

MEMORIAL HERMANN HEALTH SYSTEM RICHTLINIE

TITEL DER RICHTLINIE: Financial Assistance Policy

VERÖFFENTLICHUNGSDATUM: 10/4/2025
DATUM DER LETZTEN ÜBERPRÜFUNG: 10/4/2022
VERSION: 5

ZWECK DER RICHTLINIE:

Krankenhäuser des Memorial Hermann Health System (MHHS) dienen der Gesundheitsversorgung der Großstädte Houston, zu denen Harris, Montgomery, Fort Bend und die umliegenden Gemeinden gehören. Das MHHS verpflichtet sich, unter dem Grundsatz der Gleichbehandlung denjenigen nicht versicherten und unterversicherten Gebietsansässigen finanzielle Unterstützung zu leisten, die eine Notfall- oder dringende medizinische Versorgung benötigen, die nicht wahlfrei ist und benötigt wird, um Tod oder nachteilige langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit des Patienten zu verhindern. Die Zahlungsfähigkeit des Patienten spielt dabei keine Rolle. Die Financial Assistance Policy des MHHS dient dem Wohl der Patienten und entspricht den Bestimmungen des Internal Revenue Code, Abschnitt 501 (c)(3). Der Zweck dieser Financial Assistance Policy („FAP“) besteht darin, einen Prozess zur Identifizierung und Bereitstellung finanzieller Unterstützung zu definieren.

GELTUNGSBEREICH:

Diese Richtlinie gilt für Memorial Hermann Health System Krankenhäuser und Einrichtungen, die in Anhang A – Memorial Hermann Krankenhauseinrichtungen aufgeführt sind.

WORTLAUT DER RICHTLINIE:

1. Gemäß den MHHS-Grundwerten „Mitgefühl“ und „Verantwortung“ hat es sich MHHS zum Ziel gesetzt, bedürftige Patienten finanziell zu unterstützen. Ziel dieser FAP ist es, den Prozess zu definieren, durch den Patienten finanzielle Unterstützung für eine Notfall- oder medizinisch dringende Versorgung gewährt wird, die nicht wahlfrei und erforderlich ist, um Tod oder nachteilige langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit des Patienten zu verhindern. Sie gilt nicht für krankenhausexterne medizinische Dienstleister oder für vom MHHS angestellte Ärzte.
2. MHHS führt selbst keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, „ECAs“) durch und untersagt diese auch seinen Inkassodienstleistern. Die Maßnahmen, die MHHS im Falle einer Nichtzahlung ergreifen kann, sind in der MHHS-Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso (Billing and Collections Policy) beschrieben; Kopien dieser Richtlinie finden Sie

unter: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. Kostenlose Papierkopien sind auf Anfrage in der Notaufnahme und in den Empfangsbereichen der Krankenhäuser oder unter der Telefonnummer (713) 338-5502 oder 1-800-526-2121, Option 5 erhältlich.

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN:

1. Antrag: Der von einem Patienten zur Beantragung von Finanzierungshilfen einzureichende Antrag.
2. Normalerweise berechnete Beträge (Amounts Generally Billed, AGB): Die AGB-Ermäßigungssätze des Krankenhauses werden anhand der sogenannten „Rückblickmethode“ (Look-back-Methode) berechnet. Dabei wird die Summe der zulässigen Medicare-Einzelleistungsvergütungen durch die Bruttoaufwendungen für diese Forderungen im vorangegangenen Zwölfmonatszeitraum geteilt. Ermäßigungen, die anspruchsberechtigten Patienten gewährt werden, werden mit den AGB-Obergrenzen verglichen, um sicherzustellen, dass den Patienten höchstens die AGB in Rechnung gestellt werden.
 - a. Die korrigierten AGB-Prozentsätze werden jährlich berechnet und bis zum 120. Tag nach dem Ende des MHHS-Geschäftsjahres am 30. Juni angewendet. Die AGB-Sätze finden Sie in Anhang B – Amounts Generally Billed Calculation der FAP.
3. Jährliches Familien-Bruttoeinkommen: Die Summe aus Jahreseinkommen und allen übrigen Geldleistungen einer Familie vor Steuern und abzüglich Unterhaltskosten, die an den Internal Revenue Service der Vereinigten Staaten gemeldet werden muss.
4. Berechtigte Leistungen: Notfallversorgung oder dringende medizinische Versorgung, die nicht wahlfrei und erforderlich ist, um Tod oder nachteilige langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit des Patienten zu verhindern. Elektive, präventive und/oder routinemäßige Leistungen und Verfahren gelten nicht als berechtigte Leistungen. Andere medizinische Leistungen, die nicht als berechtigte Leistungen angesehen werden, umfassen unter anderem kosmetische Verfahren, ergänzende Behandlungen, reproduktionsmedizinische Leistungen, arbeitsmedizinische Leistungen, jedwede Einzelhandelsleistungen sowie andere Dienstleistungen, für die bereits eine spezielle globale/Paketpreisvereinbarung besteht. Die endgültige Entscheidung darüber, ob eine medizinische Versorgung als dringend angesehen wird, trifft der behandelnde Arzt.
5. Familie: Der Patient, der Ehepartner/eingetragene Lebenspartner des Patienten, die Eltern oder Vormunde des Patienten (bei minderjährigen Patienten) und alle in der Einkommenssteuererklärung des Patienten oder seiner Eltern angegebenen

