

MEMORIAL HERMANN HEALTH SYSTEM RICHTLINIE

RICHTLINIENBEZEICHNUNG: Beihilferichtlinie

VERÖFFENTLICHUNGSDATUM: 19.12.2017

VERSION: 4

ZWECK DIESER RICHTLINIE:

Memorial Hermann Health System („MHHS“) betreibt Krankenhäuser nach Internal Revenue Code Section 501(c)(3), die Harris, Montgomery, Fort Bend und die umliegenden Gemeinden versorgen. MHHS gewährt unversicherten und unterversicherten Personen, die eine medizinische Behandlung benötigen, ungeachtet ihrer individuellen Zahlungsfähigkeit und ohne jede Diskriminierung finanzielle Unterstützung in Form von Finanzierungshilfen.

Diese Beihilferichtlinie (*Financial Assistance Policy*, FAP) regelt das Verfahren zur Ermittlung des Beihilfebedarfs der MHHS-Patienten und die Gewährung einer entsprechenden finanziellen Unterstützung.

GELTUNGSBEREICH:

Die FAP gilt für alle von MHHS-Krankenhäusern nach Section 501(c)(3) betriebenen staatlich zugelassenen Krankenhauseinrichtungen, darunter:

Memorial Hermann Greater Heights Hospital
Memorial Hermann Katy Hospital
Memorial Hermann Memorial City Medical Center
Memorial Hermann – Texas Medical Center

- Memorial Hermann Cypress Hospital
- Memorial Hermann Orthopedic and Spine Hospital

Memorial Hermann Northeast Hospital
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital Katy, L.L.C.
Memorial Hermann Southeast Hospital

- Memorial Hermann Pearland Hospital

Memorial Hermann Southwest Hospital
Memorial Hermann Sugar Land Hospital
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center
TIRR Memorial Hermann

MHHS betreibt ambulante Bildgebungszentren, Sportmedizin- und Reha-Zentren sowie Notfallzentren als anbieterbasierte, ambulante Abteilungen der oben aufgeführten Krankenhäuser, auf die sich diese FAP erstreckt.

Des Weiteren betreibt MHHS ambulante Diagnoselabore, die ebenfalls dieser Richtlinie unterliegen.

GRUNDSATZERKLÄRUNG:

1. Gemäß den MHHS-Grundwerten „Mitgefühl“ und „Verantwortung“ hat es sich MHHS zum Ziel gesetzt, bedürftige Patienten finanziell zu unterstützen. Darüber hinaus regelt diese Richtlinie, unter welchen Bedingungen Patienten Finanzierungshilfe für Notfallbehandlungen und medizinisch notwendige Therapien durch MHHS gewährt werden.
2. Vor diesem Hintergrund werden die genauen Kriterien sowie das Antragsverfahren beschrieben, zu denen MHHS Einzelpersonen Finanzierungshilfen gewährt, die nicht in der Lage sind, die in Anspruch genommenen Leistungen vollständig selbst zu bezahlen. Bitte beachten Sie, dass bestimmte Personen vorläufig anspruchsberechtigt sind, entgeltfreie Leistungen zu beziehen (siehe Abschnitt 4).
3. Diese Richtlinie gilt für alle Notfall- und medizinisch notwendigen Behandlungen, die von MHHS-Krankenhäusern erbracht werden. Sie gilt nicht für krankensexterne 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.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. 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 +1 713 3385502 oder +1 800 5262121, Option 5, anfordern.
4. Diese Richtlinie beschreibt die von MHHS bei der Berechnung der Finanzierungshilfe zugrunde gelegten Kriterien, die von MHHS im Rahmen der Veröffentlichung dieser Richtlinien in seinem Tätigkeitsgebiet zu ergreifenden Maßnahmen, das von MHHS zur Ermittlung der Anspruchsberechtigung verwendete Verfahren sowie das Verfahren zur Beantragung finanzieller Unterstützung. Die von MHHS bei Nichtzahlung zu ergreifenden Maßnahmen finden sich in einer gesonderten Richtlinie, der „MHHS Billing and Collections Policy“. Diese steht auf der MHHS-Internetseite zum Download bereit: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>, Eine kostenlose Druckversion erhalten Sie in der Notaufnahme sowie am Empfangsschalter des Krankenhauses. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter der Rufnummer +1 713 3385502 oder +1 800 5262121, Option 5, anfordern.
5. Um Anspruch auf Finanzierungshilfe zu haben, müssen Patienten (die nicht ohnehin vorläufig anspruchsberechtigt sind) 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 Richtlinie 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 alleinige Entscheidungsbefugnis darüber, ob MHHS ausreichende Anstrengungen unternommen hat, um eine FAP-Anspruchsberechtigung festzustellen, liegt beim MHHS Patient Business Services Office. Diese FAP soll der MHHS-Patientengemeinschaft im Einklang mit unseren Grundwerten „Mitgefühl“ und „Verantwortung“ dienen. Die Existenz dieser Richtlinie ist nicht als Angebot einer Finanzierungshilfe für bestimmte Patienten auszulegen und begründet keinerlei vertragliche Rechte oder Pflichten. Sie kann von MHHS nach eigenem Ermessen aktualisiert und vom MHHS-Vorstand beschlossen werden.
8. Die hierin enthaltenen Richtlinien und Verfahren stehen im Einklang mit den Gesetzen des Bundesstaats Texas und Internal Revenue Code Section 501(r) sowie den einschlägigen Verfahrensvorschriften.

