII. **Medizinische Bedürftigkeit:** Zu den medizinisch bedürftigen Patienten gehören Personen mit katastrophalen medizinischen Kosten, bei denen die Begleichung von Arztrechnungen die finanzielle Lebensfähigkeit des Haushalts gefährden würde. Die Qualifikation als medizinisch bedürftiger Patient setzt nicht die Qualifikation als finanziell bedürftig voraus. Im Allgemeinen haben medizinisch bedürftige Personen Anspruch auf Ermäßigungen ihrer Zahlungsverpflichtungen für erbrachte medizinische Leistungen. Das Programm für medizinische Bedürftigkeit (Medical Indigence Program) berücksichtigt die Zahlungsfähigkeit des Patienten, ohne dass lebensnotwendige Vermögenswerte, wie z. B. Wohnung, Auto, persönliche Gegenstände usw., liquidiert werden. Alle Patienten haben Anspruch auf den Status „medizinisch bedürftig“, mit Ausnahme von Patienten mit einem Einkommen von weniger als 200% der FPL, da diese Patienten nach der Definition „finanziell bedürftig“ Anspruch auf eine 100%ige finanzielle Unterstützung haben.
- IX. **Medizinisch notwendige Leistungen:** Definiert von Medicare als Leistungen oder Artikel, die für die Diagnose, Vorbeugung oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung oder Erkrankung angemessen und notwendig sind.

- X. **Haftung des Patienten:** Der Betrag, den ein Patient persönlich zu zahlen hat, nach allen verfügbaren Ermäßigungen, einschließlich der Ermäßigung für Nichtversicherte, der Ermäßigung für finanzielle Unterstützung und der Ermäßigung aufgrund der Kostenbeschränkung für Patienten gemäß Vorschriften 501 (r).
- XI. **Plain Community:** Eine glaubensbasierte Gruppe, die durch Geschäft, gemeinsame Kultur und einfaches Leben verbunden ist (z. B. Amish, Mennoniten)
- XII. **Unterversichert:** Der Patient ist in gewissem Umfang versichert oder wird von Dritten unterstützt, hat aber dennoch Ausgaben, die seine finanziellen Möglichkeiten übersteigen.
- XIII. **Unversichert:** Der Patient hat keinen Versicherungsschutz für die medizinisch notwendige Versorgung.

PROZESS:

- I. **Anspruchsberechtigte Leistungen:** Im Sinne dieser Richtlinie sind alle medizinisch notwendigen Leistungen, die vom Krankenhaus erbracht werden, anspruchsberechtigt.
- II. **Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung:** Die Berechtigung zur finanziellen Unterstützung wird für diejenigen Personen in Betracht gezogen, die:
 - A. Eine eingeschränkte oder keine Krankenversicherung haben;
 - B. Mit den Richtlinien und Verfahren des SSM Rehabilitation Network kooperieren;
 - C. Die finanzielle Bedürftigkeit nachweisen;
 - D. Alle erforderlichen Informationen zur Bearbeitung des Antrags liefern; und
 - E. Erstattet dem Krankenhaus alle Gelder, die von der Versicherung direkt an den Patienten gezahlt werden.

Die Gewährung von finanzieller Unterstützung basiert auf einer individualisierten Bestimmung der finanziellen Bedürftigkeit und berücksichtigt nicht Rasse, Hautfarbe, nationale Herkunft, Religion, Geschlecht, Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung, Behinderung, Alter, Familienstand, sozioökonomischen Status oder Zahlungsquelle. Eine Bestimmung der finanziellen Unterstützung wird für einen Zeitraum von bis zu 60 Tagen wirksam. Diese Anspruchsberechtigung beginnt mit dem Datum der Genehmigung und umfasst alle ausstehenden Forderungen, einschließlich derer bei Inkassobüros.

III. Die finanzielle Bedürftigkeit und Anspruchsberechtigung wird in Übereinstimmung mit den folgenden Verfahren ermittelt:

- A. **Antrag** - Um Anspruch auf finanzielle Unterstützung zu haben, muss der Patient oder der Bürge das Formular „Antrag auf finanzielle Unterstützung für Patienten“ ausfüllen und die geforderten Unterlagen zum Nachweis der angegebenen Einnahmen und Ausgaben einreichen. Anträge auf finanzielle Unterstützung sollten vollständig und korrekt sein und nachprüfbare Nachweise über Einkommen und/oder Vermögen sowie über ungewöhnliche Ausgaben enthalten.

