



LOMA LINDA  
UNIVERSITY  
MEDICAL CENTER

# LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICINAL CENTER

## OPERATIVE RICHTLINIE

<b>KATEGORIE:</b>	FINANZEN	<b>CODE:</b>	C-22
<b>BETREFF:</b>	FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG	<b>GÜLTIG AB:</b>	12/2017
		<b>ERSETZT:</b>	12/2016
		<b>SEITE:</b>	1 von 17

---

### ZWECK:

Der Zweck dieser Richtlinie besteht darin, die Kriterien festzulegen, die vom Loma Linda University Medical Center, Loma Linda University East Campus Hospital, Loma Linda University Surgical Hospital und Loma Linda University Health Beaumont-Banning (nachstehend insgesamt als LLUMC bezeichnet) verwendet werden, um die Anforderungen der staatlichen und bundesstaatlichen Gesetze, einschließlich Abschnitt 501(r) des US-amerikanischen Steuergesetzes (Internal Revenue Code, IRC) von 1986, in der geänderten Fassung, und die Bestimmungen des Kalifornischen Gesetzes zur fairen Preisgestaltung in Krankenhäusern Kalifornisches Gesetz z fairen Preisgestaltung von Krankenhäusern (California Hospital Fair Pricing Policies Act) zu erfüllen.

Kalifornische Akutkrankenhäuser müssen Richtlinien und Verfahren umsetzen, die dem kalifornischen Gesetz und dem IRC-Abschnitt California 501(r) entsprechen, einschließlich der Anforderungen für schriftliche Richtlinien, die Preisnachlässe anbieten, und für die wohltätige Versorgung von Patienten mit Anspruchsberechtigung. Diese Richtlinie ist dazu vorgesehen, solche rechtlichen Verpflichtungen zu erfüllen und bietet sowohl wohltätige Versorgung als auch Preisnachlässe für Patienten, die die Kriterien der Geschäftsbedingungen der LLUMC-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Financial Assistance Policy, FAP) erfüllen.

### UMFANG DER RICHTLINIE:

Diese Richtlinie bezieht sich auf die finanzielle Unterstützung von Patienten durch das LLUMC für medizinisch notwendige Leistungen. Alle Anfragen zu finanzieller Unterstützung von Patienten, Familienangehörigen von Patienten, Ärzten oder Krankenhauspersonal müssen gemäß der vorliegenden Richtlinie erfolgen. Diese Richtlinie gilt nicht für im LLUMC erbrachte ärztliche Leistungen. Die Notfallärzte sind keine Mitarbeiter des LLUMC und folgen einer separaten Richtlinie, die unversicherten Patienten oder Patienten mit hohen medizinischen Kosten Preisnachlässe anbietet. Eine vollständige Liste von Anbietern, die NICHT unter diese Richtlinie fallen, finden Sie unter <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>

### PHILOSOPHIE:

Als kirchliche Organisation strebt das LLUMC danach, die medizinischen Bedürfnisse der Patienten in ihrem Servicebereich zu erfüllen. Die Mission des LLUMC besteht darin, "den Heilungsauftrag von Jesus Christus fortzusetzen und den Menschen wieder ganz zu machen." Die Mission des LLUMC

wird durch diese FAP ausdrücklich demonstriert. Die erste und wichtigste Verantwortung des LLUMC ist die Sicherstellung, dass Patienten mit Mitgefühl behandelt werden und eine rechtzeitige und geeignete medizinische Versorgung erhalten, bei der die Privatsphäre sowie Würde respektiert und ihre informierte Zustimmung eingeholt werden muss.

Das LLUMC bietet Patienten, die in und um Loma Linda leben, eine Krankenhausversorgung. Als größeres Lehrkrankenhaus dient das LLUMC auch als regionale Anstalt für komplexe Patientenbedürfnisse und übernimmt regelmäßig Verlegungen aus vielen anderen Krankenhäusern. LLUMC bietet außerdem spezielle Behandlungsprogramme, von denen einige einzigartig sind. Um die Bedürfnisse der Patienten zu erfüllen, strebt LLUMC danach, un- oder unterversicherten oder hilfsbedürftigen Patienten Zugang zu finanziellen Unterstützungsprogrammen zu ermöglichen. Zu diesen Programmen gehören staatlich finanzierte Deckungsprogramme, wohltätige Versorgung und wohltätige Versorgung mit Preisnachlass, so wie im vorliegenden Programm definiert.

Gemäß den Bestimmungen im US-amerikanischen Gesetz zur medizinischen Notfallbehandlung und Arbeit (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) Regulations, ist es LLUMC untersagt, Maßnahmen zu ergreifen, die Personen davon abhalten, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, wie z. B. zu verlangen, dass Notfallpatienten bezahlen, bevor sie behandelt wurden oder Zahlungseinzugmaßnahmen zuzulassen, die ohne Unterschied mit der Bereitstellung von notfallmäßiger medizinischer Behandlung interferieren.

#### **BEGRIFFSDEFINITION:**

##### Allgemein in Rechnung gestellter Betrag (Amount Generally Billed, AGB):

Das US-amerikanische Steuergesetz verlangt von LLUMC, eine Methode zu verwenden, bei der Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, nicht mehr berechnet wird als die AGB (die allgemein berechneten Beträge und andere medizinische Leistungen in Notfällen. Zu diesem Zweck verwendet LLUMC die prospektive Methode, die auf den Medicare-Tarifen basiert.

##### Wohltätige Versorgung:

Wohltätige Versorgung ist definiert als jegliche stationäre oder ambulante Krankenhausleistung für einen Patienten mit einem Einkommen von max. 200 % der derzeitig staatlich festgelegten Armutsgrenze sowie einen Patienten der gemäß der LLUMC FAP einen Anspruch auf diese Leistung hat.

##### Wohltätige Versorgung mit Preisnachlass:

Rabattierte Zahlung durch die FAP ist definiert als anteilige wohltätige Versorgung aufgrund einer medizinisch notwendigen stationären oder ambulanten Krankenhausversorgung, die ein nicht versicherter Patient erhält oder ein Patient, dessen Versicherung keinen Nachlass auf die gewöhnlichen und üblichen Tarife der LLUMC gewährt und 1) der finanzielle Unterstützung bei der Bezahlung seiner Krankenhausrechnung benötigt; 2) der ein Einkommen von max. 350 % der staatlich festgelegten Armutsgrenze hat; und der 3) seine Anspruchsberechtigung gemäß den Bestimmungen in der LLUMC FAP nachgewiesen hat.