abhängigen Personen, die im Haushalt des Patienten bzw. dem seiner Eltern oder Vormunde leben.

6. Die Armutsgrenze (Federal Poverty Level, „FPL“) wird jedes Jahr vom United States Department of Health and Human Services festgelegt und im Federal Register veröffentlicht. Aktuelle FPLs finden Sie in Anhang C – Federal Poverty Guidelines der FAP.
7. Zusammenfassung in vereinfachter Sprache (Plain Language Summary, „PLS“): Eine Zusammenfassung der FAP des MHHS in vereinfachter Sprache umfasst: (a) eine kurze Darstellung der Zulassungskriterien und der angebotenen Unterstützungsleistungen; (b) eine Nennung der Internetseite und der physikalischen Standorte, an denen Beihilfeanträge erhältlich sind; (c) Hinweise zum Erhalt einer entgeltfreien gedruckten Version der FAP; (d) Kontaktdaten, unter denen Antragsteller Unterstützung anfordern können; (e) die Verfügbarkeit von Übersetzungen der FAP sowie der zugehörigen Unterlagen; (f) eine Erklärung, aus der hervorgeht, dass Patienten, die Anspruch auf Finanzierungshilfe haben, höchstens die normalerweise berechneten Beträge für Notfall- und berechtigte Leistungen in Rechnung gestellt werden.
8. Vorläufige Anspruchsberechtigung: Die Feststellung eines Anspruchs auf Finanzierungshilfe auf Grundlage bestimmter Kriterien, die den finanziellen Bedarf eines unversicherten Patienten bestätigt, ohne dass dafür ein Antrag auf Finanzierungshilfe ausgefüllt werden muss.
9. Unterversicherter Patient: Ein Patient, der vollständig oder teilversichert ist und dem infolge einer Notfallbehandlung oder berechtigten Leistung Auslagen entstehen, die die vorhandenen finanziellen Möglichkeiten zur Bezahlung der restlichen Behandlungskosten überschreiten.
10. Nicht versicherter Patient: Ein Patient, der weder vollständig noch teilversichert ist, weder Begünstigter einer gesetzlichen noch einer privaten Krankenversicherung ist, keinen Anspruch auf Gesundheits- oder andere Versorgungsleistungen hat (darunter Privatversicherung, Medicare, Medicaid oder Crime Victims Assistance usw.) und bei dem die Kosten der von MHHS erbrachten Behandlung nach Einschätzung von MHHS auf Grundlage der vom Patienten vorgelegten oder aus anderen Quellen bezogenen Unterlagen und Angaben nicht von einer Arbeitsunfallversicherung, einer Kraftfahrzeugversicherung oder einer Haftpflichtversicherung übernommen werden.