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN:

1. *Antrag*: Der von einem Patienten zur Beantragung von Finanzierungshilfen einzureichende Antrag.
2. *Antragsfrist*: Während der Antragsfrist nimmt MHHS 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 in Rechnung gestellte Betrag in Rechnung gestellt.
 - a. MHHS 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 Zwölfmonatszeitraum 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-Sätze finden sich in Anhang A – Berechnung der üblicherweise 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 Jahreseinkommen und allen übrigen Geldleistungen einer Familie vor Steuern und abzüglich 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 Erscheinungsbilds 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 Inkassohandlungen (Extraordinary Collection Actions, ECA)*
Hierbei handelt es sich um Inkassohandlungen, denen ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren vorausgeht und die zusätzliche Maßnahmen wie den Weiterverkauf von Schulden an Drittparteien oder die Meldung nachteiliger Auskünfte an Inkassobüros und Auskunftsteien beinhalten können. MHHS führt selbst keine ECAs durch und untersagt diese auch seinen Inkassodienstleistern. Weitere Informationen zum Abrechnungsverfahren von MHHS finden Sie in der MHHS Billing and Collections Policy. Eine kostenlose Kopie dieser Richtlinie finden Sie online unter: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/> Eine

kostenlose Druckversion erhalten Sie auf Wunsch in der Notaufnahme sowie am Krankenhausempfang oder unter der Rufnummer +1 713 3385502 oder +1 800 5262121, 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 veröffentlichten Richtlinien angegebene Armutsgrenze auf das Bruttoeinkommen. Die für diese FAP zugrunde gelegte FPL wird jährlich aktualisiert.
 - a. Die aktuellen FPL-Werte finden sich in Anhang B – Federal Poverty Guidelines der FAP.
10. *Finanzierungshilfe/Beihilfe*: Als Finanzierungshilfe oder Beihilfe wird die Unterstützung bezeichnet, die MHHS 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 MHHS 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 Behandlung*: 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 MHHS-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; (5) Kontaktdaten, unter denen Antragsteller Unterstützung anfordern können; (6) die Verfügbarkeit von Übersetzungen der FAP sowie der zugehörigen Unterlagen; (7) 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. *Vorläufige Anspruchsberechtigung/vorläufig anspruchsberechtigt*: Die Feststellung eines Anspruchs auf Finanzierungshilfe auf Grundlage bestimmter Kriterien, die den finanziellen Bedarf eines unversicherten Patienten bestätigt, ohne dass dafür ein Antrag auf Finanzierungshilfe ausgefüllt werden muss.
14. *Angemessene Anstrengungen*: MHHS unternimmt angemessene Anstrengungen, um die Patienten über die FAP von MHHS 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 von MHHS zu informieren:
 - a. *Unvollständige Anträge*: Reicht ein Patient bzw. eine Familie einen unvollständigen Antrag ein, verschickt MHHS eine schriftliche Benachrichtigung, in der die zusätzlich erforderlichen Informationen bzw. Nachweise erläutert werden.
 - b. *Vollständige Anträge*: Reicht ein Patient bzw. ein Familienangehöriger einen vollständigen Beihilfeantrag ein, bestätigt MHHS innerhalb einer angemessenen Frist schriftlich den Status der Anspruchsberechtigung des Patienten und setzt ihn über den endgültigen Beschluss (einschließlich – sofern zutreffend – der Unterstützung, auf die der Patient Anspruch hat) sowie die jeweilige Entscheidungsgrundlage in Kenntnis. 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 erhält während der Bearbeitung eines vollständigen Antrags regelmäßige Abrechnungen.
 - c. *Patientenabrechnungen*: MHHS schickt dem Patienten eine Reihe von Abrechnungen zum Kontostand des Patienten und den geschuldeten Beträgen. Diese Patientenabrechnungen enthalten einen Hinweis, dass der Patient verpflichtet ist, MHHS über alle verfügbaren Krankenversicherungsdeckungen zu informieren, sowie einen Hinweis auf die FAP von MHHS, eine Telefonnummer zur Beantragung von

