



## **Titel: Finanzielle Unterstützung – UnityPoint Health – Meriter 1.BR.34M**

Tag des Inkrafttretens: 01.10.2019; Überarbeitet: 01/2021

**ZWECK:** Der Zweck dieser Richtlinie besteht darin, die Umstände darzulegen, unter denen UPH – Meriter finanziell bedürftigen Patienten vergünstigte Behandlungen bietet. UnityPoint Health – Meriter verfolgt das Ziel, durch Bereitstellung von Notfall- und anderen medizinisch notwendigen Gesundheitsdienstleistungen für alle, unbeachtet der Fähigkeit des Einzelnen, dafür zu zahlen, seine gemeinnützige Mission zu erfüllen. UPH – Meriter leistet für geeignete Patienten finanzielle Unterstützung.

**ANWENDUNGSBEREICH:** Alle UPH – Meriter Krankenhäuser und Kliniken (gemeinsam als „UPH – Meriter“ bezeichnet), die nach Art. 501(c)(3) steuerbefreit sind.

**GRUNDSÄTZE:** Als gemeinnützige steuerbefreite Organisation gemäß der Abgabenordnung der USA (Internal Revenue Code (IRC) Abschnitt 501(c)(3)) erfüllt Meriter die medizinisch notwendigen Gesundheitsbedürfnisse aller Patienten, die sich um eine Behandlung bemühen, unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten, die erbrachten Dienstleistungen zu bezahlen. Gleichmaßen sind Patienten dazu verpflichtet, sich Versicherungsschutz zu beschaffen und für einen Teil der Kosten ihrer medizinischen Versorgung aufzukommen, und UPH - Meriter hat die Pflicht, Patienten zur Zahlung aufzufordern.

Um steuerbefreit zu bleiben, muss UPH - Meriter gemäß IRC Abschnitt 501(r) und anwendbaren Gesetzen der einzelnen Bundesstaaten, seine Richtlinie zu finanzieller Unterstützung anwenden und auf breiter Ebene bekanntmachen. Wenn die Bereitstellung von Finanzhilfe zusätzlichen bundesstaatlichen oder bundesstaatlichen Gesetzen unterliegt und diese Gesetze strengere Anforderungen als in dieser Richtlinie enthalten, gelten die strengeren Anforderungen (z. B. 210 ILCS 76 Community Benefit Act).

1. Definitionen. Die folgenden Begriffe sind in dieser Richtlinie folgendermaßen auszulegen:
  - 1.1. Zulässige Beträge. Maximale Zahlungsbeträge für abgedeckte medizinische Dienstleistungen. Kann auch als „zuschussfähige Ausgaben“, „Zahlungsbewilligung“ oder „ausgehandelter Satz“ bezeichnet werden.
  - 1.2. Beträge, die im Allgemeinen versicherten Personen in Rechnung gestellt werden („Amounts Generally Billed to Individuals Who Have Insurance“, AGB). Die Beträge, die versicherten Patienten für Notfälle oder andere medizinisch notwendige Behandlungen in Rechnung gestellt werden, werden gemäß der folgenden Methode in dieser Richtlinie ermittelt.

- 1.2.1.  $AGB \% = (\text{Summe aller zulässigen Beträge von Medicare Fee For Service} + \text{Summe aller zulässigen Beträge von privaten Krankenversicherern während der letzten 12 Monate}) / (\text{Summe der Bruttogebühren für die gleichen Ansprüche})$
- 1.2.2.  $AGB = (\text{Bruttogebühren für medizinisch notwendige Versorgung oder medizinische Notfallversorgung}) \times (AGB \%)$
- 1.2.3. Die AGB-Beträge werden jährlich aktualisiert.
- 1.3. Finanzielle Unterstützung. Ein Rabatt, der einem Patienten gemäß den Geschäftsbedingungen gewährt wird, die das Krankenhaus qualifizierten Patienten anbietet, oder gemäß den gesetzlichen Bestimmungen. Finanzielle Unterstützung ist keine Form der Krankenversicherung und kann nicht verwendet werden, um Prämien zu bezuschussen.
- 1.4. FINA-berechtigte Patienten. Patienten, die die in dieser Richtlinie beschriebenen Verfahren befolgen und festgestellt werden, dass sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie haben.
- 1.5. Kostenlose und gemeinnützige Klinik. Eine nach 501(c)(3) steuerbefreite Gesundheitsorganisation, die Gesundheitsdienstleistungen für nicht oder unterversicherte Personen mit geringem Einkommen anbietet, die entweder von der Illinois Association of Free and Charitable Clinics oder der National Association of Free and Charitable Clinics anerkannt ist.
- 1.6. Notfallversorgung. Im Sinne des Gesetzes über medizinische Notfallbehandlung und Arbeit („EMTALA“), sofortige Betreuung durch eine Krankenhauseinrichtung für einen medizinischen Notfall, der erforderlich ist, um zu verhindern, dass die Gesundheit eines Patienten ernsthaft gefährdet, die Körperfunktionen ernsthaft beeinträchtigt und/oder Organe oder Körperteile schwer gestört werden. Sie umfasst darüber hinaus die Versorgung von Schwangeren, bei denen die Wehen eingesetzt haben. Notfallversorgung wird als medizinisch notwendig erachtet.
- 1.7. Befreite Patienten: Personen (und ihre Angehörigen), die von der Sozialversicherungs- und Medicare-Steuer befreit sind, müssen keine Anträge auf staatliche Unterstützungsprogramme wie Medicaid stellen. Die Dokumentation kann eine oder mehrere der folgenden Angaben enthalten:

- 1.8. Genehmigtes und gültiges IRS-Formular 4029; Antrag auf Befreiung von Sozialversicherungs- und Medicare-Steuern und Verzicht auf Leistungen;
- 1.9. In Fällen, in denen ein 4029 nicht verfügbar ist, wird UPH-Meriter alternative Dokumente in Betracht ziehen, die belegen, dass eine Person von der Sozialversicherungssteuer befreit ist.
- 1.10. Bruttokosten. Der volle, festgelegte Preis für die medizinische Versorgung, den UPH – Meriter durchgehend und gleichmäßig Patienten in Rechnung stellt, bevor Ermäßigungen, vertragliche Zuschüsse oder Abzüge zur Anwendung kommen.
- 1.11. Haushaltseinkommen: Das Haushaltseinkommen ist das kombinierte Einkommen von Patient, Ehepartner des Patienten und allen auf der Steuererklärung des Patienten als unterhaltspflichtig eingetragenen Personen. Es umfasst jede Form von Einkommen, z. B. Gehälter und Löhne, Renteneinkommen, Jahresrenten.
- 1.12. Krankenhaus. Eine Einrichtung, die von einem Staat lizenziert, registriert oder in ähnlicher Weise als Krankenhaus anerkannt werden muss. Mehrere Gebäude, die von einer Krankenhausorganisation unter einer einzigen staatlichen Lizenz betrieben werden, gelten als ein einziges Krankenhaus.
- 1.13. Krankenhausorganisation. Eine gemäß Abschnitt 501(c)(3) anerkannte oder anerkannte Organisation, die ein oder mehrere Krankenhäuser betreibt. Dies schließt jede andere Organisation ein, die die Hauptfunktion oder den Hauptzweck der Bereitstellung von Krankenhausversorgung hat.
- 1.14. Medizinisch notwendig. Diese Dienstleistungen sind erforderlich, um eine Krankheit oder Verletzung zu erkennen oder zu behandeln, die vernünftigerweise als notwendig erachtet wird, unter Berücksichtigung der angemessensten Versorgung. Je nach Gesundheitszustand des Patienten kann die am besten geeignete Umgebung für die Bereitstellung der Versorgung eine Arztpraxis, eine ambulante Einrichtung oder eine langfristige Behandlung in Form von Rehabilitation oder stationärer Behandlung im Krankenhaus sein. Um medizinisch notwendig zu sein, muss eine Dienstleistung folgende Bedingungen erfüllen:
  - 1.14.1. Erforderlich zur Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung;
  - 1.14.2. In Einklang stehend mit der Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Patienten;

1.14.3. Den Standards der guten medizinischen Praxis entsprechend und

1.14.4. Das für den Patienten am besten geeignete Maß an Fürsorge, das vom Gesundheitszustand des Patienten und nicht von der finanziellen oder familiären Situation des Patienten abhängt.

Der Begriff „Medizinisch notwendig“ bezieht sich nicht auf Dienstleistungen, die für Annehmlichkeiten des Patienten oder des Arztes des Patienten oder für eine elektive Gesundheitsversorgung erbracht werden. Für Zwecke dieser Richtlinie behält sich UPH – Meriter das Recht vor, auf Einzelfallbasis zu bestimmen, ob die Versorgung und die Dienstleistungen die Definition und den Standard von „Medizinisch notwendig“ erfüllen, um für finanzielle Unterstützung geeignet zu sein.

- 1.15. Patient(en). Umfasst entweder den Patienten und/oder die für den Patienten verantwortliche Person (Elternteil, Erziehungsberechtigter, Bürge).
- 1.16. Bestimmung der vermutlichen Anspruchsberechtigung. Der Prozess, durch den UPH – Meriter vorläufige Auswahlkriterien und/oder Informationen aus anderen Quellen als der Einzelperson verwendet, um die Eignung für die finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie zu bestimmen.
- 1.17. Einzelfallvereinbarung. Eine Vereinbarung zwischen UPH – Meriter und einem Patienten, in dem ein Betrag für einen bestimmten Patientenfall vereinbart wird. Ein Einzelfallvertrag ist eine Ausnahme und weder ein Ermäßigungsprogramm noch ein Ersatz für Versicherungsverträge.
- 1.18. Unterversichert. Versicherte Patienten, deren selbst zu zahlende medizinische Kosten ihre Zahlungsfähigkeit übersteigen.
- 1.19. Unversichert. Patienten ohne Versicherung oder Unterstützung von Dritten, um ihre finanziellen Verpflichtungen gegenüber medizinischen Anbietern für eine bestimmte Dienstleistung zu erbringen.
- 1.20. Unversicherter Rabatt. Ein Rabatt für Patienten ohne Krankenversicherung. Bruttoentgelte des Krankenhauses multipliziert mit dem unversicherten Abzinsungsfaktor.
- 1.21. Dringende Versorgung. Medizinisch notwendige Behandlung zur Behandlung von Erkrankungen, die nicht sofort lebensbedrohlich sind, jedoch zu Beginn einer Erkrankung oder Verletzung, Behinderung, Tod oder schweren Beeinträchtigungen

oder Störungen führen, falls diese nicht innerhalb von 12 bis 24 Stunden behandelt werden.

2. Richtlinienelemente. UPH – Meriter bietet nur dann im Rahmen dieser Richtlinie finanzielle Unterstützung an, wenn (a) die Versorgung für medizinisch notwendig und für unter diese Richtlinie fallend erachtet wird; (b) das Unternehmen feststellt, dass die Patienten alle Auswahlkriterien erfüllt haben; (c) festgestellt wird, dass es für den Grad der Versorgung geeignet ist und (d) Patienten zunächst ordnungsgemäß versucht haben, Hilfe im Rahmen anderer Programme zu erhalten (wie Medicaid oder öffentlich verfügbare Versicherungen). Wie in dieser Richtlinie beschrieben, bietet UPH – Meriter sowohl kostenlose als auch ermäßigte Versorgung, abhängig von der Familiengröße, dem Einkommen und der Art der Gesundheitsfürsorge an. Unversicherte und unterversicherte Patienten, die sich nicht für eine kostenlose Versorgung qualifizieren, können eine anteilige Ermäßigung der Bruttokosten für ihre medizinisch notwendigen Dienstleistungen erhalten, basierend auf deren Familieneinkommen als Prozentsatz der Bundes-Armut-Richtwerte („FPG“). Es wird erwartet, dass diese Patienten ihren Restsaldo ausgleichen und mit einem UPH – Meriter-Vertreter zusammenarbeiten, um einen Zahlungsplan auf Grundlage ihrer finanziellen Situation festzulegen. Wenn es sich bei den vertraglich abgedeckten Diensten um Notfalldienste oder um Dienste handelt, die UPH - Meriter ansonsten im Rahmen von EMTALA erbringen muss, werden die vertraglich abgedeckten Dienste von UPH - Meriter ohne Vorauszahlung oder Vorauszahlung erbracht. Für alle anderen abgedeckten Dienstleistungen kann UPH – Meriter eine Vorauszahlung zur Bedingung machen.