**Bruttogebühren:**

Die Gesamtkosten in Höhe geltender Tarife der Einrichtung für die erbrachte Patientenversorgungsleistung vor Gewinnabzügen werden angewandt.

**Qualifizierter Zahlungsplan:**

Zahlungspläne für Patienten, die Anspruch auf eine rabattierte Zahlung haben, werden von der FAP als Qualifizierter Zahlungsplan bezeichnet. Ein qualifizierter Zahlungsplan enthält keine Zinsen auf einzelne oder sämtliche Beträge, die der Patient/Bürge schuldet. Wenn das LLUMC und der Patient/Bürge keine Einigung in Bezug auf einen qualifizierten Zahlungsplan erzielen können, muss das Krankenhaus anhand der im Abschnitt Gesundheits- und Sicherheitscode (Health & Safety Code) Abschnitt 127400 (i) beschriebenen Formel Bedingungen für einen angemessenen Zahlungsplan verwenden, wie im Gesetz beschrieben.

**Richtlinie zur bundesstaatlich festgelegten Armutsgrenze (Federal Poverty Level, FPL):**

Die FPL-Richtlinie legt das Bruttoeinkommen und die Familiengröße als Kriterien für die Anspruchsberechtigung für wohltätige Pflege und rabattierte Zahlungen fest, wie in der vorliegenden Richtlinie beschrieben. Die FPL-Richtlinien werden regelmäßig vom US- Department for Health and Human Services aktualisiert.

**Schätzung in gutem Glauben:**

Ein Betrag, geschätzt durch das LLUMC Anmeldepersonal, das eine angemessene Schätzung des tatsächlich zu zahlenden Preises für die vom LLUMC für den Patienten erbrachten Leistungen darstellt. Das Anmeldepersonal ist bestrebt, eine gute Einschätzung nach bestem Gewissen zu treffen; es ist jedoch möglicherweise nicht in der Lage, die tatsächlich bereitgestellten Leistungen zu schätzen, die durch die behandelnden Ärzte angeordnet werden.

**International Services Department:**

Alle internationalen wohltätigen Fälle müssen vom International Charity Committee in Übereinstimmung mit den jährlichen Budgetkriterien geprüft und genehmigt werden (siehe Richtlinie ZNV-51, Internationale Unterstützungsleistung (Policy ZNV-51, *International Benefit*.) Die durch den Ausschuss überprüften und genehmigten Fälle haben keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP.

**Qualifizierungsvoraussetzungen für die LLUMC Richtlinie zur finanziellen Unterstützung:**

Abhängig vom einzelnen Anspruch des Patienten, kann eine finanzielle Unterstützung durch das LLUMC für wohltätige Versorgung oder rabattierte Teilzahlungen erfolgen. Wenn eine Person wohltätige Versorgung benötigt oder eine rabattierte Zahlung und keine Unterlagen vorlegt, die für die Bestimmung durch LLUMC notwendig sind, kann das LLUMC dies bei der Bestimmung berücksichtigen. Finanzielle Unterstützung kann versagt werden, wenn der Patient/die verantwortliche Person die Kriterien der LLUMC FAP für einen Anspruch nicht erfüllt.

**Medizinisch notwendige Leistungen:**

Die finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie gilt für medizinisch notwendige Leistungen wie sie vom Kalifornischen Wohlfahrts- und Einrichtungsgesetz §14059.5 festgelegt sind. Eine Leistung

---

ist medizinisch notwendig oder eine medizinische Notwendigkeit, wenn sie sinnvoll und erforderlich ist, um Leben zu schützen, schwere Erkrankungen oder schwere Behinderungen zu vermeiden bzw. schwere Schmerzen zu lindern. Ausgeschlossen von dieser Festlegung sind besondere Leistungen, für die medizinisch wirksame alternative Therapien verfügbar sind, wie z. B. 1) Leistungen im Bereich kosmetische und/oder plastische Chirurgie; 2) Leistungen bei Unfruchtbarkeit 3) Sehkorrektur 4) Protonentherapie 5) Roboterverfahren 6) Kieferorthopädie/Prothetik, 7) Leihmutterchaft, oder 8) andere Leistungen, die primär dem Komfort dienen und/oder Annehmlichkeiten darstellen.

Familienangehörige des Patienten: Folgendes gilt in allen Fällen, die der LLUMC FAP unterliegen:

1. Personen ab 18 Jahren, Ehegatten, Lebenspartner, gemäß Abschnitt 297 des Kalifornischen Familien-Codes (California Family Code), und unterhaltspflichtige Kinder unter 21, unabhängig davon, ob sie zu Hause leben oder nicht.
  - 1.1 Lebenspartner: Eine Lebenspartnerschaft ist in Kalifornien dann gegeben, wenn beide Personen eine Erklärung über eine Lebenspartnerschaft (Declaration of Domestic Partnership) mit dem für diesen Bereich zuständigen Innenminister unterzeichnen, und zum Zeitpunkt der Unterschrift alle folgenden Anforderungen erfüllt sind:
    - a. Beide Personen haben einen gemeinsamen Wohnsitz.
    - b. Keiner von beiden ist mit jemand anderem verheiratet oder Partner einer anderen Partnerschaft, die nicht beendet, aufgelöst oder für ungültig erklärt wurde.
    - c. Die beiden Personen sind nicht auf eine solche Weise blutsverwandt, dass sie in einem anderen Staat nicht heiraten dürfen.
    - d. Beide Personen sind mindestens 18 Jahre alt.
    - e. Eins von beiden:
      - 1) Beide Personen haben das gleiche Geschlecht
      - 2) Eine oder beide Personen erfüllen die Anspruchsberechtigungskriterien gemäß Titel II des Sozialversicherungsgesetzes (Social Security Act) wie unter 42 im Bundesgesetz der USA (United States Code, U.S.C.) Abschnitt 402(a) definiert für Rentenversicherungsleistungen oder Titel XVI des Sozialversicherungsgesetzes wie unter 42 im U.S.C. Abschnitt 1381 für ältere Personen. Ungeachtet anderer Bestimmungen in diesem Abschnitt, stellen Personen des anderen Geschlechts keine Partnerschaft dar, sofern eine oder beide Personen über 62 Jahre alt sind.
    - f. Beide Personen sind in der Lage, in die Lebensgemeinschaft einzuwilligen.
2. Personen unter 18 Jahren, Eltern, pflegende Familienangehörige und andere Kinder unter 21 des Elternteils oder des pflegenden Angehörigen.