Finanzierungshilfen und eine Internetadresse, unter der die FAP-Unterlagen erhältlich sind.

- d. *MHHS-Internetseite*: Auf den Internetseiten von MHHS wird an einer gut sichtbaren Stelle darauf hingewiesen, dass Finanzierungshilfen zur Verfügung stehen. Dabei wird auch das Antragsverfahren erläutert. MHHS veröffentlicht diese FAP zusammen mit einer Liste von Anbietern, die von den FAP abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, einer Zusammenfassung in vereinfachter Sprache, dem Beihilfeantrag und der Billing and Collections Policy auf der MHHS-Internetseite: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. MHHS stellt in der Notaufnahme und im Empfangsbereich auf Wunsch entgeltfreie Druckfassungen dieser Unterlagen zur Verfügung.
15. *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.
 16. *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 von MHHS erbrachten Behandlung nach Einschätzung von MHHS 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.

PRÜFKRITERIEN:

1. *Kommunikation:* Um bei unseren Patienten, ihren Familien und in unserem Umfeld ein Bewusstsein für unsere Unterstützungsangebote zu schaffen, ergreift MHHS 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:* MHHS-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 von MHHS in vereinfachter Sprache und eine Druckfassung des Antrags auf Finanzierungshilfe werden allen Patienten so früh wie möglich zur Verfügung gestellt. MHHS stellt in der Notaufnahme und im Empfangsbereich auf Wunsch entgeltfreie Druckfassungen dieser Unterlagen zur Verfügung. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter +1 713 3385502 oder +1 800 5262121, Option 5, anfordern.
 - d. *Übersetzungen:* MHHS übersetzt die FAP, die Zusammenfassungen in vereinfachter Sprache, den Beihilfeantrag und seine 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. MHHS 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 +1 713 3385502 oder +1 800 5262121, Option 5, anfordern.

- e. *Hinweisschilder*: Schilder, die auf die Finanzierungshilfe hinweisen, werden an gut sichtbaren Stellen klar und deutlich angebracht – etwa in der MHHS-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 von MHHS wird an einer gut sichtbaren Stelle darauf hingewiesen, dass Finanzierungshilfen zur Verfügung stehen. Dabei wird auch das Antragsverfahren erläutert. MHHS 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 Billing and Collections Policy auf der MHHS-Internetseite:
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>
- g. *Rechnungen und Abrechnungen*: Patientenabrechnungen enthalten einen Hinweis darauf, dass der Patient verpflichtet ist, MHHS über alle vorhandenen Krankenversicherungsdeckungen zu informieren, einen Hinweis auf die MHHS-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 MHHS die Unterlagen senden soll.