3. Verfahren.

3.1. Anspruch auf finanzielle Unterstützung.

3.1.1. Zu den Leistungen, die für finanzielle Unterstützung berechtigt sind, gehören alle Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Versorgung, die von UPH – Meriter für FINA-berechtigte Patienten bereitgestellt wird. UPH – Meriter wird Patienten, die Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung haben, für Notfallversorgung oder medizinisch notwendige Versorgung nicht mehr in Rechnung stellen als die AGB für versicherte Patienten. Einem nicht versicherten Patienten unter der Schwelle von 600 % dürfen nicht mehr als die Kosten des Krankenhauses abzüglich des Betrags des nicht versicherten Rabatts in Rechnung gestellt werden. Soweit dies durch staatliche oder private Versicherer gestattet ist, können Selbstbeteiligungen, Zusatzversicherungen oder Zusatzzahlungen berücksichtigt werden, um den Anspruch für finanzielle Unterstützung zu ermitteln.

- 3.1.2. Die Eignung für finanzielle Unterstützung kann zu jedem Zeitpunkt im Ertragszyklus bestimmt werden.
- 3.1.3. Um Anspruch auf finanzielle Unterstützung zu haben, müssen die Patienten die folgenden Kriterien erfüllen:
  - 3.1.3.1. Der Patient und/oder der Patientenvertreter müssen mit UPH - Meriter zusammenarbeiten, um, falls verfügbar, nach alternativen Quellen der Hilfe zu suchen, einschließlich Medicare, Medicaid, Gruppenkrankenversicherung, Krankenversicherungsbörse und anderen Versicherungsformen (es sei denn, es werden Unterlagen vorgelegt, die belegen, dass es sich um einen „befreiten Patienten“ handelt). Jegliche Versicherungserlöse oder Ausgleichszahlungen, die im Zusammenhang mit medizinischen Kosten direkt an den Patienten gezahlt werden, müssen vom Patienten an UPH-Meriter abgetreten werden, um die damit verbundenen ausstehenden UPH-Meriter-Gebühren zu decken, bevor die finanzielle Unterstützung beantragt wird. Alle unversicherten Patienten, die die finanzielle Möglichkeit haben, eine Krankenversicherung abzuschließen, können dazu aufgefordert werden, dies zu tun, um die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung und das allgemeine Wohlbefinden zu gewährleisten.
  - 3.1.3.2. Der Patient kann aufgrund seiner individuellen finanziellen Situation nicht zahlen.
  - 3.1.3.3. Der Patient und/oder der Patientenvertreter arbeitet mit den Richtlinien und Verfahren von UPH – Meriter zusammen.
  - 3.1.3.4. Der Patient muss als in Dane County oder einem angrenzenden County ansässig angesehen werden. Um die Berechtigung zu bestimmen, verwendet Meriter die Richtlinien für die Aufenthaltsberechtigung für Wisconsin Medicaid, wie sie vom US-Bundesstaat Wisconsin (Department of Health Services) für die folgenden Bezirke festgelegt wurden: Dane, Columbia, Dodge, Jefferson, Rock, Green, Iowa und Sauk. International reisende/zurück besuchende Patienten, die sich bei UPH - Meriter behandeln lassen möchten, haben keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung.
  - 3.1.3.5. Der Patient muss entweder ein jährliches Haushaltseinkommen haben, das unter 500 % der Bundes-Armut-Richtwerte liegt oder

eine übermäßige medizinische Verschuldung aufweisen (mehr als 50 % des Bruttoeinkommens).

- 3.1.3.6. Der Patient oder sein Vertreter muss einen ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung (einschließlich aller für den Antrag erforderlichen Unterlagen) einreichen oder die Voraussetzungen für die vermutlichen Anspruchsberechtigung erfüllen.
- 3.1.3.7. Bestimmte einkommensbasierte Programme des Bundes und der Bundesstaaten wie Medicaid verlangen von den Patienten, dass sie Dokumente vorlegen, um nachzuweisen, dass ihr Einkommen unter einem bestimmten Schwellenwert der Federal Poverty Limit (FPL) liegt. Wenn ein Patient derzeit für ein staatliches/bundesstaatliches Programm aktiv ist, das einen FPL-Nachweis von <200% erfordert, muss der Patient möglicherweise keine Einkommensnachweise über den Antrag auf finanzielle Unterstützung hinaus bei UPH-Meriter einreichen, um für die finanzielle Unterstützung genehmigt zu werden.
- 3.1.4. Bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung unterscheidet UPH – Meriter nicht auf Grundlage von ethnischer Herkunft, Hautfarbe, nationaler Herkunft, sexueller Orientierung, Geschlecht, Alter oder Behinderung.
- 3.1.5. Wenn UPH-Meriter feststellt, dass ein Patient die oben beschriebenen Kriterien erfüllt, ermittelt UPH-Meriter die Höhe der finanziellen Unterstützung eines Patienten anhand einer einkommensabhängigen Staffel. (Plan B)
- 3.1.6. Zu den Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, gehören:
  - 3.1.6.1. Spezifische Patientenpopulationen, für die eine Einzelfallvereinbarung mit UPH - Meriter besteht.
  - 3.1.6.2. Patienten, die Anspruch auf Deckung oder Bezahlung von Leistungen im Rahmen eines anderen Kranken- oder Unfallversicherungsprogramms haben, einschließlich Arbeitnehmerentschädigung, Haftpflichtversicherung und Kraftfahrzeugversicherung.