#### A. ALLGEMEINE VERANTWORTUNG DES PATIENTEN

1. Ehrlichkeit: Patienten müssen ehrlich und entgegenkommend sein, wenn sie die vom LLUMC geforderten Informationen für die Prüfung im Rahmen des finanziellen Unterstützungsprozesses vorlegen. Patienten müssen genaue und ehrliche Antragsunterlagen vorlegen, die für die finanzielle Unterstützung durch ein staatliches

Unterstützungsprogramm oder die LLUMC FAP verlangt werden. Zu Ehrlichkeit gehört die vollständige Offenlegung der angeforderten Informationen und Unterlagen.

2. Zur aktiven Teilnahme und vollständigen finanziellen Prüfung: Alle nicht versicherten Patienten und jene, die finanzielle Unterstützung beantragen, müssen einen FAP ausfüllen. Vor Verlassen des LLUMC sollten Patienten verifizieren, welche zusätzlichen Informationen oder Unterlagen vom Patienten beim LLUMC einzureichen sind. Der Patient trägt die Verantwortung dafür, die Fristen für die Einreichung der Unterlagen des LLUMC oder eines anderen finanziellen Programms zu verstehen und zu kennen.
3. Zahlung eines Teils oder des gesamten fälligen Selbstbehalts: Patienten müssen zum Zeitpunkt der Leistung einen Teil oder den gesamten fälligen Selbstbehalt bezahlen oder damit rechnen. Zu den genannten Beträgen gehören u. a.:
  - 3.1 Eigenanteile
  - 3.2 Selbstbehalte
  - 3.3 Guthaben
  - 3.4 Medi-Cal/Medicaid-Übernahme von Kosten
  - 3.5 Realistische Einschätzungen
4. Verantwortung für die Krankenhauspflege tragen: Jeder Patient trägt Verantwortung für die in Anspruch genommene Krankenhausversorgung. Dazu gehört das Besorgen von Rezepten oder die Inanspruchnahme anderer medizinische Versorgung nach der Entlassung. Der Patient trägt auch Verantwortung dafür, dass fällige Zahlungen erfolgen. Es ist wichtig, dass jeder Patient oder sein Familienvertreter während und nach erbrachter Leistung kooperiert und persönlich mit dem LLUMC kommuniziert.

#### **B. KRANKENHAUSPROZESS und VERANTWORTUNG**

1. Anspruchsberechtigung gemäß der LLUMC FAP wird Patienten erteilt, deren Familieneinkommen weniger als 350 % der bundesstaatlich festgelegten Armutsgrenze beträgt, oder die durch eine Drittversicherung geschützt sind, welche nicht die vollen Kosten übernimmt.
2. Die LLUMC FAP nutzt einen einzelnen, einheitlichen Patientenantrag sowohl für die wohlthätige Versorgung als auch die preislich reduzierte Versorgung. Der Prozess ist so gestaltet, dass jeder Antragsteller die Möglichkeit hat, die maximale finanzielle Unterstützung zu erhalten, auf die er einen Anspruch hat. Der Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Application, FAA) stellt Patienten Informationen zur Verfügung, die für die Prüfung der Anspruchsberechtigung des Patienten oder Familienmitglieds durch das Krankenhaus notwendig sind, um die maximal zur

Verfügung stehende finanzielle Unterstützung zu erhalten, die über staatliche Programme oder über die LLUMC FAP erhältlich sind.

3. Berechtigte Patienten können für die LLUMC FAP einen Antrag stellen, indem sie die Hinweise beachten und alles dafür unternehmen, LLUMC sämtliche Unterlagen und Krankenversicherungsinformationen bereitzustellen, so dass LLUMC über die Qualifizierung des Patienten für das entsprechende Programm beraten kann. Die Berechtigung allein stellt keine Qualifizierung gemäß LLUMC FAP dar. LLUMC muss eine Evaluierung des Antragstellers und sowie eine Qualifizierungsbewertung durchführen, bevor eine vollständige wohltätige Versorgung oder rabattierte Versorgung bewilligt werden kann.
4. Die LLUMC FAP hängt von der Kooperation der einzelnen Patienten ab, die einen Anspruch auf teilweise oder vollständige finanzielle Unterstützung haben. Um den Empfang genauer und fristgerecht eingereicherter finanzieller Informationen zu ermöglichen, verwendet LLUMC einen FAA. Alle Patienten, die nicht in der Lage sind, einen Versicherungsschutz durch Dritte nachzuweisen, erhalten die Möglichkeit, den FAA auszufüllen.
5. Unversicherten Patienten werden außerdem Informationen, Unterstützung und Empfehlungen für staatlich finanzierte Programme angeboten, für die sie unter Umständen anspruchsberechtigt sind, und sie erhalten Informationen zur Krankenversicherung über Covered California. Unversicherte Patienten erhalten ferner Kontaktinformationen für örtliche Verbraucherunterstützungsprogramme, die den nicht versicherten Patienten bei der Beantragung des Versicherungsschutzes helfen können.
6. Unterversicherte Personen, deren Einkommen max. 350 % der bundesstaatlich festgelegten Armutsgrenze beträgt und die nach Zahlung durch die Versicherung dieser noch Geld schulden, können ggf. ebenfalls einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung geltend machen. Jeder Patient, der finanzielle Unterstützung benötigt, wird gebeten, einen FAA auszufüllen.
7. Der FAA sollte so schnell wie möglich ausgefüllt werden, wenn ein Hinweis darauf besteht, dass der Patient unter Umständen finanzielle Unterstützung benötigt. Das Antragsformular kann vor der Leistungserbringung, während des stationären Aufenthalts eines Patienten oder nach erbrachter Leistung und Entlassung des Patienten ausgefüllt werden.
8. Folgende Informationen werden in den FAA eingegeben:
  - 8.1 Informationen für LLUMC, die erforderlich sind, um zu bestimmen, ob der Patient über ein ausreichendes Einkommen verfügt, um für die Leistungen zu bezahlen;

8.2 Unterlagen, die zur Bestimmung der Qualifizierung für finanzielle Unterstützung hilfreich sind; und

8.3 Einen Nachweis darüber, dass LLUMC bereit ist, finanzielle Unterstützung anzubieten.

9. Ein ausgefüllter FAA ist jedoch nicht notwendig, wenn LLUMC nach eigenem Ermessen festlegt, dass genügend Patienteninformationen vorliegen, um eine Entscheidung hinsichtlich der finanziellen Unterstützung zu treffen. (Siehe Abschnitt E. SPEZIELLE UMSTÄNDE DER WOHLTÄTIGEN VERSORGUNG)