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
FAX: +1 713 3386500

- 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. Auf Grundlage der in Abschnitt 4 unten beschriebenen Kriterien wird eine vorläufige Anspruchsberechtigung ermittelt. Hat ein Patient vorläufig Anspruch auf Finanzierungshilfe, ist kein Antrag auf eine solche Finanzierungshilfe erforderlich. Von Patienten bzw. Bürgen wird erwartet, am Überprüfungsverfahren mitzuwirken und die für die Bestimmung der voraussichtlichen Anspruchsberechtigung erforderlichen Personen- und Finanzdaten beizubringen.
- b. 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.
- c. MHHS 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 von MHHS in vereinfachter Sprache informiert wird. Zusätzlich unternimmt MHHS die folgenden Schritte, um Patienten über die MHHS-FAP zu informieren:
 - i. *Unvollständige Anträge:* Reicht ein Patient bzw. seine Familie einen unvollständigen Antrag ein, legt MHHS in einer schriftlichen Mitteilung dar, welche weiteren Angaben bzw. Unterlagen binnen 45 (fünfundvierzig) Tagen nach der ersten Antragstellung benötigt werden.
 - ii. *Patientenabrechnungen:* Patientenabrechnungen enthalten einen Hinweis darauf, dass der Patient verpflichtet ist, MHHS über alle vorhandenen Krankenversicherungsdeckungen zu informieren, sowie einen Hinweis auf die FAP von MHHS, eine Telefonnummer zur Beantragung von Finanzierungshilfen und eine Internetadresse, unter der die FAP-Unterlagen erhältlich sind.
 - iii. *MHHS-Internetseite:* Auf den Internetseiten von MHHS wird an einer gut sichtbaren Stelle darauf hingewiesen, dass Finanzierungshilfen zur Verfügung stehen. Dabei wird auch das Antragsverfahren erläutert. Auf der MHHS-Internetseite: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>, veröffentlicht MHHS 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 Billing and Collections Policy.
 - iv. *Auf Anfrage erhältliche Unterlagen:* MHHS 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.

- d. Verwendung öffentlich zugänglicher externer Datenquellen für Angaben zur Zahlungsfähigkeit eines Patienten oder Bürgen einschließlich Bonitätswerten von TransUnion oder Experian;
 - e. Prüfung der Außenstände des Patienten aus früheren von MHHS erbrachten Leistungen sowie Zahlungshistorie und frühere Forderungsausfälle;
 - f. Die Höhe der von MHHS angebotenen Finanzierungshilfe richtet sich nach Einkommen, Familiengröße und FPL. Sowohl unversicherte als auch versicherte Patienten können Finanzierungshilfen beantragen; und
 - g. 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 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 Federal Poverty Guidelines gemäß Gross Income Financial Assistance Eligibility Table (Anhang A – Berechnung der üblicherweise 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 Federal Poverty Guidelines beträgt, 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. *Vorläufige Anspruchsberechtigung:* Unversicherte Patienten können als anspruchsberechtigt für Finanzierungshilfen eingestuft werden, wenn eines der unten aufgeführten Kriterien erfüllt ist. Bei Nachweis von mindestens einem Kriterium ist kein zusätzlicher Einkommensnachweis erforderlich. Die unten stehende Liste gilt für den Fall, dass das Bruttoeinkommen des Patienten weniger als das Zweifache der FPL beträgt und er Anspruch auf eine Ermäßigung der Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen um 100 % (einhundert Prozent) hat. Die Prüfung der vorläufigen Anspruchsberechtigung unversicherter Patienten ist schnellstmöglich nach Empfang der medizinisch notwendigen Leistungen und vor der Ausstellung der entsprechenden Rechnung abzuschließen. Bei Anzeige einer möglichen vorläufigen Anspruchsberechtigung behält MHHS Patientenabrechnungen für die Dauer von 30 (dreißig) Tagen ein,

solange die Prüfung auf eine vorläufige Anspruchsberechtigung andauert. Patienten mit einer zusätzlichen Versicherung (außer bundesstaatlichen bzw. einzelstaatlichen Förderprogrammen wie Medicaid) kommen für eine vorläufige Anspruchsberechtigung nicht infrage und müssen daher einen Antrag auf Finanzierungshilfen stellen.