Patienten, die Mitglied eines Versicherungsprogramms sind, das UPH – Meriter als „außerhalb des Netzwerks“ einstuft und sich

entscheiden, eine nicht-Notfallbehandlung bei UPH – Meriter in Anspruch zu nehmen, anstatt bei einem „zum Netzwerk gehörigen“ Anbieter.3.1.6.3.In diesen Fällen kann UPH - Meriter die finanzielle Unterstützung, die dem Patienten andernfalls zur Verfügung stehen würde, aufgrund einer Überprüfung der Versicherungsinformationen des Patienten und anderer sachdienlicher Fakten und Umstände kürzen oder verweigern.

3.1.6.4. Patienten, die eine Behandlung erhalten, die nicht als „abgedeckt“ angesehen wird, da die Dienstleistung nicht als medizinisch notwendig oder Notfallversorgung erachtet wird.

3.1.7. Finanzielle Unterstützung für nicht versicherte Patienten, die an UPH-Meriter für Nicht-Notfalldienste verwiesen werden, die eine gemeindenahe Grundversorgung erhalten, die von einem staatlich qualifizierten Gesundheitszentrum (FHCQ), einem kommunalen Gesundheitszentrum oder einer freien und gemeinnützigen Klinik bereitgestellt wird:

3.1.7.4. Wenn begründeter Anlass zu der Annahme besteht, dass der nicht versicherte Patient Anspruch auf ein gesetzliches Krankenversicherungsprogramm hat, bietet UPH-Meriter dem Patienten die Möglichkeit, sich auf eine Untersuchung und Unterstützung bei der Beantragung von gesetzlichen Krankenversicherungsprogrammen zu untersuchen.

3.1.7.5. Wenn kein begründeter Anlass zu der Annahme besteht, dass der nicht versicherte Patient Anspruch auf ein gesetzliches Krankenversicherungsprogramm hat, bietet UPH-Meriter dem Patienten die Möglichkeit, bei der Planung der Krankenhausleistungen eine Krankenhauskostenhilfe zu beantragen.

3.2. Unterstützung für Patienten, die keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben:

3.2.6. Nicht versicherte Patienten, die nicht für finanzielle Unterstützung anspruchsberechtigt sind, können einen Nachlass auf den zu zahlenden Eigenanteil erhalten. Die Patienten können Ermäßigungen gemäß UnityPoint Gesundheitsrichtlinie 1.BR.33, Ermäßigungen für unversicherte Patienten für weitere Informationen anfordern.

3.3. Verfahren zur Beantragung finanzieller Unterstützung:



- 3.3.6. UPH – Meriter und UW Health arbeiten zusammen, um einen gemeinsamen Antrags- und Entscheidungsprozess anzubieten, der es den Patienten gestattet, über eine der beiden Organisationen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen. Alle Anträge und Belege, die von einer Organisation erhalten wurden, werden sowohl UPH – Meriter als auch UW Health zur Verfügung gestellt. Die endgültige Bestimmung der finanziellen Unterstützung, einschließlich der Höhe der Ermäßigungen, bleibt in der alleinigen Verantwortung der jeweiligen Organisation. Sollte eine Abweichung auftreten, wird UPH – Meriter sich an die in dieser UPH – Meriter-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung halten.
- 3.3.7. Ein Patient kann sich für finanzielle Unterstützung durch eine vermutliche Anspruchsberechtigung oder durch Einreichen eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung für finanzielle Unterstützung qualifizieren. Bewerbungsunterlagen und -informationen sind online und an den Standorten von UPH - Meriter und UW Health erhältlich. Siehe Anhang A für vollständige Kontaktinformationen.
- 3.3.8. Patienten können bis zu 240 Tage ab dem Datum der Entlassung oder der Leistungen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen.
- 3.3.9. Die Patienten werden gebeten, zu bestätigen, dass alle zur Verfügung gestellten Informationen der Wahrheit entsprechen. Wenn Informationen als fehlerhaft eingestuft werden, können alle dem Patienten angebotenen Ermäßigungen widerrufen werden, wodurch die ihm erbrachten Leistungen vollständig in Rechnung gestellt werden.
- 3.3.10. Die Patienten müssen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen und gegebenenfalls die folgenden Belege einreichen:
- 3.3.10.4. Einkommensnachweis für den Antragsteller (und ggf. Lebenspartner/Haushaltsmitglied, falls verheiratet);
- 3.3.10.4.1. Letzte Gehalts-/Lohnbescheinigungen. Eines der Folgenden:
- 3.3.10.4.1.1. Bei wöchentlicher Zahlung (jede Woche) - 4 letzte aufeinanderfolgende Lohnbescheinigungen

- 3.3.10.4.1.2. Bei zweiwöchentlicher Zahlung (alle 2 Wochen) - 2 letzte aufeinanderfolgende Lohnbescheinigungen
- 3.3.10.4.1.3. Bei monatlicher Zahlung (jeden Monat) – die letzte Lohnbescheinigung
- 3.3.10.4.1.4. Brief von Arbeitgeber, aus dem das wöchentliche, monatliche oder jährliche Einkommen hervorgeht
- 3.3.10.4.2. Arbeitslosengeld-Bewilligungsbescheid
- 3.3.10.4.3. Angaben zum SSI/SSDI-Einkommen (einschließlich minderjähriger Kinder)
- 3.3.10.4.4. Angaben zu Jahresrenten
- 3.3.10.4.5. Renteninformationen
- 3.3.10.4.6. Sonstige erschöpfende Informationen darüber, woraus der Patient/dessen Familie seinen/ihren Unterhalt bestreitet
- 3.3.10.4.7. Kopie der aktuellsten Steuerbescheide (einschließlich aller anwendbaren Zeitpläne).
- 3.3.10.5. Kontoauszüge - die zwei letzten.
- 3.3.10.6. Nachweis anderer Vermögenswerte, wie im Finanzhilfeantrag beschrieben
- 3.3.10.7. Personen, die die oben aufgeführten Unterlagen nicht einreichen können, Fragen zum Antrag auf finanzielle Unterstützung haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Antrags auf finanzielle Unterstützung benötigen, können sich entweder persönlich oder telefonisch an einen Vertreter von UPH – Meriter oder UW Health wenden. UPH – Meriter und UW Health haben eine fremdsprachige Hotline, um Patienten bei ihren Fragen zu unterstützen oder Kopien der Finanzhilferichtlinien und/oder des Finanzhilfeantrags und der Anweisungen zur Verfügung zu stellen.