Patienten können einen Antrag auch mündlich stellen, entweder am Telefon oder persönlich. Der Mitarbeiter der Aufnahmestelle wird die Antworten des Patienten auf dem Antragsformular dokumentieren und der Patient wird alle Informationen überprüfen und bescheinigen. Damit der Antrag als vollständig angesehen werden kann, müssen alle Nachweise eingereicht werden.

Die Werte von SSM Rehabilitation Network, Respekt und Verantwortungsbewusstsein, sollen sich im Antragsverfahren, der Ermittlung der finanziellen Bedürftigkeit und der Gewährung von finanzieller Unterstützung widerspiegeln. Anträge auf finanzielle Unterstützung werden umgehend bearbeitet und SSM Rehabilitation Network benachrichtigt den Patienten oder Antragsteller innerhalb einer angemessenen Frist nach Erhalt eines ausgefüllten Antrags. Jeder Patient hat die Möglichkeit, vor der Behandlung und während des gesamten Antragszeitraums finanzielle Unterstützung zu beantragen.

Für den Antrag auf finanzielle Unterstützung sind folgende Unterlagen erforderlich (Bitte beachten Sie, dass die Unterlagen nicht akzeptiert werden, wenn diese verändert werden):

1. Vollständiger schriftlicher/mündlicher Antrag
2. Bank- / Sparauszüge der letzten drei Monate
 - a) Eine Erklärung aller ungewöhnlichen Einzahlungen/Ausgaben auf den Bank-/Sparauszügen
 - b) Die Dokumente müssen alle Einzahlungen wiedergeben.
3. Einkommensüberprüfung für Antragsteller.
 - a) Zu den Einkommensnachweisen können gehören (keine vollständige Auflistung): Gehaltsabrechnungen, Arbeitslosenschecks, Sozialversicherungsbesscheide, Invaliditätsprämienbescheide, Unterhaltsnachweise für Kinder und Rentennachweise.
 - b) Wenn der Bürge verheiratet ist und die letzten Steuern gemeinsam eingereicht hat, muss der Garant auch den Einkommensnachweis für

den Ehepartner einreichen.

4. Unterlagen der Steuererklärung
 - a) Zuletzt eingereichte Steuererklärung oder Schreiben zur Nichtabgabe vom IRS. Die Steuern müssen mit allen unterstützenden Formularen (A-F) und Dokumenten (W2s, 1099s) eingereicht werden, um als vollständig zu gelten.
5. Medicaid Genehmigungs-/Ablehnungsschreiben
 - a) Dies ist nur dann erforderlich, wenn das Krankenhaus den Patienten vorab auf Anspruch auf Medicaid untersucht hat.
 - b) Wenn ein Patient als potenziell anspruchsberechtigt eingestuft wird, muss er mit dem Medicaid-Antragsverfahren kooperieren, um Anspruch auf finanzielle Unterstützung durch das SSM Rehabilitation Network zu haben.
6. Zusätzliche Dokumente, die angefordert werden können (um den Patienten für medizinische Bedürftigkeit zu qualifizieren), umfassen:
 - a) Nachweis der monatlichen Ausgaben
 - b) Alle Arztrechnungen, Wohnungsrechnungen und alle anderen Rechnungen, die für die Grundbedürfnisse des Lebens notwendig sind.
 - c) Eine Einkommenserklärung/Unterhaltserklärung

B. Berücksichtigung des Patientenvermögens: Verfügbare Vermögenswerte über 5.000 \$, mit Ausnahme der unten aufgeführten geschützten Vermögenswerte, werden zum Einkommen des laufenden Jahres hinzugerechnet, um die Höhe der finanziellen Unterstützung für den Patienten zu bestimmen.

Zu den geschützten Vermögenswerten gehören:

1. 50% des Eigenkapitals des Hauptwohnsitzes bis zu 50.000 \$;
2. Geschäftlich genutzte Fahrzeuge;
3. Werkzeuge oder Ausrüstungen, die für das Geschäft verwendet werden; angemessene Ausrüstungen, die erforderlich für den Fortbestand des Geschäfts sind;
4. Persönlich genutztes Eigentum (Kleidung, Haushaltsgegenstände, Möbel);
5. IRAs, 401K, Barwert-Ruhestandspläne;
6. Finanzielle Zuwendungen aus nicht-medizinischen katastrophalen Notfällen;
7. Unwiderrufliche Trusts für Bestattungszwecke, vorausbezahlte Bestattungspläne; und/oder;
8. Vom Bund/Staat verwaltete Hochschul-Sparpläne.

