

			FIN 006
			MHS
Titel: Finanzielle Unterstützung (FAP)			
Datum der Dokumentation: 01.01.88	Zuletzt überprüft Datum: 19.01.2025	Zuletzt überprüft Datum: 22.01.2024	Gültig ab: 22.01.2025
Abteilung, die die Richtlinien erstellt: Finanzabteilung			Seite 1 von 9

UMFANG:

Diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung gilt für das Methodist Health System (MHS), d/b/a Methodist Dallas Medical Center (MDMC), Methodist Charlton Medical Center (MCMC), Methodist Celina Medical Center (MCEL), Methodist Mansfield Medical Center (MMMC), Methodist Midlothian Medical Center (MLMC), Methodist Richardson Medical Center (MRMC) und Methodist Southlake Medical Center (MSMC).

Der Finanzausschuss des MHS-Vorstands hat unter der Autorität des Vorstands diese Richtlinie genehmigt und den Chief Executive Officer (CEO) und den Chief Financial Officer (CFO) von MHS ermächtigt, im Namen des Ausschusses bei der Ausführung dieser Richtlinie zu handeln.

DEFINITIONEN:

Unter „Allgemein in Rechnung gestellten Beträgen“ (Amounts Generally Billed, AGB) versteht man die Beträge, die allgemein für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen an Personen in Rechnung gestellt werden, die über eine Versicherung verfügen, welche diese Behandlungen abdeckt.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECA) werden in Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code als solche Maßnahmen definiert, die MHS einer Einzelperson gegenüber betrifft die Zahlung von Rechnungen für Pflegeleistungen ergreift, die unter die MHS-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung fallen. MHS versendet Kontoauszüge und Briefe und tätigt Inkassoanrufe, um die Eintreibung aller ausstehenden Beträge zu bewirken, beteiligt sich jedoch nicht an ECAs.

Der Antrag auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Application, FAP) umfasst die Informationen und die dazugehörige Dokumentation, die MHS von Einzelpersonen verlangt, die finanzielle Unterstützung gemäß der MHS-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung beantragen möchten.

„FAP-berechtigt“ bezieht sich auf eine Person, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß der MHS-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung hat.

Die Bruttogebühren (auch als Hauptgebührenpreis bezeichnet) sind die festgelegten Preise für die medizinische Versorgung, die MHS allen Patienten einheitlich in Rechnung stellt, bevor vertraglich vereinbarte Zuschläge, Ermäßigungen oder Abzüge angewendet werden.

RICHTLINIE:

Als Teil seiner Mission und Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft bietet das Methodist Health System (MHS) Patienten, die gemäß dieser Richtlinie Anspruch auf Unterstützung haben, finanzielle Unterstützung.

1. ZULASSUNGSKRITERIEN

Patienten können ab dem geplanten Behandlungsdatum bis zum 240. Tag nach der ersten Rechnung nach Entlassung finanzielle Unterstützung beantragen. Verfahren, die nicht als Notfall oder medizinisch notwendig gelten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die in Anlage B aufgeführten Verfahren, sind durch diese Richtlinie nicht abgedeckt.

Die Situation jedes Patienten wird unter Berücksichtigung relevanter Umstände wie Einkommensniveau, Familiengröße und dem Patienten oder seiner Familie zur Verfügung stehenden Mitteln beurteilt, um die Zahlungsfähigkeit zur Begleichung des Patientenkontostands zu ermitteln. Unter Berücksichtigung dieser Informationen werden die beigefügten Richtlinien zur Berechtigung zur finanziellen Unterstützung (Anlage C) verwendet, um zu bestimmen, welcher finanzielle Unterstützungsbetrag (sofern überhaupt) auf das Guthaben des Patientenkontos nach Zahlung durch sämtliche Drittparteien angerechnet wird. In bestimmten außergewöhnlichen Fällen, in denen diese Faktoren die Zahlungsfähigkeit des Patienten möglicherweise nicht genau widerspiegeln, kann MHS – ausschließlich zur Feststellung, ob eine Person, die gemäß den in Anlage C dargelegten Richtlinien möglicherweise nicht für Unterstützung in Frage kommt, ansonsten für Unterstützung in Frage kommt – die Einkommenssituation und das Einkommenspotenzial des Patienten und seiner Familie sowie die Häufigkeit ihrer Krankenhaus- und Arztrechnungen berücksichtigen.