In Plan A finden Sie eine vollständige Liste der Kontaktinformationen, einschließlich Standorte und Websites.

3.3.11. Der ausgefüllte Antrag auf finanzielle Unterstützung wird durch einem qualifizierten Vertreter bearbeitet, der Folgendes prüft:

3.3.11.4. Ob alle Kranken- oder sonstigen Versicherungen erschöpft sind, einschließlich eventueller dritter Haftpflichtversicherungen.

3.3.11.5. Anspruchsberechtigung für staatliche und andere Programme. Wenn Sie anspruchsberechtigt sind, wird die Hilfe bei der Beantragung von Versicherungsschutz bereitgestellt.

3.3.11.6. Andere verfügbare Ressourcen als Einkommen, z. B. Haus, Land, Fahrzeug(e), persönlicher Besitz.

3.3.11.7. Potenzielles zukünftiges Einkommen.

3.3.11.8. Sonstige finanzielle Verpflichtungen, z. B. Unterstützung von Kindern, Unterhaltszahlungen.

3.3.11.9. Mögliche Inanspruchnahme entsprechender Geschenkfonds.

3.3.12. Patienten, die für eine teilweise Unterstützung im Rahmen der UPH – Meriter-Richtlinie für finanzielle Unterstützung anspruchsberechtigt sind, sind verpflichtet, mit UnityPoint Health zusammenarbeiten, indem sie alle notwendigen Informationen und Unterlagen bereitstellen, um eine sinnvolle Vereinbarung und/oder einen Zahlungsplan festzulegen. Patienten müssen UPH - Meriter oder UW Health über jede positive oder negative Änderung ihrer finanziellen Situation informieren, wenn sie spätere Besuche planen.

3.3.13. Zur Überprüfung der Berechtigung können externe Quellen herangezogen werden, darunter Kreditwürdigkeit, Zahlungsbereitschaft oder medizinische Genesungswerte.

3.3.9. Die aktuelle Genehmigung für staatliche/bundesstaatliche einkommensbasierte Programme mit Anspruchskriterien bei oder unter den 200%-Bundesrichtlinien für Armutseinkommen (d. h. Medicaid) kann verwendet werden, um die Berechtigung für Finanzhilfe zu überprüfen. Unterlagen, die über den Antrag auf finanzielle Unterstützung hinausgehen, sind möglicherweise nicht erforderlich.

- 3.3.10. Je nach den eingereichten Belegen können Anträge einmalig für alle ausstehenden Salden und/oder prospektiv für bis zu zwölf Monate nach dem Datum der Genehmigung des vollständigen Antrags genehmigt werden.
- 3.4. Einspruch gegen Ablehnungen oder teilweise Gewährung von finanzieller Unterstützung.
- 3.4.9. Patienten oder ihre Vertreter können gegen Entscheidungen von UPH - Meriter in Bezug auf die Anspruchsberechtigung zur finanziellen Unterstützung Einspruch einlegen.
- 3.4.9.1. Wenn finanzielle Unterstützung abgelehnt wird, kann innerhalb von 20 Kalendertagen nach dem Datum des Schreibens, in dem der Antragssteller über die Ablehnung oder die teilweise Gewährung informiert wird, ein Einspruch eingelegt werden. Einspruchsschreiben, in denen erklärt wird, warum die Antragsstellung erneut geprüft werden sollte, sollten an folgenden Empfänger gerichtet werden:
- UnityPoint Health – Meriter  
Patient Financial Coordination - Financial Assistance Appeals  
202 South Park Street  
Madison, WI 53715, USA
- 3.4.9.2. Alle Einsprüche werden gemeinsam durch den Antragsausschuss für finanzielle Unterstützung von UPH – Meriter und UW Health geprüft. Entscheidungen des Ausschusses werden an die Person gesendet, die den Einspruch eingereicht hat.
- 3.5. Bestimmung des Umfangs der Ermäßigung.
- 3.5.1. Sobald die Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung festgestellt wurde, wird UPH – Meriter Patienten, die Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung haben, nicht mehr in Rechnung stellen als die AGB für Notfallversorgung oder medizinisch notwendige Versorgung. Patienten mit einem Haushaltseinkommen unter 600 % des FPG können eine kostenlose oder ermäßigte Versorgung erhalten, wie in Anhang B dargestellt.
- 3.5.2. Nicht versicherten Patienten, die unter dem Schwellenwert von 600 % der Bundesarmutsgrenze liegen, dürfen nicht mehr als die Krankenhauskosten

abzüglich des Betrags des nicht versicherten Rabatts in Rechnung gestellt werden.

3.5.3. Patienten mit übermäßiger medizinischer Verschuldung (mehr als 50 % des Einkommens) sind im Rahmen dieser Richtlinie für größere finanzielle Unterstützung in Form von Ermäßigungen, wie in Anhang B beschrieben, ebenfalls anspruchsberechtigt.