VERFAHREN:

1. Kommunikation: Um bei unseren Patienten, ihren Familien und in unserem Umfeld ein Bewusstsein für unsere Unterstützungsangebote zu schaffen, ergreift MHHS unterschiedliche Maßnahmen, mit denen Patienten und Besucher in unseren Krankenhäusern über verfügbare Finanzierungshilfen informiert werden. Zudem

werden die vorliegenden Richtlinien in der von dem jeweiligen Krankenhaus versorgten Region veröffentlicht. Zu diesen Maßnahmen zählen:

- a. Einwilligung des Patienten: Die Einwilligung zur medizinischen Versorgung, die bei der Anmeldung unterzeichnet wird, enthält eine Erklärung, die besagt, dass im Falle eines Bedarfs an finanzieller Unterstützung für Leistungen bei der Aufnahme im Krankenhaus oder bei Erhalt einer aufgeschlüsselten Rechnung bzw. Abrechnung eine Prüfung der Anspruchsberechtigung durchgeführt werden soll.
- b. Finanzberatung: MHHS-Patienten werden dazu angeregt, Informationen vom Finanzberater ihres Krankenhauses einzuholen, wenn sie davon ausgehen, dass sie Schwierigkeiten bei der Bezahlung ihrer Krankenhausrechnung haben werden. Unsere Finanzberater können die Anspruchsberechtigung unserer Patienten für unterschiedliche staatliche Hilfsprogramme prüfen, bei der Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber Arbeitsunfall- und Haftpflichtversicherungen helfen, eine verlängerte Zahlungsfrist gewähren und bei der Beantragung von Finanzierungshilfen helfen.
- c. Zusammenfassung in vereinfachter Sprache und Antrag: Allen Patienten wird ein Ausdruck der Zusammenfassung der FAP von MHHS in vereinfachter Sprache und ein Ausdruck des Antrags auf finanzielle Unterstützung zur Verfügung gestellt. MHHS stellt in der Notaufnahme und im Empfangsbereich auf Wunsch entgeltfreie Druckfassungen dieser Unterlagen zur Verfügung. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter 713-338-5502 oder 1-800-526-2121, Option 5, anfordern.
- d. Übersetzte Exemplare verfügbar: MHHS übersetzt die FAP, die Zusammenfassung in vereinfachter Sprache, den Antrag auf finanzielle Unterstützung und die Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso für in unseren Gemeinden lebende Personen mit eingeschränkten Englischkenntnissen. MHHS stellt kostenlose Kopien dieser Unterlagen auf seiner Internetseite sowie in der Notaufnahme und im Empfangsbereich der Krankenhäuser zur Verfügung. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter 713-338-5502 oder 1-800-526-2121, Option 5, anfordern.
- e. Beschilderung: Schilder, die auf die Finanzierungshilfe hinweisen, werden an gut sichtbaren Stellen klar und deutlich angebracht – etwa in der MHHS-Notaufnahme und in der Patientenaufnahme. Die Schilder weisen darauf hin, dass Finanzierungshilfen angeboten werden, und enthalten die Telefonnummer eines Finanzberaters, bei dem weitere Informationen eingeholt werden können.
 - i. Website: Auf den Websites des MHHS wird an prominenter Stelle vermerkt, dass finanzielle Unterstützung verfügbar ist. MHHS

veröffentlicht seine FAP zusammen mit einer Liste von Anbietern, die von der FAP abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, einer Zusammenfassung in vereinfachter Sprache, dem Beihilfeantrag und der Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso auf der MHHS-Internetseite:

<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>

- f. Patientenabrechnungen: Patientenabrechnungen enthalten einen Hinweis darauf, dass der Patient verpflichtet ist, MHHS über alle vorhandenen Krankenversicherungsdeckungen zu informieren, einen Hinweis auf die MHHS-FAP, eine Telefonnummer zur Beantragung von Finanzierungshilfen und eine Internetadresse, unter der die FAP-Unterlagen erhältlich sind..

- g. Post oder Fax: Patienten können unter der unten angegebenen Adresse kostenlose Kopien dieser Unterlagen per Post oder Fax anfordern. Dabei müssen sie ihren vollständigen Namen und eine Rücksendeadresse angeben, an die MHHS die Unterlagen senden soll.

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood Drive
Suite 3.100
Houston, Texas 77024

oder per Fax an:
713-338-4261

- 2. Feststellung der Anspruchsberechtigung: Die Finanzierungshilfe wird im Rahmen eines Verfahrens ermittelt, bei dem der individuelle Finanzbedarf des Patienten beurteilt wird. Das Verfahren besteht aus den folgenden Teilen:

- a. Auf Grundlage der in Abschnitt 4 unten beschriebenen Kriterien wird eine vorläufige Anspruchsberechtigung ermittelt. Hat ein Patient vorläufig Anspruch auf Finanzierungshilfe, ist kein Antrag auf eine solche Finanzierungshilfe erforderlich. Von Patienten bzw. Bürgen wird jedoch erwartet, am Überprüfungsverfahren mitzuwirken und die für die Bestimmung der vorläufigen Anspruchsberechtigung erforderlichen Personen- und Finanzdaten im Voraus beizubringen.
- b. Das Antragsverfahren für Finanzierungshilfen ist ein Verfahren, bei dem der Patient bzw. Bürge zur Mitwirkung verpflichtet ist und bei dem er Personen- und Finanzdaten sowie entsprechende Nachweise vorlegen muss.
- c. MHHS unternimmt angemessene Anstrengungen, um festzustellen, ob eine Person berechtigt ist, Finanzierungshilfen in Anspruch zu nehmen.