- C. **Unvollständige Anträge:** Alle unvollständigen Anträge erhalten ein Benachrichtigungsschreiben, in dem die Informationen aufgeführt sind, die benötigt werden, um die Dokumentationsanforderungen für die Anspruchsberechtigung zu erfüllen. Wenn der Antragsteller ein zweites Mal unvollständige Unterlagen einsendet, erhält er einen Brief und einen Telefonanrufversuch, um den Patienten darüber zu informieren, dass sein Antrag nicht vollständig ist.

Anträge auf finanzielle Unterstützung können an die Aufnahmestelle des Krankenhauses zurückgeschickt werden, in dem die Versorgung stattgefunden hat.

Fragen zur Richtlinie für finanzielle Unterstützung können an die Aufnahmestelle des Krankenhauses gerichtet werden, in dem die Verdurchgeführt erfolgte, oder an das Central Billing Office unter 888-868-1103.

- IV. **Anspruchsberechtigte Leistungsgebiete:** Der Anspruch auf finanzielle Unterstützung kann auf Bewohner im Umkreis von 50 Meilen um eine Einrichtung des SSM Rehabilitation Network beschränkt sein.
- V. **Zusammenarbeit zur Schaffung der Deckung:** SSM Rehabilitation Network, hilft den Patienten proaktiv bei der Beantragung öffentlicher und privater Programme, um eine Deckung für die medizinische Versorgung zu erreichen. SSM Rehabilitation Network kann denjenigen Personen die finanzielle Unterstützung verweigern, die bei der Beantragung von solchen Programmen (z. B. Medicaid, COBRA, Ticket to Work) nicht kooperieren, die für ihre medizinische Versorgung aufkommen könnten.
- VI. **Leistungen außerhalb des Netzes:** SSM Rehabilitation Network-Krankenhäuser sind für bestimmte Versicherungspläne nicht im Netz enthalten. Als außerhalb des Netzes liegender Anbieter erhält SSM Rehabilitation Network möglicherweise keine Rückerstattung vom Versicherungsträger. Patienten, die Leistungen in Krankenhäusern des SSM Rehabilitation Network in Anspruch nehmen, die außerhalb des Netzes ihres Versicherungsplans liegen, haben keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung.
- VII. **Internationale/Reisende Patienten:** Die finanzielle Unterstützung steht nicht für internationale/reisende Patienten zur Verfügung.
- VIII. **Plain-Community-Patienten:** Da diese Patienten nicht in der Lage sind, bei der Beantragung des Versicherungsschutzes zu kooperieren und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, haben diese Patienten keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Für Plain Community Patienten wird eine Ermäßigung gewährt.

IX. Ermäßigungen für Patienten:

- A. **Wohltätigkeits-Ermäßigungen:** SSM Rehabilitation Network bietet eine Wohltätigkeitsermäßigung für anspruchsberechtigte Patienten auf der Grundlage der Federal Poverty Level Guidelines. Bei versicherten Patienten wird die Wohltätigkeitseermäßigung auf die Restschuld des Patienten nach der Versicherung angerechnet. Im Folgenden sind die Ermäßigungen aufgeführt, die angewendet werden:

Gleitende Anspruchsskala basierend auf der US-Armutsschwelle (Federal Poverty Level)

Federal Poverty Level	Finanzielle Unterstützung Ermäßigung
0% – 200%	100%
201% - 250%	80%
251% - 300%	60%
301% - 350%	50% des Betrags über 2.000 \$
351% - 400%	20% des Betrags über 2.000 \$
Über 400%	0%