3.5.4. Der Höchstbetrag, den UPH-Meriter für medizinisch notwendige Dienstleistungen und Notfallversorgung in einem Zeitraum von zwölf (12) Monaten von einem nicht versicherten Patienten mit einem Familieneinkommen von weniger als oder gleich sechshundert Prozent (600 %) der Bundesarmutsrichtlinien erhebt, beträgt zwanzig -fünf Prozent (25 %) des Familieneinkommens dieses Patienten. UPH-Meriter entscheidet von Fall zu Fall, ob derselbe oder ein ähnlicher Höchstbetrag für zwölf (12) Monate auch für andere FAP-berechtigte Selbstzahler mit einem Familieneinkommen von höchstens 600 % der bundesstaatlichen Armutsrichtlinien für medizinisch notwendige Leistungen und Notfallversorgung gilt. UPH-Meriter behält sich das Recht vor, Patienten mit Vermögenswerten mit einem Wert von mehr als sechshundert Prozent (600 %) der bundesstaatlichen Armutsbekämpfungsrichtlinien von der Anwendung dieses maximal einziehbaren Betrags für zwölf (12) Monate auszuschließen. Für die Bestimmung der Anwendbarkeit des maximal einziehbaren Betrags von zwölf (12) Monaten werden die folgenden Vermögenswerte nicht mitgezählt:

3.5.4.1. Der Hauptwohnsitz des nicht versicherten Patienten;

3.5.4.2. Persönliches Eigentum, das gemäß Abschnitt 12-1001 des Zivilprozessgesetzes von Illinois von einem Urteil befreit ist; und

3.5.4.3. Alle Beträge, die in einem Pensions- oder Pensionsplan gehalten werden, jedoch unter der Voraussetzung, dass Ausschüttungen und Zahlungen aus Pensions- oder Pensionsplänen als Einkommen berücksichtigt werden können.

3.6. Vermutliche Anspruchsberechtigung:

3.6.1. Wenn keine ausreichenden Informationen vorliegen, um die Berechtigung zur finanziellen Unterstützung zu unterstützen, kann UPH - Meriter sich dafür entscheiden, auf externe Quellen und/oder andere Ressourcen für die

Programmregistrierung zu verweisen oder sich auf diese zu verlassen, um die Berechtigung zu bestimmen, falls:

3.6.1.1. Der Patient obdachlos ist;

3.6.1.2. Der Patient derzeit für nationale oder lokale Unterstützungsprogramme anspruchsberechtigt ist, selbst wenn der Patient in der Vergangenheit nicht für die gleichen Programme anspruchsberechtigt war;

3.6.1.3. Der Patient für ein staatliches Programm für verschreibungspflichtige Medikamente anspruchsberechtigt ist;

3.6.1.4. Der Patient ohne Nachlass verstorben ist;

3.6.1.5. Der Patient Konkurs anmeldet und/oder

3.6.1.6. Der Patient ist in eines der folgenden Hilfsprogramme mit Anspruchskriterien von oder unter zweihundert Prozent (200%) der Federal Poverty Income Guidelines eingeschrieben.

3.6.1.6.1. Ernährungsprogramm für Frauen, Säuglinge und Kinder (WIC);

3.6.1.6.2. Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP);

3.6.1.6.3. Illinois kostenloses Mittag- und Frühstücksprogramm;

3.6.1.6.4. Energiehilfeprogramm für einkommensschwache Haushalte (LIHEP);

3.6.1.6.5. Zeitweilige Hilfe für bedürftige Familien (TANF);

3.6.1.6.6. Ein organisiertes gemeindebasiertes Programm, das Zugang zu medizinischer Versorgung bietet, das den eingeschränkten finanziellen Status mit niedrigem Einkommen als Anspruchskriterium bewertet und dokumentiert; oder

3.6.1.6.7. Ein Zuschuss-Hilfsprogramm für medizinische Dienste.

3.6.2. Externe Quellen können verwendet werden, um die vermutete Anspruchseignung für das Programm zu bestimmen, einschließlich des

Kredit-Scores oder des medizinischen Erholungs-Scores, die über Transunion, Zillow oder Access Dane bereitgestellt werden.

- 3.6.3. UPH – Meriter nutzt auch eine externe Quelle, um einen „Zahlungswahrscheinlichkeits“-Score zu bestimmen, der bei der Identifizierung von Patienten hilft, die im Rahmen dieser Richtlinie möglicherweise für finanzielle Unterstützung anspruchsberechtigt sind. Kontoguthaben für Patienten von 300 % oder weniger der Bundesarmutsgrenze und mit einer geringen Zahlungsbereitschaft werden voraussichtlich abgeschrieben.
  - 3.6.4. UPH – Meriter kann auch eine vorherige finanzielle Unterstützung zur Bestimmung der Anspruchsberechtigung für den Fall verwenden, dass der Patient keine ausreichenden Belege zur Unterstützung einer Anspruchsberechtigung zur Verfügung stellt.
  - 3.6.5. Eine vermutete Anspruchsberechtigung gilt für offene Salden und nicht für zukünftige Verbindlichkeiten. Diesen Konten wird eine 100 %ige Ermäßigung eingeräumt.
  - 3.6.6. Ein Selbstzahler, der eines oder mehrere der mutmaßlichen Anspruchskriterien erfüllt und einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellt, muss weder Bruttoeinkommen noch Angaben zu monatlichen Ausgaben machen.
- 3.7. Geeignete Anbieter: Zusätzlich zur Versorgung durch UPH – Meriter, fallen Notfallversorgungen und medizinisch notwendige Versorgungen durch die in Anhang C beschriebenen Dienstleister ebenfalls unter die Bestimmungen dieser Richtlinie. Einzelpersonen können Plan C und die Liste der unterstützten Anbieter auf einfache Weise erhalten, indem sie diese Richtlinie online unter [www.unitypoint.org/madison/financial-assistance](http://www.unitypoint.org/madison/financial-assistance) aufrufen, oder diese per Post und/oder persönlich an allen Patientenaufnahmen der UPH – Meriter-Standorte anfordern. In Plan A finden Sie eine vollständige Liste der Kontaktinformationen, einschließlich Standorte und Websites.
- 3.8. Kommunikation des Programms für finanzielle Unterstützung:
- 3.8.1. UPH - Meriter teilt allen Patienten und innerhalb der Gemeinschaft die Verfügbarkeit und die Bedingungen seines Programms zur finanziellen

Unterstützung mit. Kopien der Richtlinie zur Finanzhilfe (Richtlinie 1.BR.34), des Finanzhilfeantrags und der Zusammenfassung sind per Post, auf der Website von UPH - Meriter und vor Ort bei UPH - Meriter erhältlich.