Sofern in der MHS-Anbieterliste (Anlage D) nichts anderes angegeben ist, gilt die im Rahmen dieser Richtlinie angebotene finanzielle Unterstützung nicht für Leistungen, die von Ärzten oder anderen Fachkräften erbracht werden.

2. VERPFLICHTUNG ZUR MEDIZINISCHEN NOTFALLVERSORGUNG

Unabhängig davon, ob eine Person die Voraussetzungen für dieses FAP erfüllt, wird jede Krankenhauseinrichtung des MHS ohne Diskriminierung die Versorgung aller medizinischen Notfälle übernehmen. Im Jahr 1986 verabschiedete die US-Bundesregierung den Abschnitt 1867 des Social Security Act (42 USC 1395dd), auch bekannt als Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA). Dieses Gesetz verpflichtet alle Krankenhäuser, die Zahlungen von Medicare akzeptieren, dazu, jeden Patienten zu versorgen, der zur Behandlung in die Notaufnahme kommt. Weitere Informationen darüber, welche Leistungen abgedeckt sind und welche nicht, finden Sie als Anlage B beigefügt.

Keine Person darf aufgrund ihrer Rasse, ihres Glaubens, ihrer Hautfarbe, ihrer Religion, ihres Geschlechts, ihrer nationalen Herkunft, einer Behinderung, ihres Alters, ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Geschlechtsidentität oder ihres Familienstands von der Berücksichtigung für finanzielle Unterstützung ausgeschlossen werden. MHS wird sich nicht an Maßnahmen beteiligen, die Menschen davon abhalten, medizinische Notfallbehandlungen in Anspruch zu nehmen, zum Beispiel wenn von Patienten in der Notaufnahme verlangt wird, vor der Behandlung zu zahlen, oder Inkassomaßnahmen, die die Leistungserbringung behindern, ohne Urteilsvermögen für die medizinische Notfallversorgung.

3. VERFAHREN ZUR BEANTRAGUNG ODER ERLANGUNG FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG

3.1 Bewerbungsprozess

Einzelpersonen können finanzielle Unterstützung beantragen, indem sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen und einreichen. Anträge sind an allen wichtigen Patientenregistrierungsstellen und Notaufnahmen sowie auf der Website des Krankenhauses erhältlich:
[https://www.methodisthealthsystem.org/patients-visitors/patient-tools-support/financial-assistance/ ?](https://www.methodisthealthsystem.org/patients-visitors/patient-tools-support/financial-assistance/).
Kostenlose gedruckte Exemplare sind außerdem bei 4040 N Central Expressway, Suite 300, Dallas, TX 75204 oder telefonisch unter 214-947-6300 bzw. gebührenfrei unter 866-364-9344 erhältlich und können per Post angefordert werden.

Patienten, deren Antrag auf finanzielle Unterstützung bereits bei einem anderen Antrag auf finanzielle Unterstützung genehmigt wurde, haben möglicherweise auch Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie, solange die gleichen Punkte wie im MHS-Antrag auf finanzielle Unterstützung erfüllt sind oder Belege für die Nichterfüllung beigefügt ist.

3.2 Voraussichtliche Berechtigung für finanzielle Unterstützung

Auch ohne eine abgeschlossene Eignungsprüfung kann MHS zu dem Schluss kommen, dass eine positive Einstufung als Wohltätigkeit angemessen sein könnte. Falls kein Antrag oder unvollständige Unterlagen zum Nachweis der Berechtigung eines Patienten zur karitativen Behandlung vorliegen, kann MHS gemäß den geltenden gesetzlichen Anforderungen externe Agenturen zur Ermittlung der geschätzten Einkommensbeträge hinzuziehen, die als Grundlage für die Berechtigung zur karitativen Behandlung dienen. Sobald dieser ermittelt ist, kann aufgrund der inhärenten Natur der mutmaßlichen Umstände nur eine Abschreibung in Höhe von 100 % des Kontostands gewährt werden.