**C. QUALIFIZIERUNG: VOLLSTÄNDIGE WOHLTÄTIGE PFLEGE UND RABATTIERTE WOHLTÄTIGE PFLEGE:**

1. Qualifizierung für vollständige oder rabattierte finanzielle Unterstützung darf ausschließlich danach bewertet werden, ob der Patient oder das Familienmitglied des Patienten in der Lage ist, zu bezahlen. Die Qualifizierung für finanzielle Unterstützung darf keinesfalls auf Grundlage des Geschlechts, der Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung, der ethnischen Herkunft, der nationalen Abstammung, dem Veteranenstatus, einer Behinderung oder bestimmten Religionszugehörigkeit erfolgen. Obwohl finanzielle Unterstützung nicht auf einer diskriminatorischen oder willkürlichen Basis bereitgestellt werden darf, behält sich das LLUMC das Recht vor, Anspruchskriterien festzulegen und zu bestimmen, ob ein Patient hinreichende Nachweise für die Berechtigung finanzieller Unterstützung vorgelegt hat.
2. LLUMC bietet Unterstützung bei der Registrierung von Patienten oder ihren Familienvertretern, um das Ausfüllen des FAAs zu erleichtern. Das Ausfüllen des FAA und die Einreichung aller oder eines Teils der erforderlicheren ergänzenden Informationen, kann für die Bestimmung der Qualifizierung hinsichtlich finanzieller Unterstützung erforderlich sein.
3. Es wird anerkannt, dass das LLUMC eine Vielzahl nicht akuter Notfall- sowie dringender medizinischer Versorgungsleistungen für die örtliche Gemeinschaft erbringt, so dass Bemühungen unternommen werden, das Antragsaufkommen in bestimmten Fällen zu verringern. Obwohl die Kosten für notfallmäßige medizinische Versorgung recht hoch sein können, sind solche Fälle seltener als andere, bei denen lediglich eine geringe medizinische Versorgung erbracht werden muss. Wenn die Kosten für die Notfälle oder dringende Versorgung weniger als \$5.000 betragen, muss der Patient oder der Familienvertreter lediglich einen ausgefüllten und unterzeichneten FAA einreichen. Steuerbescheide oder aktuelle Lohnabrechnungen sind in solchen Fällen nicht erforderlich. Wenn die Kosten jedoch \$5.000 überschreiten, muss der Patient oder der Familienvertreter einen Einkommensnachweis vorlegen, und zwar in Form eines Steuerbescheids oder der letzten beiden Lohnabrechnungen.

4. Der Patient oder Familienvertreter muss unter Umständen Belegdokumente beim LLUMC einreichen. Aufforderungen zur Einreichung von Belegdokumenten erhalten Patienten nach Ausfüllen eines FAAs. Der Patient und/oder sein Familienvertreter, der Unterstützung von LLUMC bezüglich der Erfüllung finanzieller Verpflichtungen beantragt, muss alles erforderliche unternehmen, um LLUMC bezüglich der Entscheidung über die Gewährung finanzieller Unterstützung sämtliche notwendigen Informationen zu übermitteln. Der FAA und erforderliche ergänzende Dokumente werden beim Patient Business Office eingereicht. Der Standort dieser Geschäftsstelle ist auf den Antragsanweisungen eindeutig angegeben.
5. LLUMC muss Mitarbeiter bereitstellen, die in der Überprüfung der FAA auf Vollständigkeit und Genauigkeit geschult sind. Die Prüfung der Anträge erfolgt unter Berücksichtigung einer etwaigen Dringlichkeit aufgrund des Bedarfs des Patienten nach einer schnellen Antwort.
6. Faktoren, die bei der Bestimmung der Qualifizierung einer Person für finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie u. a. berücksichtigt werden:
  - 6.1 Familieneinkommen basierend auf bundesstaatlichen Steuerbescheiden, aktuellen Lohnabrechnungen oder anderen relevanten Informationen, die vom Patienten bei Nichtvorliegen der genannten Dokumente vorgelegt werden; und
  - 6.2 Anzahl der Familienmitglieder
7. Die Qualifizierung für finanzielle Unterstützung kann für wohltätige Versorgung oder rabattierte Versorgung gewährt werden, abhängig vom Grad der Qualifizierung des Patienten oder Familienvertreters gemäß den Kriterien der vorliegenden FAP. Eine Festlegung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung erfolgt nur durch zugelassenes LLUMC-Personal gemäß den folgenden Autoritätsebenen:

7.1	Leiter des Patient Business Office	Personen mit unter \$50.000
7.2	Direktor der Patient Business Office	Personen mit unter \$100.000
7.3	Geschäftsführender Direktor der Patient Business Office	Personen mit unter \$250,000
7.4	Vizepräsident, Ertragsbuchhaltung:	Personen mit über \$250.000
8. Nach der Bestimmung gilt die finanzielle Unterstützungsqualifizierung für die besonderen Leistungen und Leistungsdaten, für die der Antrag durch den Patienten oder dessen Familienvertreter gestellt wurde. In Fällen, in denen nach einer Patientendiagnose eine fortlaufende Versorgung notwendig ist, kann LLUMC die Dauerversorgung als einzelnen Fall behandeln, für den die Qualifizierung sämtlicher damit verbundener, durch LLUMC erbrachter Leistungen, gilt. Andere bereits vorhandene Salden, die zum



Zeitpunkt der Qualifizierungsbestimmung durch LLUMC noch ausstehen, werden im alleinigen Ermessen des LLUMC als abgeschrieben verbucht.

9. Auf die Verpflichtung des Patienten, seinen Anteil an Medi-Cal/Medicaid-Kosten zu tragen, wird unter keinen Umständen verzichtet. Nach Einzug des Patientenanteils können jegliche nicht abgedeckte oder andere unbezahlte Beträge in Verbindung mit den Kosten eines Medi-Cal/Medicaid-Patienten für die wohltätige Versorgung in Betracht gezogen werden.
10. Patienten zwischen 201 % und 350 % der FPL bezahlen nicht mehr, als Medicare typischerweise für ähnliche Leistungen bereitstellen würde. Die gilt für alle medizinisch notwendigen stationären, ambulanten, wiederauftretenden und Notfallleistungen, die durch LLUMC erbracht werden.
11. FAP-berechtigten Patienten wird weniger als die Bruttokosten berechnet.