3.8.2. Die UPH – Meriter-Finanzkoordinatoren stehen telefonisch unter +1 (608) 417-5035 zur Beantwortung von Fragen zur Richtlinie zur Verfügung. Patienten können sich auch persönlich an die Patientenregistrierung in der Lobby des UPH - Meriter Krankenhauses wenden, um diese Informationen zu erhalten. Siehe Anhang A für vollständige Kontaktinformationen.

3.8.3. UPH – Meriter hat eine Zusammenfassung dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache verfasst.

3.8.3.1. Die Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache ist per E-Mail, auf der UPH – Meriter-Website und vor Ort an den UPH – Meriter-Standorten erhältlich.

3.8.3.2. Die Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache wird im Rahmen des Aufnahme- bzw. Entlassungsverfahrens in das, bzw. aus dem Krankenhaus ausgehändigt.

3.8.3.3. Die Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache wird beigelegt, wenn ein Patient schriftlich darüber benachrichtigt wird, dass außergewöhnliche Inkassomaßnahmen gegen ihn ergriffen werden. Die außergewöhnlichen Inkassomaßnahmen, die von UPH – Meriter ergriffen werden können, sind detailliert in der UPH-Richtlinie 1.BR.40, Rechnungsstellung und Inkasso, beschrieben. Eine Kopie dieser Richtlinie ist auf der UPH – Meriter-Website und vor Ort an den UPH – Meriter-Standorten erhältlich.

3.8.4. Diese Richtlinie zu finanzieller Unterstützung, die Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache und sämtliche Formulare im Zusammenhang mit finanzieller Unterstützung müssen in Englisch und jeder anderen Sprache verfügbar sein, in der Bevölkerungsgruppen mit unzureichenden Englischkenntnissen (Limited English Proficiency, (LEP) entweder 1.000 Personen oder mehr als 5 Prozent der durch UPH – Meriter betreuten Gemeinde, je nachdem, welche Zahl niedriger ist, ausmachen. Diese übersetzten Dokumente sind per E-Mail, auf der UPH – Meriter-Website und vor Ort an den UPH – Meriter-Standorten erhältlich.

3.8.5. Diese Mitteilungen und Dokumente können elektronisch übermittelt werden.



- 3.8.6. Anträge auf finanzielle Unterstützung können von einem Patienten, seinen Familienmitgliedern, einem Freund oder einem Vertreter gestellt werden, unterliegen jedoch den geltenden Datenschutzgesetzen.
- 3.8.7. Staatliche Vorschriften, die zusätzliche und/oder strengere Anforderungen an die Kommunikation von Informationen zu finanzieller Unterstützung vorsehen, werden in diesen Staaten befolgt.
- 3.9. Kontaktinformationen zur finanziellen Unterstützung:
  - 3.9.1. Der gemeinsame Antrags- und Entscheidungsprozess von UPH – Meriter und UW Health gestattet es den Patienten, über eine der beiden Organisationen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen. Die Vertreter beider Organisationen nutzen eine fremdsprachige Hotline, um nicht Englisch sprechenden Patienten bei ihren Fragen zum Antragsverfahren für finanzielle Unterstützung behilflich zu sein. Personen, die die oben aufgeführten Unterlagen nicht zur Verfügung stellen können, Fragen zum Finanzhilfeantrag haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Antrags benötigen, können sich entweder persönlich oder telefonisch an UPH – Meriter oder UW Health wenden. Patienten sollten Fragen zur Rechnungsstellung oder zu speziellen Fragen der Richtlinie für finanzielle Unterstützung von UPH – Meriter an einen Patienten-Finanzkoordinator von UPH – Meriter stellen. Dazu gehört die Anforderung einer Kopie der UPH – Meriter-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung oder der Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache. In Plan A finden Sie eine vollständige Liste der Kontaktinformationen, einschließlich Standorte und Websites.
- 3.10. Regulatorische Anforderungen:
  - 3.10.1. Bei der Umsetzung dieser Richtlinie muss UPH – Meriter alle anderen Bundes-, Landes- und Kommunalgesetze, -regeln und -vorschriften einhalten, die auf Aktivitäten gemäß dieser Richtlinie anwendbar sind.

*/s/ Doug Watson*

---

Doug Watson  
UPH Chief Financial Officer

## **ANHANG A – KONTAKTINFORMATIONEN FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG**

UPH-Meriter hat eine Language Line, um Patienten bei ihren Fragen zum Programm zur finanziellen Unterstützung zu unterstützen. Patienten können sich auch an uns wenden, um eine Kopie der UPH-Meriter-Richtlinien für finanzielle Unterstützung anzufordern.

Die Patienten können durch Einreichen eines einzigen Antrags finanzielle Unterstützung entweder bei UPH – Meriter oder bei UW Health beantragen.

Patienten sollten Fragen zur Rechnungsstellung oder zu speziellen Fragen der Richtlinie für finanzielle Unterstützung von UPH – Meriter an einen Patienten-Finanzkoordinator von UPH – Meriter stellen. Dazu gehört die Anforderung einer Kopie der UPH – Meriter-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung oder der Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache.

### **UPH – Meriter Finanzkoordination**

Die Patienten-Finanzkoordinatoren stehen im Bereich der Patientenaufnahme in der Krankenhaus-Lobby zur Verfügung. Patienten können die aktuellen Erreichbarkeitszeiten telefonisch erfragen oder auf der Website nachlesen.