Zusätzlich unternimmt MHHS die folgenden Schritte, um Patienten über die MHHS-FAP/die Anspruchsberechtigung eines Patienten auf Finanzierungshilfen zu informieren:

- i. Unvollständige Anträge: Reicht ein Patient bzw. seine Familie einen unvollständigen Antrag ein, legt MHHS in einer schriftlichen Mitteilung dar, welche weiteren Angaben bzw. Unterlagen binnen 45 (fünfundvierzig) Tagen nach der ersten Antragstellung benötigt werden.
 - ii. Patientenabrechnungen: Patientenabrechnungen enthalten einen Hinweis darauf, dass der Patient verpflichtet ist, MHHS über alle vorhandenen Krankenversicherungsdeckungen zu informieren, sowie einen Hinweis auf die FAP von MHHS, eine Telefonnummer zur Beantragung von Finanzierungshilfen und eine Internetadresse, unter der die FAP-Unterlagen erhältlich sind.
 - iii. MHHS-Website: Auf den Internetseiten von MHHS wird an einer gut sichtbaren Stelle darauf hingewiesen, dass Finanzierungshilfen zur Verfügung stehen. Dabei wird auch das Antragsverfahren erläutert.
Auf der MHHS -Website:
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram>
 - iv. MHHS veröffentlicht diese FAP zusammen mit einer Liste von Anbietern, die von der FAP abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, einer Zusammenfassung in vereinfachter Sprache, dem Antrag auf Finanzierungshilfe und seiner Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso.
 - v. Auf Anfrage verfügbare Dokumente: MHHS stellt auf Anfrage kostenlose gedruckte Versionen seiner FAP zusammen mit einer Liste von Anbietern, die laut FAP abgedeckt bzw. nicht abgedeckt sind, einer Zusammenfassung in vereinfachter Sprache, dem Antrag auf Finanzierungshilfe und der Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso in der Notaufnahme und den Empfangsbereichen zur Verfügung.
- d. Verwendung öffentlich zugänglicher externer Datenquellen für Angaben zur Zahlungsfähigkeit eines Patienten oder Bürgen einschließlich Bonitätswerten von TransUnion;
- e. Prüfung der Außenstände des Patienten aus früheren von MHHS erbrachten Leistungen sowie Zahlungshistorie und frühere Forderungsausfälle;

- f. Die Höhe der von MHHS angebotenen Finanzierungshilfe richtet sich nach Einkommen, Familiengröße und FPL. Sowohl unversicherte als auch versicherte Patienten können Finanzierungshilfen beantragen; und
- g. Die Anspruchsberechtigung eines Patienten auf Finanzierungshilfen richtet sich nach den unten aufgeführten Kriterien und kann je nach Finanzlage des Patienten, mildernden Umständen und der Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen Dritter variieren.
- h. Auf Grundlage der FPL werden die folgenden Kriterien herangezogen, um Ermäßigungen für unversicherte und unterversicherte Patienten zu ermitteln, die für eine finanzielle Unterstützung infrage kommen. Bei unterversicherten Patienten muss der Versicherung eine Rechnung zugestellt worden sein, bevor sie für eine finanzielle Unterstützung infrage kommen. Ermäßigungen, die anspruchsberechtigten Patienten gewährt werden, werden mit den AGB-Obergrenzen verglichen, um sicherzustellen, dass den Patienten höchstens die AGB in Rechnung gestellt werden.
- i. Kostenlose Behandlung
 - i. Ist das Jahresbruttoeinkommen eines unversicherten Patienten niedriger als oder gleich 200 % (zweihundert Prozent) der aktuellen Federal Poverty Guidelines gemäß Gross Income Financial Assistance Eligibility Table (Anhang C – Federal Poverty Guidelines), hat der Patient (bzw. der verantwortliche Beteiligte) Anspruch auf eine kostenlose Behandlung (100 % Ermäßigung) und schuldet keinerlei Zahlung.
 - ii. Patienten mit primärer Krankenversicherung über Medicare, die Anspruch auf eine ergänzende Medicaid-Versicherung haben, erhalten eine Ermäßigung in Höhe von 100 % (einhundert Prozent) auf den nach Medicaid verbleibenden Restbetrag bei Vorlage einer gerichtlich entschiedenen Forderung von THMP oder Managed Medicaid.
- j. Ermäßigte Behandlung: Patienten/Personen, deren jährliches Bruttoeinkommen zwischen 200 % (zweihundert Prozent) und 400 % (vierhundert Prozent) der aktuellen Federal Poverty Guidelines beträgt, haben unter Umständen Anspruch auf eine Ermäßigung gegenüber den üblicherweise berechneten Beträgen (AGB) für versicherte Patienten.
- k. Vorläufige Anspruchsberechtigung: Unversicherte Patienten können als anspruchsberechtigt für Finanzierungshilfen eingestuft werden, wenn eines der unten aufgeführten Kriterien erfüllt ist. Bei Nachweis von mindestens einem Kriterium ist kein zusätzlicher Einkommensnachweis erforderlich. Die unten stehende Liste gilt für den Fall, dass das