4. GRUNDLAGE FÜR DIE BERECHNUNG DER GEBÜHREN

Die Höhe der finanziellen Unterstützung wird anhand der Einstufung des Patienten als finanziell oder medizinisch bedürftig (siehe Definition weiter unten) bestimmt. Wenn festgestellt wird, dass ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, begrenzt MHS die für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen in Rechnung gestellten Beträge auf höchstens die Beträge, die Personen mit einer Versicherung für diese Behandlungen, allgemein in Rechnung gestellt werden (Amounts generally billed, AGB). Zur Ermittlung der AGB hat MHS die „Look Back Method“ gemäß Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Service Code übernommen, bei der die AGB auf den Versicherungsansprüchen des vorherigen Geschäftsjahres basieren und die gebührenpflichtigen Leistungen von Medicare sowie alle anderen privaten Krankenversicherer einschließen.

MHS wendet einen systemweiten AGB-Satz für alle Krankenhäuser an, die den FAP übernehmen. Die AGB werden jährlich berechnet und der Finanzvorstand von MHS legt den systemweiten AGB-Satz fest, der nicht höher sein darf als die niedrigste AGB des einzelnen Krankenhauses. AGB-Prozentsätze werden am 120. Tag nach Ende des 12-monatigen Kalenderjahrzeitraums angewendet, den die Krankenhauseinrichtung zur Berechnung der AGB-Prozentsätze verwendet hat. Der aktuelle AGB-Satz, der von allen unten aufgeführten Krankenhauseinrichtungen angewendet wird, beträgt 21,8 %.

Für den Fall, dass der ausstehende Patientensaldo zuzüglich aller vorherigen Zahlungen für die betreffende Forderung den allgemein in Rechnung gestellten Betrag (AGB) übersteigt, wird MHS bei Genehmigung des Antrags auf finanzielle Unterstützung gegebenenfalls den ausstehenden Saldo abschreiben und/oder alle über den AGB hinaus gezahlten Beträge zurückerstatten. MHS wird angemessene Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Behandlungen geleistete Vorauszahlungen oder Anzahlungen die AGB nicht überschreiten, um die Safe-Harbor-Anforderungen des Abschnitts 1.501(r)-5(d) der Federal Income Tax Regulations zu erfüllen.

Aktuelle AGB der jeweiligen Krankenhauseinrichtung:¹

MDMC: 26,5 %

MCMC: 21,8 %

MMMC: 25,2 %

MRMC: 27,0 %

MLMC: 25,7 %

MSMC: 34,6 %

MCEL: 25,6 %

4.1 Finanziell bedürftig

„Finanziell bedürftig“ bedeutet, dass ein Patient die folgenden beiden Kriterien erfüllt: (i) er ist nicht oder nicht ausreichend versichert; und (ii) sein Jahreseinkommen entspricht oder liegt unter den in Anlage C für finanzielle Bedürftigkeit aufgeführten Beträgen. Diese Patienten haben Anspruch auf eine Ermäßigung von 100 % auf die geschuldeten Beträge.

4.2 Medizinisch bedürftig

„Medizinisch bedürftig“ bedeutet ein Patient, dessen Arzt- oder Krankenhausrechnungen von MHS nach Bezahlung durch sämtliche Drittparteien mindestens 5 % des jährlichen Haushaltseinkommens des Patienten betragen und dessen Jahreseinkommen über 200 %, aber höchstens 500 % der bundesstaatlichen Armutsgrenze beträgt (Anlage C). Diese Patienten schulden den niedrigeren Betrag aus ihrem Kontostand oder 10 % ihrer Bruttokosten, wobei dieser Betrag den berechneten AGB-Betrag gemäß Punkt 4 nicht überschreiten darf.

¹ Die hier angegebenen Prozentsätze entsprechen den Prozentsätzen zum Zeitpunkt der Annahme dieser Richtlinie durch den Finanzausschuss des MHS-Vorstands am 22. Juli 2019. Der Finanzausschuss hat dem CFO von MHS die Befugnis übertragen, diese Prozentsätze bei Bedarf jährlich zu ändern, um den bundesstaatlichen Vorschriften zur finanziellen Unterstützung [durch eine steuerbefreite Gesundheitseinrichtung] zu entsprechen.