Telefon: +1 (608) 417-5035  
Per Fax: +1 (608) 417-6478  
Per Post: **UnityPoint Health – Meriter**  
Patient Financial Coordination  
202 South Park Street,  
Madison, WI 53715, USA  
Website: [www.unitypoint.org/madison/financial-assistance](http://www.unitypoint.org/madison/financial-assistance)

### **Programm zur finanziellen Unterstützung von UW Health**

Die Finanzberatung von UW Health ist persönlich im Verwaltungsgebäude erhältlich. Patienten können die aktuellen Erreichbarkeitszeiten telefonisch erfragen oder auf der Website nachlesen.

Telefon: +1 (877) 278-6437  
Per Fax: +1 (608) 833-5039  
Per Post: **UW Health – Financial Assistance Program**  
Administrative Offices Building  
7974 UW Health Court  
Middleton, WI 53562, USA  
Website: [www.uwhealth.org/sociiycare](http://www.uwhealth.org/sociiycare)

**ANHANG B – ANPASSUNGSSTUFEN FÜR DIE FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG  
 2021**

Diese Richtlinien stellen eine Vereinfachung der Armuts-Richtwerte dar, die für administrative Zwecke verwendet werden, um die finanzielle Eignung für das finanzielle Unterstützungsprogramm von UPH – Meriter sowie bestimmte Bundes- und Einzelstaatliche Programme zu bestimmen. Dieses Dokument wird jährlich aktualisiert, um die Richtlinien der Bundes-Armuts-Richtwerte (FPG) und der Allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB) in Einklang mit den Anforderungen des Gesetzes zum Schutz des Patienten und der erschwinglichen Versorgung (Patient Protection and Affordable Care Act) widerzuspiegeln.

Die Armutsrichtlinie des Bundes (FPG) sind durch die Bundesregierung festgelegte Richtwerte, die jedes Jahr im *US-Bundesanzeiger* durch das US-Gesundheitsministerium (HHS) herausgegeben werden.

Familien- Größe	Armuts- Richtwert	Finanzielle Unterstützung in Form von Ermäßigungen			
		≤ 300 % FPG		≤ 400 % FPG	≤ 600 % FPG
1	12.880	38.640		51.250	64.400
2	17.420	52.260		69.680	87.100
3	21.960	65.880		87.840	109.800
4	26.500	79.500		106.000	132.500
5	31.040	93.120		124.160	155.200
6	35.580	106.740		142.320	177.900
7	40.120	120.360		160.480	200.600
8	44.660	133.980		178.640	223.300
<b>Ermäßigungsbetrag</b>		<b>100 %</b>		<b>80 %</b>	<b>73 %*</b>

\*UPH – Meriter AGB ist 31 %. Beziehen Sie sich auf Definitionen für die Berechnung.

Für Familien/Haushalte mit mehr als acht Personen fügen Sie \$4.540 für jede weitere Person hinzu.

Patienten mit einer übermäßigen medizinischen Verschuldung (mehr als 50% des Einkommens) haben möglicherweise auch Anspruch auf eine höhere einmalige finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie.

**Anpassung des Prozentsatzes basierend auf der Höhe der medizinischen Schulden:**

<b>Medizinische Schulden</b>	<b>≤ 300 % FPG</b>	<b>≤ 350 % FPG</b>	<b>≤ 400 % FPG</b>	<b>≤ 500 % FPG</b>	<b>≤ 600 % FPG</b>	<b>&gt; 600 % FPG</b>
< 50.000	100 %	93 %	90 %	85 %	80 %	75 %
50.000-100.000	100 %	93 %	91 %	90 %	85 %	80 %
100.000-150.000	100 %	96 %	94 %	93 %	90 %	85 %
> 150.000	100 %	97 %	96 %	95 %	95 %	90 %

**PLAN C – ABGEDECKTE DIENSTLEISTUNGEN UND ANBIETERPRAKTIKEN.**

Notfallversorgung und medizinisch notwendige Versorgung, die an einem UnityPoint – Meriter-Standort zur Verfügung gestellt wird, werden im Allgemeinen unter der Richtlinie geregelt.

Viele der ärztlichen/professionellen Teile der auf dem Hauptuniversitätscampus von UPH – Meriter (202 South Park Street, Madison, WI 53715) bereitgestellten Dienstleistungen **fallen nicht unter diese Richtlinie zu finanzieller Unterstützung und werden separat in Rechnung gestellt werden.** Dazu gehören:

- Notfallmedizin
- Pathologie
- Radiologie/Bildgebung
- Geburtshilfe
- Anästhesiologie
- Die meisten fachärztlichen Konsultationen

Informationen dazu, welche dieser Anbieter von dieser Richtlinie erfasst werden, finden Sie in der umfassenden Anbieterliste, die auf Anfrage oder online.

### **PLAN D ALLGEMEIN BERECHNETER BETRAG (ABB)**

Zur Berechnung des ABB verwendet UPH - Meriter die in 26 C.F.R. 501(r)-4(b)(2) beschriebene "Look-back"-Methode. Bei dieser Methode verwendet UPH - Meriter Daten, die auf Ansprüchen und alle privaten Krankenversicherungen gestellt wurden, um den Prozentsatz der Bruttokosten zu ermitteln, der in der Regel von diesen Versicherern gezahlt wird.

Der ABB-Prozentsatz wird dann mit den Bruttokosten für Notfallbehandlungen und medizinisch notwendige Behandlungen multipliziert, um den ABB zu ermitteln. UPH - Meriter berechnet den Prozentsatz jedes Jahr neu. Der ABB-Prozentsatz für Leistungen von UPH - Meriter 31 %.

#### Beispiel

Wenn die Bruttokosten für die Koloskopie eines UPH-Meriter-Patienten 10.000 USD betragen, der ABB-Prozentsatz 31 % beträgt und der Patient im Rahmen dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, muss er nicht mehr als 3.1000 USD für die Koloskopie selbst bezahlen.

Da der ABB-Prozentsatz für die Leistungen von UnityPoint Health - Meriter 31 % beträgt und der Mindestbetrag der im Rahmen dieser Richtlinie verfügbaren finanziellen Unterstützung 69 % der Bruttokosten beträgt, muss kein Patient, der Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, einen Betrag zahlen, der die ABB übersteigt.