**D. WOHLTÄTIGE VERSORGUNG UND RABATTIERTE VERSORUNG -  
QUALIFIZIERUNGSEINKOMMENSSTUFEN NICHTVERSICHERTER PATIENT**

1. Wenn ein unversicherter Patient ein Einkommen von max. 200 % der bundesstaatlich festgelegten Armutsgrenze hat, basierend auf den aktuellen FPL-Richtlinien, und der Patient alle anderen Kriterien für die finanzielle Unterstützung erfüllt, qualifiziert sich der Patient für die wohltätige Versorgung.
2. Wenn ein unversicherter Patient ein Einkommen zwischen 201 und 305 % der bundesstaatlich festgelegten Armutsgrenze hat, basierend auf den aktuellen FPL-Richtlinien, und der Patient alle anderen Kriterien für die finanzielle Unterstützung erfüllt, gilt Folgendes:
  - 2.1 Wenn die Leistungen nicht von dritten Kostenträgern übernommen werden, so dass der Patient in der Regel die Rechnung in vollem Umfang begleichen muss, ist die Höhe des zu zahlenden Betrags der Prozentwert des Medicare-Betrags (vollständige Medicare-Zahlungsrate, d. h., Gehaltsindex, unabhängige medizinische Untersuchungen [Indirect Medical Expenses, IME], medizinische Untersuchungen durch den Untersucher der Verteidigung [Direct Medical Expenses, DME]) usw. und Zahlungsverpflichtung des Patienten), den das Medicare-Programm für die Leistung bezahlt hätte, wenn der Patient ein Medicare-Leistungsempfänger wäre. Der tatsächliche Prozentwert, der von einem Patienten übernommen werden muss, wird anhand der Staffelung unten in Tabelle 1 gezeigt:

**TABELLE 1**  
**Preisnachlassstaffelung**

<b>Familienprozentwert von FPL</b>	<b>Zulässiger Nachlass bei der med. Versorgung</b>	<b>Patienten-Selbstbehalt (Out-of-pocket, OOP)-Zahlungsprozentwert (der med. Versorgung)</b>
201 – 260 %	75 %	25 %
261 – 320 %	50 %	50 %
321 – 350 %	25 %	75 %

3. Wenn das Familieneinkommen des Patienten über 350 % der staatlich festgelegten Armutsgrenze beträgt, basierend auf den aktuellen FPL-Richtlinien, und der Patient alle anderen Kriterien für die finanzielle Unterstützung erfüllt, gilt Folgendes:
  - 3.1 Wenn die Leistungen nicht von dritten Kostenträgern übernommen werden, so dass der Patient in der Regel die Rechnung in vollem Umfang begleichen muss, ist die Höhe des zu zahlenden Betrags gleich 100 % des Bruttobetrags (vollständige Medicare-Zahlungsrate, d. h., Gehaltsindex, IME, DME usw. und Zahlungsverpflichtung des Patienten), den das Medicare-Programm für die Leistung bezahlt hätte, wenn der Patient ein Medicare-Leistungsempfänger wäre.

#### VERSICHERTER PATIENT

1. Wenn ein unversicherter Patient ein Einkommen zwischen 201 und 350 % der staatlich festgelegten Armutsgrenze hat, basierend auf den aktuellen FPL-Richtlinien, und der Patient alle anderen Kriterien für die finanzielle Unterstützung erfüllt, gilt Folgendes:
  - 1.1 Wenn für einen Patienten Leistungen erbracht werden, die von einem dritten Kostenträger übernommen werden, so dass der Patient nur für einen Teil der in Rechnung gestellten Forderung verantwortlich ist (d. h. Selbstbehalt oder Beteiligung), dann besteht die Zahlungsverpflichtung des Patienten nur in Höhe eines Betrags, der dem Unterschied zwischen dem von der Versicherung übernommenen Betrag und dem Medicare-Betrag entspricht (vollständige Medicare-Zahlung, d. h. Gehaltsindex, IME, DME usw. und Zahlungsverpflichtung des Patienten), der von Medicare übernommen worden wäre, wenn der Patient ein MediCare-Leistungsempfänger wäre (d. h. wenn die Versicherung mehr bezahlt hätte als den zulässigen Medicare-Betrag, würden auf den Patient keine weiteren Zahlungen zukommen. Wenn die Versicherung des Patienten jedoch weniger bezahlt hätte, als den zulässigen Medicare-Betrag, bezahlt der Patient die Differenz zwischen dem von der Versicherung bezahlten Betrag und dem zulässigen Mediicare-Betrag).

2. Wenn das Familieneinkommen des Patienten max. 350 % der bundesstaatlich festgelegten Armutsgrenze beträgt, basierend auf den aktuellen FPL-Richtlinien, und der Patient alle anderen Kriterien für die finanzielle Unterstützung erfüllt, gilt Folgendes:
  - 2.1 Bei für den Patienten durch einen dritten Kostenträger erbrachten Leistungen, bei denen der Patient nur einen Teil des Rechnungsbetrags bezahlen muss (d. h. Selbstbehalt oder Beitrag), beträgt die Zahlungsverpflichtung des Patienten einen Betrag in Höhe der Differenz zwischen dem von der Versicherung bezahlten und dem Bruttobetrag, den Medicare für die Leistung bezahlt hätte, zuzüglich 20 %. Wenn die Versicherung beispielsweise mehr bezahlt hätte, als den zulässigen Medicare-Betrag zuzüglich 20 %, schuldet der Patient keine weiteren Beträge; wenn die Versicherung des Patienten jedoch weniger bezahlt hat als den zulässigen Medicare-Betrag zuzüglich 20 %, bezahlt der Patient die Differenz zwischen dem bezahlten Betrag und dem Betrag, der dem zulässigen Medicare-Betrag zuzüglich 20 % entspricht.