- B. **Plain-Community-Ermäßigungen:** Mitglieder einer etablierten Plain Community erhalten eine Ermäßigung im Bereich des Durchschnitts der Medicare Einzelleistungsvergütung und privater Krankenversicherung bis 10 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt.
- C. **Ermäßigungen für Katastrophenfälle:** Patienten können im Einzelfall Anspruch auf eine Ermäßigung haben, basierend auf ihren besonderen Umständen, wie z. B. einer katastrophalen Krankheit oder medizinischen Bedürftigkeit, nach Ermessen des SSM Rehabilitation Network. Es können zusätzliche finanzielle Informationen angefordert werden.
- X. **Allgemein in Rechnung gestellten Beträge(AGB)/Kostenbeschränkung:** SSM Rehabilitation Network beschränkt den Betrag, der für medizinisch notwendige Versorgung von Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie haben, berechnet wird, auf höchstens die Bruttokosten für die Versorgung multipliziert mit dem AGB-Prozentsatz. Der AGB-Prozentsatz wird mit der „Look-Back“-Methode ermittelt. (Siehe Anhang A).
- XI. **Beziehung zu Inkassorichtlinien:** Von Patienten/Bürgen wird erwartet, dass sie den Betrag ihrer Rechnung bezahlen, der keinen Anspruch auf Unterstützung nach dieser Richtlinie hat. Patienten/Bürgen, die ihren Saldo nach Anrechnung der entsprechenden Ermäßigungen nicht begleichen, unterliegen dem normalen Inkassoverfahren.
- A. **Bestimmung der Anspruchsberechtigung:** SSM Rehabilitation Network bemüht sich, vor oder zum Zeitpunkt der Aufnahme oder Leistung zu bestimmen, ob ein

Patient Anspruch auf Unterstützung gemäß dieser Richtlinie hat. Wenn für einen Patienten vor der Entlassung oder der Erbringung einer Leistung kein Anspruch auf finanzielle Unterstützung bestimmt wurde, wird SSM Rehabilitation Network die Versorgung in Rechnung stellen. Wenn der Patient versichert ist, stellt SSM Rehabilitation Network die angefallenen Kosten dem eingetragenen Versicherer des Patienten in Rechnung. Nach der Anerkennung durch den Versicherer des Patienten wird die verbleibende Patientenhaftung direkt mit dem Patienten abgerechnet. Wenn der Patient nicht versichert ist, stellt SSM Rehabilitation Network dem Patienten die entstandenen Kosten direkt in Rechnung. Die Patienten erhalten eine Reihe von bis zu vier Abrechnungen über einen Zeitraum von 120 Tagen, beginnend nach der Entlassung des Patienten, an die für den Patienten hinterlegte Adresse. Nur Patienten mit einem unbezahlten Saldo erhalten eine Abrechnung. Die Abrechnungen enthalten eine leicht verständliche Zusammenfassung dieser Richtlinie und Hinweise zur Beantragung finanzieller Unterstützung. Angemessene Bemühungen, die Anspruchsberechtigung zu bestimmen, beinhalten: Benachrichtigung des Patienten über die Richtlinie bei der Aufnahme und in schriftlicher und mündlicher Kommunikation mit dem Patienten bezüglich der Rechnung des Patienten, eine Bemühung, die Person telefonisch über die Richtlinie und das Verfahren zur Beantragung von Unterstützung mindestens 30 Tage vor der Einleitung eines Rechtsstreits zu benachrichtigen, und eine schriftliche Antwort auf jeden Antrag auf finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie, die innerhalb von 240 Tagen nach der ersten Abrechnung in Bezug auf den unbezahlten Saldo eingereicht wird, oder, falls später, das Datum, an dem ein Inkassounternehmen, das im Auftrag des SSM Rehabilitation Network arbeitet, den unbezahlten Saldo an das Krankenhaus zurückgibt.

- B. Inkasso-Aktionen für unbezahlte Salden:** Wenn ein Patient einen ausstehenden Saldo hat, nachdem bis zu vier Abrechnungen innerhalb eines Zeitraums von 120 Tagen verschickt wurden, wird der Saldo des Patienten an ein Inkassobüro weitergeleitet, das SSM Rehabilitation Network vertritt und die Zahlung einfordert. Inkassobüros, die SSM Rehabilitation Network vertreten, haben die Befugnis, das Inkasso für bis zu 18 Monate ab dem Zeitpunkt, an dem der Saldo an das Inkassobüro gesendet wurde, zu verfolgen. Ein Patient kann finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie auch dann beantragen, wenn der unbezahlte Saldo des Patienten an ein Inkassobüro weitergeleitet wurde. Nachdem mindestens 120 Tage nach der ersten Abrechnung nach der Entlassung verstrichen sind, die unbezahlte Kosten ausweist, und auf einer Einzelfallbasis, kann SSM Rehabilitation Network das Inkasso durch ein Gerichtsverfahren verfolgen, wenn ein Patient einen unbezahlten Restbetrag hat und nicht mit Informations- oder Zahlungsaufforderungen von SSM Rehabilitation Network oder einem Inkassobüro, das in seinem Namen arbeitet, kooperiert.