5 FESTLEGUNG DER FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG

5.1 Beurteilung der finanziellen Unterstützung

Die Festlegung der finanziellen Unterstützung erfolgt nach Verfahren, die Folgendes beinhalten können:

- 5.1.i Ein Antragsverfahren, bei dem der Patient oder sein Bevollmächtigter Informationen und Unterlagen zur Ermittlung der finanziellen Bedürftigkeit bereitstellen muss; und/oder
- 5.1.ii Die Verwendung von Kreditauskünften oder anderen öffentlich verfügbaren Informationen als Beleg zur Ermittlung der finanziellen Bedürftigkeit, wenn ein Patient keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung oder entsprechende Belege vorlegt.

5.2 Definition von Haushaltseinkommen und Haushaltsgröße

5.2.i. Unter Haushaltseinkommen für Erwachsene versteht man das jährliche Haushaltseinkommen, das sich aus der Summe des gesamten jährlichen Bruttoeinkommens oder des geschätzten Jahreseinkommens des Patienten und gegebenenfalls seines Ehepartners ergibt. Handelt es sich bei dem Patienten um einen Minderjährigen, wird das Haushaltseinkommen der gesetzlichen Vertreter herangezogen.

5.2.ii. Zur Haushaltsgröße zählen der Patient, sein Ehepartner und sämtliche Angehörige. Wenn der Patient minderjährig ist, umfasst die Berechnung der Haushaltsgröße den Patienten, die Mutter des Patienten, den Vater des Patienten, von der Mutter des Patienten abhängige Personen und vom Vater des Patienten abhängige Personen.

5.3 Einkommensüberprüfung

5.3.i. Zur Feststellung, ob ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, akzeptiert MHS die folgenden Unterlagen Dritter als Einkommensnachweis: Persönliche Steuererklärung; Lohn- und Steuererklärung; IRS-Formular W-2; Überweisung von Gehaltsschecks; Kontoauszüge; Überweisung von Sozialversicherungszahlungen; Briefe zur Feststellung der Arbeitslosenunterstützung; Zahlungsbescheid der Arbeitslosenversicherung; Überweisung von Arbeitsunfallentschädigungszahlungen; Antwort auf eine Kreditanfrage; oder andere öffentlich verfügbare Informationen.

5.3.ii. Wenn die oben beschriebene Dokumentation Dritter nicht verfügbar ist, ermittelt MHS das Haushaltseinkommen auf eine der folgenden Arten:

I. Einholen einer schriftlichen Bestätigung des Patienten oder der verantwortlichen Partei über einen ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung, die entweder vom Patienten oder der verantwortlichen Partei unterzeichnet ist und die Gültigkeit der bereitgestellten Einkommensinformationen des Patienten bestätigt;

II. Wenn im oben genannten Fall der Patient oder die verantwortliche Partei nicht in der Lage ist, die angeforderte schriftliche Bestätigung des Einkommens des Patienten oder der verantwortlichen Partei vorzulegen, muss der Patient oder die verantwortliche Partei eine mündliche Erklärung des Haushaltseinkommens des Patienten oder der verantwortlichen Partei vorlegen.

Es werden angemessene Anstrengungen unternommen, um die mündliche Bestätigung der verantwortlichen Partei oder des Patienten zu überprüfen.

5.4 Disqualifikation von finanzieller Unterstützung

Die finanzielle Unterstützung wird verweigert, wenn der Patient oder der Patientenbürge falsche Angaben macht, darunter Angaben zu Einkommen, Haushaltsgröße, Vermögen oder anderen Quellen, die die finanzielle Bezahlung der Leistungen ermöglichen könnten.