#### E. SPEZIELLE UMSTÄNDE DER WOHLTÄTIGEN VERSORGUNG

1. Wenn der Patient durch das LLUMC-Anmeldepersonal als obdachlos eingestuft wird und keinen Versicherungsschutz durch Dritte besitzt, hat er/sie automatisch Anspruch auf die wohltätige Versorgung.
2. Verstorbene Patienten ohne Versicherungsschutz durch Dritte, einen bestimmbaren Wohnsitz oder für die keine vertrauliche Anhörung stattgefunden hat, haben automatisch einen Anspruch auf eine wohltätige Versorgung.
3. Patienten, die im Rahmen eines bundesstaatlichen Insolvenzverfahrens innerhalb der letzten zwölf (12) Monate für bankrott erklärt worden sind, haben einen Anspruch auf wohltätige Pflege. Der Patient oder der Familienvertreter muss bei der Antragstellung eine Kopie des Urteils vorlegen.
4. Patienten, die in der Notfallabteilung versorgt worden sind, für die LLUMC keine Rechnung ausstellen kann, werden die Kosten als wohltätige Versorgung erlassen (d. h. der Patient verlässt das Krankenhaus, bevor er die Rechnung erhält). Solche Umstände müssen in der Akte des Patienten festgehalten werden, da sie einen wichtigen Teil des Dokumentationsprozesses darstellen.
5. LLUMC stuft solche Patienten, die eine Anspruchsberechtigung für staatlich finanzierte Unterstützungsprogramme für Geringverdiener (z. B. Medi-Cal/Medicaid, Kalifornische Dienste für Kinder und andere geltende staatliche oder örtliche Programme für Personen mit geringem Einkommen) besitzen, automatisch als anspruchsberechtigt für die wohltätige Versorgung ein, wenn die Zahlung nicht durch das staatliche Programm erfolgt. Patienten, die beispielsweise einen Anspruch auf Medi-Cal/Medicaid sowie andere staatliche Leistungen haben, welche die Bedürfnisse von Geringverdienern erfüllen (z. B. Programm für Kindergesundheit und Prävention von Behinderungen

(Child Health and Disability Prevention Programm, CHDP) und einige Kalifornische Dienste für Kinder (California Children Services, CCS), für die das Programm nicht alle Leistungen oder Tage während eines Krankenhausaufenthaltes übernimmt, haben einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Gemäß LLUMCs FAP können diese Arten nicht erstatteter Patientenbeträge durch die wohltätige Versorgung vollständig abgeschrieben werden. Die wohltätige Versorgung übernimmt speziell Kosten für verweigerte Aufenthalte oder verweigerte Behandlungstage. Alle Behandlungseinwilligungs- (Treatment Authorization Request, TAR)-Verweigerungen für Medi-Cal/Medicaid und andere Patienten, die gemäß den Programmen für Geringverdienerbehandlungsberechtigt sind, sowie andere Verweigerungen (z. B. eingeschränkte Abdeckung), sind als wohltätige Versorgung einzustufen.

6. Im Rahmen jeglicher Evaluierung für finanzielle Unterstützung in Verbindung mit Patienten, die über das Medicare Programm versichert sind, muss eine angemessene Analyse aller Patienten-Vermögenswerte, Forderungen, Einkommen- und Ausgaben erfolgen, bevor die Qualifizierung für das finanzielle Unterstützungsprogramm bestimmt werden kann. Solche Evaluierungen für finanzielle Unterstützung müssen vor Erbringung der Leistungen durch das LLUMC durchgeführt werden.
  - 6.1 Ungeachtet des Vorangehenden, kann der Anteil der Medicare-Patientenkonten (a), für die der Patient finanziell verantwortlich ist (Selbstbehalt und abziehbare Beträge), (b) die nicht von der Versicherung oder einem anderen Kostenträger oder Medi-Cal/Medicaid übernommen werden und (c) die nicht von Medicare übernommen werden, als wohltätige Versorgung eingestuft werden, wenn:
    - a. Der Patient ein anspruchsberechtigtes Medi-Cal/Medicaid-Mitglied oder ein Mitglied eines anderen Programms ist, das den medizinischen Bedürfnissen von Geringverdienern dient; oder
    - b. Der Patient anderweitig für finanzielle Unterstützung im Rahmen der vorliegenden Richtlinie qualifiziert ist, und dann auch nur im Umfang der Abschreibung im Rahmen dieser Richtlinie.
7. Jeder nicht versicherte Patient, dessen Einkommen 350 % über der bundesstaatlich festgelegten Armutsgrenze FPL liegt und den ein katastrophaler medizinischer Schicksalsschlag trifft, kann einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben. Solche Patienten mit höheren Einkommen haben keinerlei Anspruch auf wohltätige Versorgung oder rabattierte Versorgung. Die Einstufung eines medizinischen Ereignisses als katastrophal erfolgt auf einer Fall-zu-Fall-Basis. Die Einstufung eines katastrophalen medizinischen Ereignisses muss auf Basis der Höhe der Patientenhaftung gemäß Rechnungen erfolgen, und unter Berücksichtigung des Einkommens des Patienten sowie seines Vermögen zum Zeitpunkt des Vorfalls. Das Management muss bei der Einstufung eines katastrophalen medizinischen Ereignisses angemessene Vertraulichkeit wahren lassen. Als allgemeine Richtlinie wird jeder Patient mit einer Haftung von \$200.000 für erbrachte Leistungen als anspruchsberechtigt erachtet.

8. Jede Patientenrechnung, die von einem Forderungseinzugunternehmen an, das festgestellt hat, dass der Patient oder der Familienvertreter nicht über die nötigen Mittel zur Begleichung seiner oder ihrer Rechnung verfügt, an LLUMBC zurückgesendet wird, kann von der wohlthätigen Versorgung übernommen werden. Die entsprechende Dokumentation darüber, dass der Patient oder der Familienvertreter nicht in der Lage ist, für Leistungen aufzukommen, wird in der Akte der wohlthätigen Versorgung abgeheftet.

**F. KRITERIEN FÜR DIE NEUZUWEISUNG VON FORDERUNGS AUSFÜLLEN AN DIE WOHLTÄTIGE VERSORGUNG**

1. Alle externen Forderungseinzugsunternehmen, die mit LLUMC einen Vertrag haben, um nachträgliche und/oder Ausfälle einzuziehen, verwenden die folgenden Kriterien, um eine Statusänderung von Forderungsausfall auf wohlthätige Versorgung zu bestimmen:
  - 1.1 Patienten dürfen über keine anwendbaren Versicherungsprogramme (einschließlich staatlicher Programme oder anderen Drittparteizahlern) verfügen; und
  - 1.2 Der Patient oder Familienvertreter muss einen Kreditwert und/oder Verhaltenswert innerhalb der niedrigsten 25. Perzentile der Kreditwerte für jegliche verwendete Kreditevaluierungsmethode aufweisen; und
  - 1.3 Der Patient oder Familienvertreter hat innerhalb von 150 Tagen nach Übertragung auf das Forderungseinzugsunternehmen keine Zahlung getätigt;
  - 1.4 Das Forderungseinzugsunternehmen hat festgelegt, dass der Patient/der Familienvertreter nicht in der Lage ist, zu bezahlen; und/oder
  - 1.5 Der Patient oder der Familienvertreter hat keine gültige Sozialversicherungsnummer und/oder einen Wohnort angegeben, um eine Kreditwürdigkeit bestimmen zu können.
2. Alle zurückgesendeten Rechnungen für eine Neuzuweisung von Forderungsausfall zu wohlthätige Versorgung werden durch die LLUMC Rechnungslegungsabteilung vor einer Neuklassifizierung innerhalb des Krankenhausabrechnungssystems sowie auf Grundlage von Datenaufzeichnungen evaluiert.