Bruttoeinkommen des Patienten weniger als das Zweifache der FPL beträgt und er Anspruch auf eine Ermäßigung der Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen um 100 % (einhundert Prozent) hat. Die Prüfung der vorläufigen Anspruchsberechtigung unversicherter Patienten ist schnellstmöglich nach Erhalt der berechtigten Leistungen und vor der Ausstellung der entsprechenden Rechnung abzuschließen. Bei Anzeige einer möglichen vorläufigen Anspruchsberechtigung behält MHHS Patientenabrechnungen für die Dauer von 30 (dreißig) Tagen ein, solange die Prüfung auf eine vorläufige Anspruchsberechtigung andauert. Patienten mit einer zusätzlichen Versicherung (außer bundesstaatlichen bzw. einzelstaatlichen Förderprogrammen wie Medicaid) kommen für eine vorläufige Anspruchsberechtigung nicht infrage und müssen daher einen Antrag auf Finanzierungshilfen stellen.

- I. Unversicherte Patienten, die die folgenden Kriterien erfüllen, gelten als vorläufig anspruchsberechtigt für eine Ermäßigung der Notfall- bzw. berechtigten Behandlungskosten um 100 % (einhundert Prozent):
 - i. Obdachlose und Empfänger von Leistungen einer Obdachlosenklirik;
 - ii. Personen, die an einem Women, Infants and Children Program (WIC) teilnehmen;
 - iii. Personen, die Anspruch auf Lebensmittelmarken haben;
 - iv. Personen, die am Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) teilnehmen;
 - v. Personen, die an staatlichen oder kommunalen Hilfsprogrammen teilnehmen (z. B. Medicaid Spend Down);
 - vi. Personen, die in einer Sozialwohnung gemeldet sind;
 - vii. Personen, die Unterstützung für medizinische Leistungen erhalten (grant assistance);
 - viii. Entmündigte/geistig behinderte Personen (mental incapacitation) ohne Vormund;
 - ix. Personen, die in der jüngsten Vergangenheit Privatinsolvenz angemeldet haben;
 - x. Strafgefangene;
 - xi. Verstorbene ohne bekannten Nachlass;
 - xii. Personen, die mithilfe eines elektronischen Scoring-Modells (siehe unten) bestimmt werden.

- m. Elektronisches Scoring-Modell: Wenn ein unversicherter Patient oder Bürge den Antrag auf Finanzierungshilfen nicht abschließt oder die für die Ermittlung seiner Anspruchsberechtigung erforderlichen Finanzunterlagen nicht vorlegt, kann das Konto mithilfe eines elektronischen Scoring-Modells (ESM) überprüft werden, das auf Grundlage von Finanzklasse, früheren Ausgleichszahlungen, Beschäftigungsverhältnis, Postleitzahl, Alter, Zahlungs- und Kreditgeschichte, Kontostand und Zulassungsquelle Bonitätswerte

ermittelt. Ergibt der ESM-Wert, dass der Kunde mit hoher Wahrscheinlichkeit für Finanzierungshilfen infrage kommt, wird eine vorläufige Anpassung gemäß dieser Richtlinie vorgenommen.