- a. Unversicherte Patienten, die die folgenden Kriterien erfüllen, gelten als vorläufig anspruchsberechtigt für eine Ermäßigung der Notfall- bzw. medizinisch notwendigen Behandlungskosten um 100 % (einhundert Prozent):
- i. Obdachlose und Empfänger von Leistungen einer Obdachlosenklinik;
 - ii. Personen, die an einem Women, Infants and Children Program (WIC) teilnehmen;
 - iii. Personen, die Anspruch auf Lebensmittelmarken haben;
 - iv. Personen, die am Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) teilnehmen;
 - v. Personen, die an staatlichen oder kommunalen Hilfsprogrammen teilnehmen (z. B. *Medicaid Spend Down*);
 - vi. Personen, die in einer Sozialwohnung gemeldet sind;
 - vii. Personen, die Unterstützung für medizinische Leistungen erhalten (*grant assistance*);
 - viii. Entmündigte/geistig behinderte Personen (*mental incapacitation*) ohne Vormund;
 - ix. Personen, die in der jüngsten Vergangenheit Privatinsolvenz angemeldet haben;
 - x. Strafgefangene;
 - xi. Verstorbene ohne bekannten Nachlass;
 - xii. Personen, die mithilfe eines elektronischen Scoring-Modells (siehe unten) bestimmt werden.
- b. **Das elektronische Scoring-Modell:** Wenn ein unversicherter Patient oder Bürge das FAP-Antragsverfahren nicht abschließt oder die für die Ermittlung seiner Anspruchsberechtigung erforderlichen Finanzunterlagen nicht vorlegt, kann das Konto mithilfe eines elektronischen Scoring-Modells (ESM) überprüft werden, das auf Grundlage von Finanzklasse, früheren Ausgleichszahlungen, Beschäftigungsverhältnis, Postleitzahl, Alter, Zahlungs- und Kreditgeschichte, Kontostand und Zulassungsquelle Bonitätswerte ermittelt. Ergibt der ESM-Wert, dass der Kunde mit hoher Wahrscheinlichkeit für die FAP infrage kommt, wird eine vorläufige FAP-Ermäßigung gemäß dieser Richtlinie gewährt.

5. *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 sechsmontatige Finanzierungshilfe, ohne dass hierfür zusätzliche Schritte auf Seiten des Patienten erforderlich sind. Patienten sind verpflichtet, MHHS alle wesentlichen Veränderungen ihrer finanziellen Lage innerhalb des Sechsmonatszeitraums 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 von MHHS gewährten Finanzierungshilfen ab dem Datum dieser wesentlichen Verbesserung ungültig werden.

6. *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 MHHS nach Bundes- und einzelstaatlichen Gesetzen hinsichtlich einer Notfallbehandlung ungeachtet der Zahlungsfähigkeit des Patienten gelten.

7. *Antragsverfahren*

- a. *Antragstellung:* Der Antrag auf Finanzierungshilfe muss ausgefüllt und zusammen mit den entsprechenden Nachweisen eingereicht werden. Kostenlose Kopien des Antragsformulars stehen auf der MHHS-Internetseite zum Download bereit: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram>. Kostenlose Druckversionen erhalten Sie auch in der Notaufnahme und bei der Patientenmeldung im Krankenhaus. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter +1 713 3385502 oder +1 800 5262121, 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 +1 713 3385502 oder +1 800 5262121, Option 5, sprechen können.

- c. Richten Sie ausgefüllte Anträge an die folgende Adresse:

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024

oder

FAX: +1 713 3386500

- 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 MHHS-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 MHHS einzureichen, sofern gegenüber MHHS keine zwingenden Gründe vorgebracht werden. Außer im Falle einer voraussichtlichen Anspruchsberechtigung muss der Antrag auf Gewährung von Finanzierungshilfen 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 MHHS-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,
 - 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. Außer im Falle einer voraussichtlichen Anspruchsberechtigung ist der Antragsteller verpflichtet, die Antragsbescheinigung zu unterzeichnen. MHHS kann Entscheidungen zurücknehmen oder verändern, wenn aus späteren Nachweisen hervorgeht, dass der Antragsteller falsche Angaben gemacht hat.

Zusätzliche Nachweise: Laut MHHS-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 MHHS sowohl laufende als auch künftige Anträge dieses Antragstellers ablehnen. Bei falschen Angaben, die ohne böse Absicht gemacht werden, orientiert sich MHHS bei seiner Entscheidung an den korrigierten Angaben. Wurde aufgrund wissentlich abgegebener, im Wesentlichen falscher Angaben bereits eine Finanzierungshilfe gewährt, kann MHHS diese Gewährung für

nichtig erklären und behält sich das Recht vor, fällige Beträge vom Patienten zurückzufordern. Wurden unbeabsichtigt im Wesentlichen falsche Angaben gemacht, prüft MHHS seine Entscheidung auf Grundlage der korrigierten Angaben.