**G. BENACHRICHTIGUNG DES PATIENTEN**

1. Wenn eine Anspruchsberechtigung bestimmt wird, wird ein Schreiben mit dem Bestimmungsstatus an den Patienten oder den Familienvertreter gesendet. Das Bestimmungsstatus-Schreiben gibt Folgendes an:
  - 1.1 Genehmigung: Das Schreiben gibt an, ob der Patient zugelassen ist, den Status der Genehmigung sowie sämtliche ausstehenden Beträge, die vom Patienten

noch zu zahlen sind. Informationen und Anweisungen für weitere Patientenaktionen werden ebenfalls bereitgestellt.

- 1.2 Ablehnung: Die Gründe für eine Ablehnung des Anspruchs basierend auf der FAA wird dem Patienten erläutert. Jeglicher ausstehender Betrag, der vom Patient geschuldet wird, wird ebenfalls festgesetzt. Kontaktinformationen und Zahlungshinweise werden ebenfalls bereitgestellt.
- 1.3 Ausstehend: Der Antragsteller wird darüber informiert, warum der FAA unvollständig ist. Alle ausstehenden Informationen werden zusammengetragen und in der Benachrichtigung aufgeführt, damit der Patient oder Familienvertreter sie beim LLUMC einreicht.

#### H. QUALIFIZIERTEZAHLUNGSPÄNE

1. Wenn durch LLUMC ein Preisnachlass gewährt wurde, haben die Patienten die Option, einen Teil oder den gesamten ausstehenden Betrag in Form eines Pauschbetrags zu entrichten oder im Rahmen eines Ratenabzahlungsplans zu begleichen.
2. LLUMC bespricht etwaige Zahlungsplanoptionen mit jedem Patienten, der einen Ratenzahlungsplan fordert. Einzelne Zahlungspläne basieren auf der Möglichkeit des Patienten, die Zahlungsbedingungen zu erfüllen. Als allgemeine Richtlinie gilt, dass Zahlungspläne eine Laufzeit von maximal 12 Monaten haben.
3. LLUMC verhandelt in gutem Glauben mit dem Patienten; es besteht jedoch keine Verpflichtung, die vom Patienten angebotenen Zahlungsbedingungen zu akzeptieren. Wenn das LLUMC Richtlinie zur finanziellen Unterstützung der Patient/Bürge keine Einigung in Bezug auf einen qualifizierten Zahlungsplan erzielen können, muss das Krankenhaus mit der im Abschnitt Health & Safety Code Abschnitt 127400 (i) beschriebenen Formel Bedingungen für einen angemessenen Zahlungsplan stellen, wie im Gesetz beschrieben. Ein "angemessener Zahlungsplan" bedeutet, dass monatliche Zahlungen nicht mehr als 10 Prozent des monatlichen Familieneinkommens betragen, ausschließlich der Abzüge für Lebenshaltungskosten. Um die Formel für einen "angemessenen Zahlungsplan" anwenden zu können, muss LLUMC Patientenfamilieninformationen zum Einkommen sowie zu den notwendigen Lebenshaltungskosten gemäß Gesetz einholen. LLUMC verwendet für die Einholung solcher Informationen Standardformulare. Jeder Patient oder Bürge, der einen Zahlungsplan aufstellen möchte, indem er einen Antrag mithilfe des Formulars "Angemessener Zahlungsplan" stellt, muss das Familieneinkommen sowie Informationen zu Ausgaben vorlegen, es sei denn, Vertreter des LLUMC verzichten auf die Informationsanforderung.
4. Es werden während der Dauer des Zahlungsplans, der den Bestimmungen des FAPs entspricht, keine Zinsen auf die Rechnungen qualifizierter Patienten erhoben.

5. Wenn ein Zahlungsplan durch das LLUMC genehmigt wurde, stellen alle darauffolgenden ausgebliebenen Zahlungen nach Ablauf einer 90-Tages-Periode einen Zahlungsverzug dar. Es obliegt der Verantwortung des Patienten oder Bürgen, das Patient Business Office des LLUMC zu kontaktieren, wenn sich Verhältnisse ändern und die Zahlungspläne nicht eingehalten werden können. Im Falle eines Zahlungsverzugs jedoch unternimmt LLUMC einen angemessenen Versuch, den Patienten oder den Familienvertreter zu kontaktieren, was entweder telefonisch oder schriftlich erfolgt. Der Patient hat die Gelegenheit, den erweiterten Zahlungsplan neu zu verhandeln, indem er den Vertreter des Patient Business Office innerhalb von (14) Tagen nach schriftlicher Benachrichtigung über den Zahlungsverzug bezüglich des erweiterten Zahlungsplans kontaktiert. Wenn der Patient es versäumt, eine Neuverhandlung des erweiterten Zahlungsplans innerhalb von vierzehn (14) Tagen anzufordern, gilt der Zahlungsplan als unwirksam und die Forderung wird eingezogen.
6. Vorzugsweise sollten alle Zahlungen von einem externen elektronischen Fonds-Vendor (Electronic Funds Transfer, EFT) bearbeitet werden. Wenn der Patient oder der Familienvertreter seine Bereitwilligkeit zum Ausdruck bringt, im Rahmen eines Ratenplans zu zahlen, ohne einen externen EFT-Vendor einzuschalten, bemüht sich LLUMC, eine solche Anfrage zu berücksichtigen, und zwar unter der Voraussetzung, dass der Patient den erweiterten Zahlungsplan in bar, per Scheck, Bargeld oder Kreditkarte begleicht.