- n. Unterversicherte Patienten werden für die vorläufige Anspruchsberechtigung in Betracht gezogen, wenn der Patient verstirbt und ein Restguthaben ohne bekannten Nachlass besteht.
- o. Berechtigungsfrist
 - i Für unversicherte Patienten wird für diese spezielle Behandlungsepisode finanzielle Unterstützung gewährt, die durch die vorläufige Anspruchsberechtigung festgelegt wurde. Um finanzielle Unterstützung für offene Salden und über die aktuelle Versorgungsepisode hinaus zu erhalten, muss ein Antrag auf Finanzierungshilfe gestellt werden.
 - ii Bei unversicherten Patienten, für die eine Finanzierungshilfe genehmigt wurde, wird diese auf alle Selbstzahlerleistungen angewendet, rückwirkend für 6 Monate ab dem Datum, an dem die Anspruchsberechtigung festgestellt wurde. Ausgenommen hiervon sind Patienten mit vorläufiger Anspruchsberechtigung. Während dieses Zeitraums sind keine weiteren Maßnahmen seitens des Patienten/Bürgen erforderlich. Der Patient muss MHHS alle wesentlichen Änderungen in der finanziellen Situation des Patienten unverzüglich mitteilen. Meldet ein Patient eine wesentliche Erhöhung seines Bruttoeinkommens nicht, können alle von MHHS gewährten Finanzierungshilfen ab dem Datum dieser wesentlichen Verbesserung ungültig werden.

3. Antragsverfahren

- a. Antragsstellung: Der Antrag auf Finanzierungshilfe muss ausgefüllt und zusammen mit den entsprechenden Nachweisen eingereicht werden. Kostenlose Kopien des Antragsformulars stehen zum Download auf der MHHS-Internetseite bereit:
<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram>. Kostenlose Druckversionen erhalten Sie auch in der Notaufnahme und in den Empfangsbereichen im Krankenhaus. Diese können Sie auch postalisch oder telefonisch unter 713-338-5502 oder 1-800-526-2121, Option 5, anfordern.
- b. Antragsteller können den ausgefüllten Antrag und die zugehörigen Nachweise an den Finanzberater des Krankenhauses schicken oder an die unten angegebene Adresse richten. Den Finanzberater eines Krankenhauses können Sie direkt am Informationsschalter erfragen. Wenden Sie sich bei Fragen zum Antragsverfahren, für Hilfe beim Ausfüllen der Antragsunterlagen und für aktuelle Informationen zum Stand des

Antragsverfahrens an die Finanzberater der Krankenhäuser, die Sie persönlich oder unter 713-338-5502 oder 1-800-526-2121, Option 5, sprechen können.

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

Memorial Hermann Health System
Attn.: Financial Assistance
909 Frostwood Drive
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
FAX: 713-338-4261

- d. Anträge auf finanzielle Unterstützung oder vorläufige Anspruchsberechtigung können von einer der folgenden Personen innerhalb des Antragszeitraums initiiert werden: (i) vom Patienten oder Bürgen, (ii) von einem Vertreter des Patienten oder Bürgen, (iii) von einem MHHS-Vertreter im Namen des Patienten oder Bürgen oder (iv) vom behandelnden Arzt des Patienten.
- e. Ungeachtet sonstiger Bestimmungen in dieser FAP ist es Aufgabe des Patienten, am Antragsverfahren zur Gewährung von Finanzierungshilfen mitzuwirken und uneingeschränkt zu kooperieren. Hierzu zählt auch die Pflicht, Informationen zu vorhandenen weiteren Krankenversicherungen vorzulegen und alle erforderlichen Unterlagen und Nachweise für die Beantragung anderer staatlicher oder sonstiger Programme (z. B. Medicare, Medicaid, Haftpflichtversicherung, Entschädigung für die Opfer von Straftaten etc.) und die Ermittlung der Anspruchsberechtigung für weitere Finanzierungshilfen beizubringen. Zuwiderhandlungen können sich nachteilig auf die Gewährung von Finanzierungshilfen für den Patienten auswirken. Wir bitten alle Patienten, die erforderlichen Angaben, Nachweise und Unterlagen binnen 30 (dreißig) Tagen nach einer dahingehenden Aufforderung durch MHHS einzureichen, sofern gegenüber MHHS keine zwingenden Gründe vorgebracht werden. Außer im Falle einer vorläufigen Anspruchsberechtigung muss der Antrag auf Gewährung von Finanzierungshilfen vom Patienten/Bürgern oder von dessen gesetzlichem Vertreter ausgefüllt und unterzeichnet werden.
- f. Ein Finanzberater steht den Antragstellern während des Antragsverfahrens mit Rat und Tat zur Seite. Ist der Patient verstorben und wird keine zuständige Stelle benannt, kann ein MHHS-Vertreter eine Anfrage erstellen und den Antrag auf Grundlage der vorliegenden Informationen und Unterlagen stellen.