Ein Patient muss alle anderen Zahlungsmöglichkeiten ausschöpfen, einschließlich privater Krankenversicherung und staatlicher und lokaler medizinischer Hilfsprogramme. Darüber hinaus muss der Patient uneingeschränkt kooperieren und die Berechtigungs Voraussetzungen für alle angegebenen Finanzierungsleistungen erfüllen. Dazu gehören die COBRA-Abdeckung und staatliche Medicaid-Anträge, über die der Patient möglicherweise Anspruch auf anderweitige finanzielle Unterstützung hat. Wenn ein Patient dies nicht beantragt oder nicht kooperiert, kann ihm die finanzielle Unterstützung verweigert werden. Wenn eine Genehmigung vorliegt, kann die finanzielle Unterstützung widerrufen werden und der Patient müsste dann für etwaige Restbeträge aufkommen.

Wenn ein Patient im Zusammenhang mit der Behandlung bei MHS eine finanzielle Entschädigung von Dritten erhält, kann ihm die finanzielle Unterstützung verweigert werden. MHS erwartet vom Patienten, dass er den Vergleichsbetrag zur Begleichung etwaiger Patientenkontostände verwendet.

Wenn ein Patient die für eine finanzielle Beurteilung erforderlichen Informationen nicht bereitstellt, kann dies dazu führen, dass ihm die finanzielle Unterstützung verweigert wird. MHS wird sich bemühen, die unvollständigen Informationen einzuholen. Hierzu können auch schriftliche und mündliche Anfragen nach den benötigten Informationen gehören. Für die Beantwortung dieser Informationsanfragen ist jedoch der Patient verantwortlich.

5.5 Verfall der finanziellen Unterstützung

Die Genehmigung finanzieller Unterstützung bleibt 180 Tage nach dem Datum der Antragsgenehmigung gültig.

6 MASSNAHMEN ZUR BEKANNTMACHUNG DER FINANZHILFENIRCHTLINIEN

Um diese Richtlinie in der Öffentlichkeit und unter den Patienten weithin bekannt zu machen, werden die folgenden Maßnahmen ergriffen:

6.1 Benachrichtigung in der örtlichen Gemeinschaft

Die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (FAP), der Unterstützungsantrag und die Zusammenfassung in einfacher Sprache sind auf der MHS-Website unter folgender Adresse veröffentlicht:

[https://www.methodisthealthsystem.org/patients-visitors/patient-tools-support/financial-assistance/ ?](https://www.methodisthealthsystem.org/patients-visitors/patient-tools-support/financial-assistance/)

Der FAP soll der breiten Öffentlichkeit durch Veröffentlichung einer Zusammenfassung in einfacher Sprache in den größten lokalen Printmedien des MHS-Einzugsbereichs zugänglich gemacht werden.

An allen wichtigen Patientenregistrierungsstellen, in den Notaufnahmen und an allen anderen Orten, an denen nach Ansicht des Krankenhauses Hinweise zum Wohltätigkeits-Programm und zu den Richtlinien gegeben werden müssen, hängt das Krankenhaus einen mehrsprachigen Hinweis aus. Dieser enthält Anweisungen, wie man eine kostenlose gedruckte Version der Zusammenfassung in einfacher Sprache, den FAP und einen Antrag auf finanzielle Unterstützung erhält.

Jedes MHS-Krankenhaus muss dem texanischen Gesundheitsministerium und der Steuerbehörde IRS jährlich die Höhe der finanziellen Unterstützung und der staatlich geförderten medizinischen Versorgung von bedürftigen Patienten gemäß der geltenden Gesetzgebung melden.

6.2 Persönliche Benachrichtigung

Papierkopien der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung, des Unterstützungsantrags und der Zusammenfassung in einfacher Sprache werden allen Patienten auf Anfrage und kostenlos in den Registrierungsbereichen der MHS-Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Papierkopien sind außerdem bei 4040 N Central Expressway, Suite 300, Dallas, TX 75204 oder telefonisch unter 214-947-6300 bzw. gebührenfrei unter 866-364-9344 erhältlich und können per Post angefordert werden.

Die Rechnungen enthalten einen Hinweis, der die Patienten über die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung informiert und benachrichtigt, sowie eine Telefonnummer für Anfragen bezüglich finanzieller Unterstützung.