#### I. BEILEGUNG VON STREITIGKEITEN

1. Im Falle von Streitigkeiten bezüglich der Qualifizierung für das finanzielle Unterstützungsprogramm kann der Patient einen schriftlichen Einspruch einlegen und eine nochmalige Prüfung hinsichtlich Berücksichtigung durch das LLUMC anfordern. Der schriftliche Einspruch muss eine vollständige Erläuterung des Patienteneinwands und die Begründung für eine erneute Prüfung enthalten. Die relevanten oder zusätzlichen relevanten Unterlagen für die Unterstützung der Forderung müssen dem schriftlichen Einspruch beigelegt sein.
2. Diese Einsprüche werden vom geschäftsführenden Direktor des Patient Business Office überprüft. Der geschäftsführende Direktor muss alle schriftlichen Erklärungen der Streitigkeit und jegliche beigelegte Dokumentation berücksichtigen. Nach Abschluss der Prüfung eines Patientenanspruchs informiert der geschäftsführende Direktor den Patienten in einer schriftlichen Erläuterung über die Ergebnisse und den Beschluss. Alle Beschlüsse des geschäftsführenden Direktors gelten als endgültig. Es besteht keine weitere Berufungsmöglichkeit.

#### J. BEKANNTMACHUNG

1. LLUMC veröffentlicht Informationen für die Öffentlichkeit zur FAP, dem FAA, der Plan Language Summary (Übersicht in einfacher Sprache) und der Billing and Collection Policy (Abrechnungs- und Zahlungseinzugsrichtlinie). Solche

Benachrichtigungen werden in großer Zahl in ambulanten und stationären Patientenbereichen des LLUMC aufgehängt, u. a. in der Notfallambulanz, der Rechnungslegungsstelle, der Patientenaufnahme und dem Anmeldebereich für ambulante Patienten oder anderen üblichen Patientenwartebereichen des LLUMC. Informationen sind auch an jedem Ort verfügbar, an dem ein Patient seine Rechnung bezahlt. Die Informationen umfassen Kontaktinformationen zu Stellen, an denen der Patient weitere Informationen zu finanzieller Unterstützung erhält sowie zu Stellen, an denen er eine solche Unterstützung beantragen muss.

- 1.1 Diese Informationen stehen in Englisch und Spanisch sowie jeder anderen Sprache zur Verfügung, gemäß IRC-Abschnitt 501(r).
2. Darüber hinaus stehen die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung, die Antrag auf finanzielle Unterstützung, die Übersicht in einfacher Sprache und die Abrechnungs- und Zahlungseinzugsrichtlinie im Internet unter folgender Adresse zu Verfügung: <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.
3. Papierexemplare der oben genannten Unterlagen sind der Öffentlichkeit ohne Zusatzkosten auf Anfrage zur Verfügung zu stellen. LLUMC muss auf solche Anfragen zeitnah reagieren.

**K. BERICHTERSTELLUNG ZUR WOHLTÄTIGEN VERSORGUNG SOWIE RABATTIERTEN VERSORGUNG**

1. LLUMC muss eine erbrachte wohltätige Versorgung gemäß den regulatorischen Anforderungen des Amtes für landesweite Gesundheitsplanung und -entwicklung (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) melden, wie im Bilanzierungs- und Berichterstellungshandbuch (Accounting and Reporting Manual for Hospitals) für Krankenhäuser, zweite Fassung, beschrieben. Um diese Bestimmung einzuhalten, führt das LLUMC eine schriftliche Dokumentation über seine Kriterien für die wohltätige Versorgung. Für individuelle Patienten führt das LLUMC eine schriftliche Dokumentation über sämtliche Bestimmungen der wohltätigen Versorgung. Gemäß OSHPD, werden erbrachte wohltätige Leistungen auf Basis der tatsächlichen Kosten erbrachter Leistungen dokumentiert.
2. LLUMC übermittelt eine Kopie dieser FAP an OSHPD, welche die Bestimmungen zur wohltätigen und rabattierten Versorgung in einem Dokument enthält. Die FAP enthält ferner: 1) alle Verfahren zur Ermittlung der Anspruchsberechtigung und Qualifizierung; 2) den einheitlichen Antrag auf wohltätige Versorgung und rabattierte Versorgung; und 3) den Überprüfungsprozess sowohl für die wohltätige Versorgung als auch die rabattierte Versorgung. Diese Dokumente sind gemäß OSHPD alle zwei Jahre vorzulegen oder wenn eine signifikante Änderung eingetreten ist.

**L. SONSTIGES**



1. Vertraulichkeit - Es wird anerkannt, dass der Bedarf an finanzieller Unterstützung eine sensible und äußerst persönliche Angelegenheit für die Empfänger ist. Die Vertraulichkeit von Anfragen, Informationen und Zuschüssen wird für alle Personen, die finanzielle Unterstützung beantragen oder erhalten, gewahrt. Die Ausrichtung des Personals sowie die Auswahl der Mitarbeiter, die diese Richtlinie implementieren, basieren auf diesen Werten.
2. Anforderungen in gutem Glauben - LLUMC trifft Maßnahmen im Hinblick auf finanzielle Unterstützung der Patienten und ist davon abhängig, dass von Patienten oder Familienvertretern vorgelegte Informationen genau und vollständig sind. Die Bereitstellung finanzieller Unterstützung schließt nicht das Recht der Rechnungslegung aus, entweder rückwirkend oder zum Zeitpunkt der Leistungserbringung, und zwar für alle Leistungen im Falle von Betrug oder Angabe wissentlich falscher Informationen durch den Patienten oder den Familienvertreter. Zusätzlich behält sich LLUMC das Recht vor, alle Rechtsmittel - zivile und strafrechtliche - gegen jene Patienten oder Familienvertreter einzuleiten, die in betrügerischer Absicht oder vorsätzlich falsche Informationen eingereicht haben, um einen Anspruch auf LLUMC FAP geltend zu machen.
3. Abrechnungs- und Zahlungseinzugsrichtlinie - LLUMC hat eine Abrechnungs- und Zahlungseinzugsrichtlinie erstellt, die im Internet unter <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc> zur Verfügung steht. Alle Maßnahmen des LLUMC für die Einholung von Kreditinformationen in Bezug auf den Transfer eines Patienten/eine verantwortliche Partei zu einem externen Forderungseinzugsunternehmen, hat gemäß der Abrechnungs- und Zahlungseinzugsrichtlinie zu erfolgen.

GENEHMIGT: Exekutive Führung des Krankenhauses, LLUMC Vorstand, LLUMC Geschäftsführer;  
LLUMC Leitender Vizepräsident für das Finanzwesen, Carolyn Marovitch