4. Familieneinkommen

- a. Patienten können eines oder mehrere der folgenden Dokumente zum Nachweis des Familieneinkommens vorlegen, sofern diese

vorhanden sind. Gibt es in der Familie des Patienten mehr als einen Beschäftigten, sind die folgenden Unterlagen von allen beschäftigten Personen vorzulegen:

- i. die zuletzt eingereichte Steuererklärung,
 - ii. die Formulare W-2 und 1099 in ihrer aktuellen Fassung,
 - iii. die letzte Lohnabrechnung (bzw. eine Kopie von Arbeitslosenerklärung, Sozialversicherungsbescheinigung etc.),
 - iv. bei Bargehalt eine entsprechende Erklärung des Arbeitgebers,
 - v. weitere Nachweise Dritter über das Familieneinkommen.
 - b. Anträge auf die Gewährung von Finanzierungshilfen gelten bei Nichtvorlage entsprechender Unterlagen nicht als unvollständig, wenn der Patient mindestens einen der oben aufgeführten Nachweise zum Einkommen jedes Familienangehörigen (einschließlich des Patienten) vorlegt und die Bescheinigung unterzeichnet bzw. nur die Bescheinigung unterzeichnet, sofern der Patient nicht in der Lage ist, die entsprechenden Nachweise vorzulegen.
 - c. Außer im Falle einer voraussichtlichen Anspruchsberechtigung ist der Antragsteller verpflichtet, die Antragsbescheinigung zu unterzeichnen. MHHS kann Entscheidungen zurücknehmen oder verändern, wenn aus späteren Nachweisen hervorgeht, dass der Antragsteller falsche Angaben gemacht hat.
 - d. Zusätzliche Belege: Laut MHHS-FAP sind keine Belege zu Vermögen und Aufwendungen erforderlich. Den Antragstellern steht es jedoch frei, zusätzliche Nachweise hinsichtlich ihres Vermögens, ihrer Aufwendungen, ihres Einkommens, ausstehender Schulden oder anderer Umstände vorzulegen, die eine finanzielle Notlage belegen, wenn sie eine Finanzierungshilfe beantragen wollen, die größer als die ihnen laut FAP zustehende ist oder dieser gleicht.
5. Falsche oder irreführende Informationen: Wenn festgestellt wird, dass ein Antragsteller wissentlich im Wesentlichen falsche oder irreführende Angaben hinsichtlich seiner Fähigkeit gemacht hat, seine Gesundheitskosten zu tragen, kann MHHS sowohl laufende als auch künftige Anträge dieses Antragstellers ablehnen. Bei falschen Angaben, die ohne böse Absicht gemacht werden, orientiert sich MHHS bei seiner Entscheidung an den korrigierten Angaben. Wurde aufgrund wissentlich abgegebener, im Wesentlichen falscher Angaben bereits eine Finanzierungshilfe gewährt, kann MHHS diese Gewährung für nichtig erklären und behält sich das Recht vor, fällige Beträge vom Patienten zurückzufordern. Wurden unbeabsichtigt im Wesentlichen falsche Angaben gemacht, prüft MHHS seine Entscheidung auf Grundlage der korrigierten Angaben.

QUERVERWEISE:

Richtlinie zur Übertragung von Patienten (Compliance mit dem EMTALA und dem Texas Transfer Act)

Richtlinie über finanzielle Unterstützung – Zusammenfassung in vereinfachter Sprache

Beihilfeantrag

Richtlinie für Rechnungsstellung und Inkasso

ANHÄNGE:

Anhang A – Memorial Hermann Hospital Facilities

Anhang B – Amounts Generally Billed Calculation

Anhang C – Federal Poverty Guidelines