In keinem Fall wird die medizinisch notwendige Versorgung eines Patienten verzögert oder verweigert, bevor angemessene Anstrengungen unternommen wurden, um zu bestimmen, ob der Patient für eine finanzielle Unterstützung in Frage

kommt. Im SSM Rehabilitation Network wird ein nicht versicherter Patient, der neue Leistungen in Anspruch nehmen möchte und nicht als anspruchsberechtigt für finanzielle Unterstützung gilt, von einem Vertreter kontaktiert, der den Patienten über die Richtlinie informiert und, falls gewünscht, ihm hilft, einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen.

C. Prüfung und Genehmigung

Der Vertreter des SSM Rehabilitation Network hat die Befugnis zu prüfen und zu entscheiden, ob angemessene Anstrengungen unternommen wurden, um zu beurteilen, ob ein Patient Anspruch auf Unterstützung gemäß der Richtlinie hat, so dass außerordentliche Inkassomaßnahmen für einen unbezahlten Saldo eingeleitet werden können.

XII. **Abgedeckte Anbieter:** Bestimmte Leistungen werden von Ärzten erbracht, die nicht von der Richtlinie für finanzielle Unterstützung des SSM Rehabilitation Network abgedeckt sind. Diese Leistungen können von der Richtlinie für finanzielle Unterstützung des SSM Rehabilitation Network Systems abgedeckt werden, die online unter www.ssmhealth.com verfügbar ist. Ärzte, die im SSM Rehabilitation Network arbeiten und nicht unter diese Richtlinie fallen, sind in **Anhang B, Anbieterliste**, namentlich aufgeführt. Die Liste wird vierteljährlich aktualisiert und ist auch online unter www.ssm-rehab.com, in unseren Aufnahmebereichen und auf Anfrage bei einem Vertreter des SSM Rehabilitation Network erhältlich.

XIII. **Gesetzliche Anforderungen:** Bei der Umsetzung dieser Richtlinie müssen die Verwaltung und die Einrichtungen des SSM Rehabilitation Network alle sonstigen bundes-, landes- und ortsrechtlichen Gesetze, Regeln und Vorschriften einhalten, die für die gemäß dieser Richtlinie durchgeführten Aktivitäten gelten können.

XIV. **Unterlagen:** Patient Business Services wird Aufzeichnungen über seine Anträge auf finanzielle Unterstützung, Entscheidungen über finanzielle Unterstützung und Mitteilungen an Patienten aufbewahren, um seine faire und konsequente Anwendung dieser Richtlinie in Übereinstimmung mit unserer Richtlinie zur Aufbewahrung und Vernichtung von Unterlagen angemessen zu dokumentieren

XV. **Jährliche Berichterstattung:** Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, Informationen in Bezug auf finanzielle Unterstützung und nicht abgedeckte Leistungen für Medicaid und andere öffentliche Hilfsprogramme für Bedürftige im jährlichen Offenlegungspaket und im Softwareprogramm Community Benefit Inventory for Social Accountability (CBISA) anzugeben.

Die zu erfassenden Informationen umfassen:

1. Gesamtzahl der bedienten Personen;

2. Summe der verziehenen Kosten;
3. Gesamtkosten der finanziellen Unterstützung wie in dieser Richtlinie definiert und;
4. Ausgaben, die durch die Bereitstellung von finanzieller Unterstützung entstanden sind

Steuern, Veranlagungen oder Gebühren von Anbietern oder Medicaid-DSH-Gelder im jeweiligen Bundesstaat werden ganz oder teilweise zum Ausgleich der Kosten für die finanzielle Unterstützung verwendet.

XVI. **Fragen zur Richtlinie:** Wenn betriebliche Fragen zur Anwendung bestimmter in dieser Richtlinie enthaltener Regeln auftauchen, sollten diese an die Aufnahmestelle des Krankenhauses verwiesen werden, in dem die Leistungen erbracht wurden, oder an das Central Billing Office unter 888-868-1103.