MHS-Finanzberater oder Mitarbeiter der zentralen Abrechnungsstelle können die Richtlinien zur finanziellen Unterstützung, den Unterstützungsantrag und die Zusammenfassung in einfacher Sprache persönlich oder während telefonischer Kundendienstkontakte mit Patienten besprechen.

Übersetzungen dieser Richtlinie sind in den in Anlage A aufgeführten Sprachen verfügbar und können auf der oben aufgeführten Website oder bei den oben aufgeführten Büros bezogen werden.

7 BEZIEHUNG ZU INKASSORICHTLINIEN

Während des Überprüfungsprozesses für die finanzielle Unterstützung bleibt der Patient ein nicht versicherter Patient und unterliegt den Rechnungsstellungs- und Inkassorichtlinien von MHS. Eine Kopie der MHS-Richtlinien zur Patientenabrechnung und -inkasso erhalten Sie kostenlos beim zentralen Abrechnungsbüro in 4040 N Central Expressway, Suite 300, Dallas, TX 75204 oder telefonisch unter 214-947-6300 bzw. gebührenfrei unter 866-364-9344. Die Zusendung einer Kopie ist per Post möglich.

Sobald ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, wird MHS keine Inkassomaßnahmen auf den unterstützungsberechtigten Konten unternehmen. Alle nach Abzug der Finanzhilfeermäßigung verbleibenden Beträge werden gemäß der Rechnungsstellungs- und Inkassorichtlinie von MHS in Rechnung gestellt und eingezogen.

Der Leiter der Patientenkontenabteilung von MHS ist dafür verantwortlich, festzustellen, ob angemessene Anstrengungen für die Feststellung der FAP-Berechtigung eines Patienten unternommen wurden. Darüber hinaus ist der Leiter der Patientenkontenabteilung von MHS dafür verantwortlich, eine Einstufung der finanziellen Unterstützung zu empfehlen. Der Senior Vice President of Revenue Cycle von MHS ist vom Executive Vice President/Chief Financial Officer befugt, die Klassifizierung zu genehmigen.

GENEHMIGT DURCH: elektronische Genehmigung wie angegeben _____ CFO

GENEHMIGT DURCH: elektronische Genehmigung wie angegeben _____ CEO

Methodist Hospitals of Dallas d/b/a Methodist Health System (MHS) übernimmt die folgenden Richtlinien und Verfahren für d/b/a Methodist Charlton Medical Center (MCMC), d/b/a Methodist Dallas Medical Center (MDMC), d/b/a Methodist Mansfield Medical Center (MMMC), d/b/a Methodist Midlothian Medical Center (MLMC), d/b/a Methodist Richardson Medical Center (MRMC) und d/b/a Methodist Southlake Medical Center (MSMC).

Das für diese Richtlinie zuständige Büro ist die Abteilung Corporate Finance. Bitte richten Sie Fragen zu diesem Memorandum oder Ihre Verbesserungsvorschläge an den Executive Vice-President/Chief Financial Officer von MHS unter der Telefonnummer 214-947-4510.

FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNGSRICHTLINIE
ANHANG A

Übersetzungen dieser Richtlinie sind in den folgenden Sprachen verfügbar.

1. Englisch
2. Spanisch
3. Vietnamesisch
4. Mandarin
5. Chinesisch
6. Koreanisch
7. Arabisch
8. Urdu
9. Tagalog
10. Französisch
11. Hindi
12. Persisch
13. Deutsch
14. Griechisch
15. Russisch
16. Japanisch
17. Laotisch

FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNGSRICHTLINIE
ANHANG B

VON DIESER RICHTLINIE NICHT ABGEDECKTE DIENSTLEISTUNGEN

Die folgenden Leistungen gelten im Allgemeinen nicht als Notfallversorgung oder medizinisch notwendige Versorgung im Sinne dieser Richtlinie.

1. Reine kosmetische Chirurgie
2. Adipositaschirurgie
3. Bariatrische Verfahren zur Gewichtsabnahme
4. CT-Kalzium-Scoring

Durch diese Richtlinie werden alle Notfallbehandlungen oder medizinisch notwendigen Behandlungen abgedeckt.