QUERVERWEISE:

Patient Transfer Policy (EMTALA and Texas Transfer Act Compliance)

Financial Assistance Plain Language Summary

Financial Assistance Application

Billing and Collections Policy

ANHÄNGE:

Anhang A – Berechnung der normalerweise berechneten Beträge

Anhang B – Federal Poverty Guidelines

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

Anhang A – Berechnung der normalerweise berechneten Beträge

Die Berechnung der normalerweise berechneten Beträge beruht auf dem Abrechnungs- und Zuweisungsverfahren, das MHHS 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

Die AGB werden jährlich und für jedes Krankenhaus separat berechnet. Alle MHHS-Krankenhäuser richten sich dann nach dem niedrigsten resultierenden AGB-Satz.

Einrichtung	Stationäre Behandlung	Ambulante Behandlung
Memorial Hermann Greater Heights Hospital	32 %	12 %
Memorial Hermann – Texas Medical Center	30 %	26 %
Memorial Hermann Katy Hospital	30 %	11 %
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital – Katy	49 %	17 %
Memorial Hermann Memorial City Medical Center	30 %	15 %
Memorial Hermann Northeast Hospital	31 %	13 %
Memorial Hermann Southeast Hospital	33 %	13 %
Memorial Hermann Southwest Hospital	30 %	13 %
Memorial Hermann Sugar Land Hospital	31 %	13 %
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center	31 %	12 %
TIRR Memorial Hermann	31 %	22 %
Memorial Hermann Surgical Hospital – First Colony	30 %	13 %
Memorial Hermann Surgical Hospital – Kingwood	30 %	14 %
Memorial Hermann Tomball Hospital	N/A	11 %
Memorial Hermann First Colony Hospital	N/A	13 %

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

Normalerweise berechnete Beträge (Amounts Generally Billed, AGB), OP: 11 %
Normalerweise berechnete Beträge (Amounts Generally Billed, AGB), IP: 30 %

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

Anhang B – Federal Poverty Guidelines

Die Tabelle „*Gross Monthly Income Financial Assistance Eligibility*“ (Bruttomonatseinkommen und Beihilfeanspruch) wird im Falle einer Änderung der Federal Poverty Guidelines überarbeitet. Die Tabelle wird einmal jährlich auf den neuesten Stand gebracht.

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

Die Tabelle „Bruttomonatseinkommen und Beihilfeanspruch“ beruht auf den Federal Poverty Guidelines und der Harris County Hospital District Eligibility Table in ihrer jeweils gültigen Form.

Siehe Tabelle unten:

Memorial Hermann Health System Bruttomonatseinkommen und Beihilfeanspruch (<i>Gross Income Financial Assistance Eligibility Table</i>)						
Federal Poverty Guidelines (FPG) 2018 Beihilfefähiges Brutto-Monats-/Jahreseinkommen nach Familiengröße.						
	100 % der FPG		200 % der FPG		400 % der FPG	
Familiengröße	Jahreseinkommen	Monatseinkommen	Jahreseinkommen	Monatseinkommen	Jahreseinkommen	Monatseinkommen
1	12.140 USD	1.012 USD	24.280 USD	2.023 USD	48.560 USD	4.047 USD
2	16.460 USD	1.372 USD	32.920 USD	2.743 USD	65.840 USD	5.487 USD
3	20.780 USD	1.732 USD	41.560 USD	3.463 USD	83.120 USD	6.927 USD
4	25.100 USD	2.092 USD	50.200 USD	4.183 USD	100.400 USD	8.367 USD
5	29.420 USD	2.452 USD	58.840 USD	4.903 USD	117.680 USD	9.807 USD
6	33.740 USD	2.812 USD	67.480 USD	5.623 USD	134.960 USD	11.247 USD
7	38.060 USD	3.172 USD	76.120 USD	6.343 USD	152.240 USD	12.687 USD
8	42.380 USD	3.532 USD	84.760 USD	7.063 USD	169.520 USD	14.127 USD
<i>Bei Familien mit mehr als acht Familienmitgliedern werden zur Berechnung der Federal Poverty Guideline 4.320 USD für jede weitere Person hinzugerechnet.</i>						