Gemäß der MHS-Richtlinie zur medizinischen Notfallbehandlung und Geburtswehenbeurteilung (PC 033) „wird jede Person (einschließlich minderjähriger Kinder und/oder Säuglinge), die in einer MHS-Einrichtung um Hilfe bei einem möglichen medizinischen Notfall (Emergency Medical Condition, EMC) bittet, von einem qualifizierten medizinischen Dienstleister einer medizinischen Untersuchung (Medical Screening Exam, MSE) unterzogen, um festzustellen, ob ein EMC vorliegt. Personen, bei denen ein EMC festgestellt wird oder die sich in den Wehen befinden, werden behandelt und ihr Zustand stabilisiert ****, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit für die Leistungen.“ Weiter heißt es, dass das Krankenhaus die Bereitstellung einer MSE und/oder der erforderlichen stabilisierenden Behandlung nicht verzögern darf, um sich nach der Zahlungsmethode oder dem Versicherungsstatus einer Person zu erkundigen. Das Zulassungs- und Registrierungspersonal ist verpflichtet, die folgenden Richtlinien einzuhalten.

1. Beeinträchtigen Sie nicht die zeitliche Dringlichkeit der medizinischen Untersuchung.
2. Rufen Sie keine Managed-Care-Organisation an, um die Erlaubnis zu einer medizinischen Untersuchung zu erhalten.
3. Sagen oder deuten Sie dem Patienten nichts an, was ihn von einer medizinischen Untersuchung abhalten könnte.
4. Vermeiden Sie Handlungen, die von der Inanspruchnahme einer Notfallversorgung abhalten könnten.
5. Wird sich in der Notaufnahme nicht an Inkassotätigkeiten beteiligen.

FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNGSRICHTLINIE
ANHANG C

Basierend auf den Bundesrichtlinien zur Armutsbekämpfung vom 17.01.2025

<https://www.federalregister.gov/documents/2025/01/17/2025-01377/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

Anhang A	
Einstufung als finanziell bedürftig	
Das Jahreseinkommen des Patienten muss gleich oder kleiner als die folgenden Beträge sein:	
Anzahl im Haushalt	200%
1 \$	31,300
2 \$	42,300
3 \$	53,300
4 \$	64,300
5 \$	75,300
6 \$	86,300
7 \$	97,300
8 \$	108,300
Verantwortung des	0% des ausstehenden Betrags
Für Familien/Haushalte mit mehr als 8 Personen kommen 11.000 \$ für jede weitere Person hinzu	
Anhang B	
Klassifizierung als medizinisch bedürftig	
Das Jahreseinkommen des Patienten muss gleich oder kleiner als die folgenden Beträge sein:	
Anzahl im Haushalt	500%
1 \$	78,250
2 \$	105,750
3 \$	133,250
4 \$	160,750
5 \$	188,250
6 \$	215,750
7 \$	243,250
8 \$	270,750
Verantwortung des Patienten	Der geringere Wert des Patientenkontoguthabens oder 10 % der
Für Familien/Haushalte mit mehr als 8 Personen kommen 27.500 \$ für jede weitere Person hinzu	

Die Patientenzahlungen werden die allgemein in Rechnung gestellten Beträge (AGB) nicht überschreiten. Die MHS-Finanzhilferichtlinie gilt nicht für Rechnungen von Ärzten, externen Laboren und anderen Anbietern

FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNGSRICHTLINIE
ANHANG D

Anbieter, die durch die MHS-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind und in einer MHS-Einrichtung Notfallversorgung oder andere medizinisch notwendige Versorgung leisten:

Methodist Dallas Cardiovascular Clinic
Methodist Dallas Golden Cross Clinic
Methodist Charlton Family Practice Clinic
Methodist Richardson Cardiovascular Clinic

Anbieter, die nicht durch die MHS-Richtlinie zur finanziellen Unterstützung abgedeckt sind:

Mit Ausnahme der oben aufgeführten Personen fallen keine anderen Ärzte oder Ärztengruppen oder andere professionelle Leistungserbringer (wie etwa Arzthelfer oder ausgebildete Krankenpfleger) unter diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung.