



Titel: Banner Health Richtlinie zur finanziellen Unterstützung von Krankenhauspatienten	
Nummer: 770, Version: 5	Ursprüngliches Datum: 10.06.2019
Gültig ab: 06.07.2023	Datum der letzten Überprüfung/Revision: 06.07.2023
Nächstes Überprüfungsdatum: 06.07.2026	Autoren: Alex Paraison, Jonathan McGee, Adrienne Moore
Genehmigt von: Ausschuss für Verwaltungspolitik, Banner Health - Vorstand, PolicyTech-Verwalter	
Diskrete Betriebseinheit/Einrichtung: Krankenhäuser Banner Baywood Medical Center Banner Behavioral Health Hospital Banner Boswell Medical Center Banner Casa Grande Medical Center Banner Children's at Desert Banner Churchill Community Hospital Banner Del E Webb Medical Center Banner Desert Medical Center Banner Estrella Medical Center Banner Fort Collins Medical Center Banner Gateway Medical Center Banner Goldfield Medical Center Banner Heart Hospital Banner Ironwood Medical Center Banner Lassen Medical Center Banner McKee Medical Center Banner North Colorado Medical Center Banner Ocotillo Medical Center Banner Payson Medical Center Banner Thunderbird Medical Center Banner--University Medical Center Phoenix Banner--University Medical Center South Banner--University Medical Center Tucson East Morgan County Hospital Ogallala Community Hospital Page Hospital Platte County Memorial Hospital Sterling Regional Medical Center Torrington Community Hospital Washakie Medical Center Wyoming Medical Center	Banner Corporate Banner Medical Group Banner-University Medical Group

I. Zweck/Bevölkerung:

- A. Zweck: Diese Richtlinie und das hierin beschriebene Finanzhilfprogramm ("FA-Programm") sollen eine nicht diskriminierende und einheitliche Methode für die Bereitstellung kostenloser oder ermäßigter Notfall- und anderer medizinisch notwendiger (nicht wählbarer) Behandlungen in den Krankenhäusern von Banner Health ("BH") festlegen. Diese Richtlinie legt auch die Abrechnungs- und Inkassorichtlinien für alle Krankenhausleistungen fest, die den Patienten in Rechnung gestellt werden.
- B. Zielgruppe: alle Mitarbeitenden.

II. Definitionen:

- A. Allgemein in Rechnung gestellte Beträge (AGB) - der Betrag, den ein Krankenhaus versicherten Patienten für eine abgedeckte Leistung in der Regel in Rechnung stellt, ermittelt nach der "look-back Methode" gemäß 26 CFR 1.501(r) - 5(b)(3). Die AGB-Prozentsätze für jedes Krankenhaus finden Sie online unter:
https://www.bannerhealth.com/-/media/files/project/bh/patients_visitors/billing/financial-assistance/agb-summar.yashx
- B. Saldo nach Versicherung (BAI) - jeder Betrag, den der Patient nach Abschluss der Versicherungszahlungen schuldet (z.B. Selbstbeteiligungen, Zuzahlungen und Mitversicherungen). Die BAI beinhaltet nicht den Kostenanteil eines Medicaid-Patienten für abgedeckte Leistungen (der vom Staat als Betrag festgelegt wird, den der Patient zahlen muss, damit er Anspruch auf Medicaid hat), und BH ist nicht befugt, finanzielle Unterstützung zur Finanzierung oder zum Erlass auf diesen Betrag zu leisten.
- C. Kostenlose Versorgung- Abgedeckte Leistungen, die für einen Patienten erbracht werden und für die der Patient keinen Anteil zu zahlen hat.
- D. Abgedeckte Leistungen- medizinisch notwendige Leistungen, die in einem Krankenhaus erbracht werden.
- E. Ermäßigte Versorgung- abgedeckte Leistungen, die für einen Patienten erbracht werden und für die der Patient einen ermäßigten Betrag zahlt.
- F. Notfall- ist ein medizinischer Zustand eines Patienten, der durch das plötzliche Auftreten eines Gesundheitszustands mit akuten Symptomen entstanden ist, die ohne sofortige medizinische Behandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer ernsthaften Gefährdung der Gesundheit des Patienten, zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Körperfunktionen des Patienten oder zu einer schwerwiegenden Funktionsstörung eines Körperorgans oder Körperteils führen.
- G. Bundesarmutsgrenze (FPL)- das jährliche Einkommensniveau für verschiedene Haushaltsgrößen, wie von der Bundesregierung festgelegt.
- H. Finanzhilfprogramm (FA-Programm)- Das Programm von BH, das die Bereitstellung von Kostenlose Versorgung und Ermäßigte Versorgung regelt.
- I. Krankenhaus- jedes Krankenhaus, das BH gehört oder von BH geleast wird (mit Ausnahme von Krankenhäusern in Kalifornien).

- J. Krankenhausdienstleister- Ärzte und anderes medizinisches Personal, die in einem Krankenhaus Notfall- oder andere medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen erbringen, wie in Anhang A nach Gruppe oder Abteilung aufgeführt.
- K. Medicaid- alle staatlichen Versicherungsprogramme, einschließlich (aber nicht beschränkt auf) Medicaid, AHCCCS, CICP und FES.
- L. Medizinisch bedürftiger Patient - ein Haushalt mit medizinischen Ausgaben, die in den letzten zwölf Monaten angefallen sind, wobei der Anteil, für den der Haushalt verantwortlich ist, 50 % des Gesamteinkommens des Haushalts für dieses Jahr übersteigt. Um festzustellen, ob es sich bei einem Haushalt um einen "Medizinisch bedürftigen Haushalt" handelt, werden alle medizinischen Kosten berücksichtigt, einschließlich der Kosten außerhalb von BH.
- M. Medizinisch notwendig- von einem Krankenhaus erbrachte Leistungen, die alle folgenden Kriterien erfüllen:
 - 1. Werden zur Behandlung einer Krankheit, Verletzung, eines Gesundheitszustands, einer Erkrankung oder ihrer Symptome benötigt;
 - 2. Stehen im Einklang mit der Diagnose und der Behandlung der Erkrankungen des Patienten;
 - 3. Werden gemäß den Standards guter medizinischer Praxis bereitgestellt;
 - 4. Werden nicht zur Bequemlichkeit des Patienten oder des Arztes des Patienten bereitgestellt; und
 - 5. stellen die für den Patienten am besten geeignete Pflegestufe dar, die sich nach dem Gesundheitszustand des Patienten und nicht nach seiner finanziellen oder familiären Situation richtet.

Leistungen, die von einem Krankenhaus zur Behandlung eines Notfalls erbracht werden, gelten als medizinisch notwendig.

- N. Patientenbilanzmanagement (PBM)– die Betriebseinheit von BH, die für die Abrechnung und den Einzug von Selbstzahlerkonten für Krankenhausleistungen, einschließlich Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen, zuständig ist.
- O. Selbstzahler-Satz- 125 % der geltenden AGB für eine versicherte Leistung.
- P. Versicherung durch Dritte - eine Einrichtung (Unternehmen, Betriebskrankenkasse oder -fonds, Krankenversicherungsmarktplatz, Kfz-Krankengeld, Arbeitnehmerentschädigung usw.) eine andere Person als der Patient (oder der Bürge), die die gesamten oder einen Teil der Arztrechnungen des Patienten bezahlt.
- Q. Unterversicherter Patient - ein Patient mit Versicherung durch Dritte, aber mit finanziellen Einschränkungen oder Mitverantwortung, einschließlich Selbstbeteiligungen, Zuzahlungen und Mitversicherungen, der Ausgaben, die seine finanziellen Möglichkeiten übersteigen, selbst bezahlen muss
- R. Nicht versicherter Patient - ein Patient ohne Versicherung durch Dritte, der nicht an einem staatlichen Versicherungsprogramm teilnimmt. Nicht versicherten Patienten wird zunächst der Selbstzahlertarif für abgedeckte Leistungen berechnet.

III. Richtlinie:

- a. Nichtdiskriminierung. BH bietet allen Patienten eine hochwertige Gesundheitsversorgung, unabhängig von Ethnie, Hautfarbe, Religion, Geschlecht, nationaler Herkunft, Behinderung, Alter, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität, Veteranenstatus und/oder Zahlungsfähigkeit.

- b. Umfang.
 - i. Medizinisch notwendige Krankenhausleistungen. Diese Richtlinie gilt nur für gedeckte Leistungen in BH Krankenhäusern, vorbehaltlich der unten aufgeführten Ausschlüsse.
 - ii. Krankenhausanbieter. Diese Richtlinie gilt nicht für alle Krankenhausanbieter. In Anhang A ist aufgeführt, welche Krankenhausbienleister nach Abteilung oder Gruppe unter diese Richtlinie fallen und welche nicht darunter fallen.
 - iii. Kalifornisches Krankenhaus. Das Banner Lassen Medical Center in Susanville, Kalifornien, ist von dieser Richtlinie ausgeschlossen. Diese Einrichtung unterliegt der Richtlinie für finanzielle Unterstützung des Banner Lassen Medical Center (Nr.. 3658).
 - iv. Andere Einrichtungen außer Krankenhäuser. Diese Richtlinie gilt nicht für BH-Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (z. B. Banner Imaging, Banner Urgent Care Zentren) oder Anbieter außerhalb des Krankenhauses (z. B. bestimmte Ärzte, Anbieter fortgeschrittener Verfahren). Solche BH-Einrichtungen und Anbieter außerhalb des Krankenhauses unterliegen der Banner Health Richtlinie für finanzielle Unterstützung für Arztpraxen/Kliniken/häusliche Krankenpflege (Nr..1455) .

- c. FA-Programm. Mit dieser Richtlinie wird ein BH FA-Programm eingeführt, das auf der Grundlage des Haushaltseinkommens des Patienten und der Höhe der medizinischen Ausgaben bestimmt, ob ein Patient für kostenlose Versorgung oder Ermäßigten Versorgung in Frage kommt. Finanzielle Unterstützung für abgedeckte Leistungen wird für Patienten gewährt, die folgende Voraussetzungen erfüllen: (1) Nicht versicherte Patienten oder unterversicherte Patienten, die die Haushaltseinkommensrichtlinien gemäß dieser Richtlinie erfüllen, und/oder (2) Mitglieder eines medizinisch bedürftigen Haushalts sind.
 - i. Finanzielle Unterstützung auf der Grundlage des Haushaltseinkommens. Nicht versicherte Patienten und unterversicherte Patienten haben in folgenden Fällen Anspruch auf finanzielle Unterstützung auf der Grundlage des Haushaltseinkommens: (1) wenn ihr Haushaltseinkommen 400 % der FPL oder weniger beträgt; und (2) sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen oder als vermutlich berechtigt eingestuft werden (siehe Abschnitt 111.D.iv dieser Richtlinie). Die Höhe der finanziellen Unterstützung, die BH genehmigten nicht versicherten Patienten und unterversicherten Patienten gewährt, wird, wird gemäß den folgenden Tabellen festgelegt:

Krankenhäuser in anderen Bundesstaaten als Colorado		
Haushaltseinkommen	Rabatt angewendet- Unversichert	Rabatt angewendet- Unterversichert
< 200 % des FPL	100% Rabatt auf AGB	100 % Rabatt auf BAI
200 % - 300 % FPL	75 % Rabatt AGB	75 % Rabatt BAI
> 300 % - 400 % FPL	50 % Rabatt AGB	50 % Rabatt BAI

Patienten aus Colorado, die in einem Krankenhaus in Colorado behandelt werden, können gemäß Colorado HB 21-1198 (Health Care Billing Requirements for Indigent Patients) Anspruch auf höhere Rabatte haben.

Colorad Krankenhäuser		
Haushaltseinkommen	Angewandter - Rabatt unversichert	Angewandeter Rabatt - Unterversichert
< 200 % des FPL	100 % Rabatt	100 % Rabatt BAI
200 %- 250 % FPL	Colorado Ermäßigte Pflegetarife (CDCP) bei Genehmigung. Wenn nicht für CDCP zugelassen, 75 % Rabatt AGB	Colorado Ermäßigte Pflegetarife (CDCP) bei Genehmigung. Wenn nicht für CDCP zugelassen, 75 % Rabatt BAI
> 250 % - 300 % FPL	75 % Rabatt AGB	75 % Rabatt BAI
> 300 % - 400 % FPL	50 % Rabatt AGB	50 % Rabatt BAI

- ii. Finanzielle Unterstützung aufgrund des Status als medizinisch bedürftiger Haushalt. Nicht versicherte Patienten und unterversicherte Patienten können in folgenden Fällen aufgrund des Status als medizinisch bedürftiger Haushalt finanzielle Unterstützung erhalten: (1) der Patient ist Mitglied eines medizinisch bedürftigen Haushalts und (2) der Patient reicht einen ausgefüllten Antrag für diese finanzielle Unterstützung ein.
- Nicht versicherte Patienten und unterversicherte Patienten mit einem Haushaltseinkommen von 400 % der FPL oder weniger. Nicht versicherte Patienten und unterversicherte Patienten, die gemäß Abschnitt 111.C.i dieser Richtlinie finanzielle Unterstützung auf der Grundlage des Haushaltseinkommens erhalten, können auch finanzielle Unterstützung auf der Grundlage des Status eines medizinisch bedürftigen Haushalts erhalten, wenn *nach der Anwendung des Rabatts gemäß Abschnitt III.C.i*, der Haushalt weiterhin die Definition eines medizinisch bedürftigen Haushalts erfüllt. Im Falle einer Genehmigung gewährt BH diesen Patienten einen Rabatt von 75 % auf den Restbetrag.
 - Nicht versicherte Patienten mit einem Haushaltseinkommen von mehr als 400 % der FPL. Nicht versicherten Patienten mit einem

Haushaltseinkommen von mehr als 400 % der FPL wird zunächst der Selbstzahlertarif für abgedeckte Leistungen in Rechnung gestellt. BH bietet nicht versicherten Patienten, die sich als Mitglied eines medizinisch bedürftigen Haushalts qualifizieren, einen Rabatt von 75% auf den Selbstzahlertarif für abgedeckte Leistungen.

- Unterversicherte Patienten mit einem Haushaltseinkommen von mehr als 400 % der FPL. BH gewährt unterversicherten Patienten, die aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einem medizinisch bedürftigen Haushalt Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, einen Rabatt von 75 % auf den BAI des Patienten.

- iii. Maximale Gebühr für anspruchsberechtigte Patienten. Nicht versicherten oder unterversicherten Patienten, die im Rahmen dieser Richtlinie finanzielle Unterstützung erhalten, dürfen für abgedeckte Leistungen nicht mehr als die AGB in Rechnung gestellt werden. Für den Fall, dass die Anwendung der Tabellen in Abschnitt 111.C.i auf die abgedeckten Leistungen zu einem Ergebnis führt, das die AGB übersteigt, wird die Gebühr für diese abgedeckten Leistungen auf die AGB verringert.

- iv. Beantragung von Finanzhilfe. Sofern nicht festgestellt wird, dass sie vermutlich für eine finanzielle Unterstützung gemäß Abschnitt 111.D.iv unten in Frage kommen, müssen die Patienten einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen. Patienten können einen Antrag auf finanzielle Unterstützung persönlich in einem Krankenhaus erhalten oder über die BH-Webseite. Patienten können auch telefonisch unter 1-888-264-2127 einen Antrag anfordern, der ihnen per Post zugesendet wird. Alle Anträge auf finanzielle Unterstützung müssen entweder persönlich im Krankenhaus abgegeben, per Post an die auf dem Antragsformular angegebene Adresse gesendet oder gemäß den Anweisungen auf der BH-Website eingereicht werden.

- v. Einkommens-/Zahlungsfähigkeitsnachweis
 - Das Einkommen des Patienten wird anhand der folgenden, vom Patienten vorzulegenden Unterlagen überprüft:
 - Einkommensteuererklärungen des Vorjahres,
 - die drei letzten Lohnabrechnungen; und/oder
 - die letzten drei Kontoauszüge von Spar- und Girokonten.

 - Wenn ein Patient kein dokumentiertes Einkommen hat und/oder nicht verpflichtet ist, eine Steuererklärung gemäß US-Einkommenssteuern abzugeben (z. B., ein Patient im Ruhestand), kann BH die Zahlungsfähigkeit des Patienten beurteilen, indem er die Schulden des Patienten mit seinem Eigenkapital vergleicht. Zu den Schulden gehören alle monatlichen Ausgaben wie Wohnung, Auto, Gesundheitsversorgung usw. Zum Eigenkapital gehören liquide Mittel (Bargeld, Aktien, Anleihen und andere Vermögenswerte, die innerhalb von sieben Tagen liquidiert werden können), um ausstehende Rechnungen zu begleichen. BH gewährt Patienten mit einem Verschuldungsgrad von mehr als 50 % denselben Rabatt wie Patienten, die aufgrund ihres Status als medizinisch bedürftiger Haushalt Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben.

- vi. Benachrichtigung über die Feststellung der Anspruchsberechtigung.
Nach Feststellung der Anspruchsberechtigung für das FA-Programm, sendet BH unabhängig davon, ob der Patient für finanzielle Unterstützung in Frage kommt oder nicht, eine schriftliche Mitteilung über die Feststellung an die letzte bekannte Adresse des Patienten.
- vii. Anwendung von Rabatten zur finanziellen Unterstützung.
- Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, erhalten den entsprechenden Rabatt auf alle vom Patienten in Anspruch genommenen abgedeckten Leistungen: (i) innerhalb der letzten zwölf Monate ab dem Datum der Feststellung des Anspruchs; und (2) innerhalb von 180 Tagen nach dem Datum der Feststellung des Anspruchs.
 - Patienten, die finanzielle Unterstützung beantragen und bewilligt bekommen, aber bereits mindestens 5 US-Dollar mehr als den ermäßigten Preis für die abgedeckte Leistung bezahlt haben, erhalten den zu viel bezahlten Betrag zurück.
- d. Rechnungen und Inkasso. BH ist berechtigt, alle rechtlichen Schritte einzuleiten, einschließlich außerordentlicher Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collections Actions, "ECAs"), um die Zahlungen für erbrachte Leistungen zu erhalten, wenn die Zahlung 120 Tage nach dem Datum der ersten Abrechnung für diese Leistungen ("Mitteilungsfrist") noch nicht erfolgt ist. ECAs umfassen, sind aber nicht beschränkt auf die Einreichung einer Klage, die Eintragung eines Pfandrechts und die Meldung solcher Schulden an Kreditorenbüros.
- i. Anzahlungen. Ein Krankenhaus kann von einem nicht versicherten Patienten eine Anzahlung verlangen, bevor es eine Leistung erbringt, mit der Ausnahme, dass vor der Erbringung von Notfalldienstleistungen keine Anzahlung verlangt wird. Alle nicht versicherten Patienten müssen über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung informiert werden und auf Anfrage ein Antragsformular erhalten.
- ii. Einzelnes Patientenkonto. Wenn ein Patient mehr als eine Rechnung ausstehen hat, kann BH die ausstehenden Rechnungen in einer einzigen Rechnung zusammenfassen. Es wird jedoch keine ECA für eine Leistung eingeleitet, bevor die Meldefrist für diese bestimmte Leistung abgelaufen ist.
- iii. Benachrichtigung über ausstehende Rechnungen. Während der Meldefrist sendet BH den Patienten (und ggf. den Bürgen) Rechnungsauszüge an die zuletzt bekannte Adresse. Eine Rechnung enthält Folgendes:
- Eine Zusammenfassung der in der Rechnung aufgeführten Leistungen;
 - Die tatsächlichen Kosten für jede Leistung (einschließlich der Beträge, die einem Drittanbieter in Rechnung gestellt werden);
 - den Betrag, den der Patient (oder der Bürge) für jede Dienstleistung zu zahlen hat; und
 - Eine schriftliche Mitteilung, die den Empfänger über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung im Rahmen des FA-Programms informiert sowie eine verständliche Zusammenfassung des FA-Programms und Informationen dazu, wie die finanzielle Unterstützung beantragt werden kann ("Übersichtliche Zusammenfassung").

BH kann Patienten (und Bürgen) auch E-Mails und Textnachrichten senden, um sie über ihren ausstehenden Betrag zu informieren und ihnen die Möglichkeit zu geben, die Rechnungen digital einzusehen.

- iv. Voraussichtliche Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung. Bevor eine ECA eingeleitet wird, stellt BH entweder direkt oder über einen Drittanbieter fest, ob der Patient/Bürge auf der Grundlage des Haushaltseinkommens vermutlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. Eine solche Entscheidung wird in Übereinstimmung mit dem Verfahren zur Feststellung der voraussichtlichen Anspruchsberechtigung auf erweiterte finanzielle Unterstützung für nicht versicherte Patienten getroffen. Wenn festgestellt wird, dass ein Patient/Bürge aufgrund seines Haushaltseinkommens voraussichtlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, muss der Patient/Bürge keinen Antrag ausfüllen und die Rabatte in Abschnitt 111.C.i gelten gemäß Abschnitt 111.C.vii dieser Richtlinie automatisch für das Konto. Wenn der Patient/Bürge jedoch bereits für eine der abgedeckten Leistungen, für die der Rabatt gelten würde, bezahlt hat, stellt der Patient/Bürge einen Antrag im Rahmen des FA-Programms, der genehmigt werden muss, damit der Rabatt auf diese abgedeckten Leistungen angewendet werden kann.

- v. Letzte Einzugsbemühungen vor dem ECA. Vor der Einleitung einer ECA sendet BH eine Rechnung an die letzte bekannte Adresse des Patienten (und/oder des Bürgen), in der der Empfänger über die spezifischen ECAs informiert wird, die BH einzuleiten beabsichtigt, wenn der Patient/Bürge bis zum letzten Tag der Mitteilungsfrist nicht wie folgt geantwortet hat: (1) Beantragung einer finanziellen Unterstützung im Rahmen des FA-Programms; (2) Zahlung des gesamten fälligen Betrags; oder (3)

Abschluss einer Zahlungsvereinbarung mit BH. Diese Rechnung enthält das Dokument mit der Zusammenfassung in allgemeiner Sprache und wird mindestens 30 Tage vor Ablauf der Meldefrist versandt. BH muss außerdem angemessene Anstrengungen unternehmen, um den Patienten mündlich über das FA-Programm zu informieren und darüber, wie der Patient Unterstützung beim Antragsverfahren für das FA-Programm erhalten kann.

- Wenn der Patient einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung im Rahmen des FA-Programms einreicht, wird BH keine ECA einleiten, solange der Antrag noch aussteht.
- Reicht der Patient/Bürge einen unvollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung im Rahmen des FA-Programms ein, räumt BH dem Patienten/Bürgen eine angemessene Frist ein, um die für die Vervollständigung des Antrags erforderlichen Informationen bereitzustellen. Wenn der Patient/Bürge die angeforderten Informationen nicht innerhalb der angegebenen Frist vorlegt, kann BH eine ECA einleiten.
- Wenn der Patient/Bürge einen vollständigen Antrag auf finanzielle Unterstützung im Rahmen des FA-Programms einreicht, nachdem eine ECA eingeleitet wurde, wird diese ECA suspendiert, bis BH eine endgültige Entscheidung über die Berechtigung des Patienten/Bürgen für das FA-Programm getroffen hat.

- Wenn der Patient/Bürge eine Zahlungsvereinbarung mit BH trifft, kann BH nach drei aufeinanderfolgenden Zahlungsausfällen eine ECA einleiten.
- e. Abschreibungen und Anpassungen.
- i. Anspruchsberechtigung. Unabhängig davon, ob ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen des FA-Programms hat, gewährt BH nicht versicherten Patienten einen Rabatt von 100% auf eine abgedeckte Leistung und verzichtet auf die BAI für unterversicherten Patienten, wenn:
 - Der Patient meldet sich innerhalb von 12 Monaten bei Medicaid an, *nachdem* die abgedeckte Dienstleistung erbracht wurde; oder
 - Der Patient meldet sich zum Zeitpunkt der Erbringung der abgedeckten Dienstleistung bei Medicaid an, aber Medicaid stellt keine Mittel zur Bezahlung der abgedeckten Leistung zur Verfügung oder Medicaid verweigert die Kostenübernahme für die abgedeckte Leistung.
 - ii. Genehmigungsbehörde für Abschreibungen. Alle Abschreibungen und Anpassungen müssen gemäß den folgenden Bestimmungen genehmigt werden:
 - Abschreibungen/Anpassungen bis zu 5.000 US-Dollar müssen vom PBM-Manager genehmigt werden
 - Abschreibungen/Anpassungen von 5.000 US-Dollar und mehr müssen vom PBM-Direktor genehmigt werden. Der PBM-Direktor kann diese Befugnis an den Finanzvorstand des Krankenhauses delegieren.
- f. Vorbehalt des Rechts auf Rückerstattung von Gebühren durch Dritte. Wenn ein Dritter für einen Teil der BH-Rechnung eines Patienten rechtlich haftbar gemacht wird, wird BH von diesem Dritten die vollständige Erstattung aller dem Patienten entstandenen Kosten zum anwendbaren vertraglichen oder staatlichen Satz oder, falls es keinen anwendbaren vertraglichen oder staatlichen Satz gibt, zum Selbstzahlertarif verlangen, unabhängig davon, ob dem Patienten im Rahmen des FA-Programms eine finanzielle Unterstützung gewährt wurde.
- g. Außerhalb des Netzes und abgelehnte Leistungen. Patienten außerhalb des Netzes und Patienten, deren Ansprüche von ihrer privaten Versicherungsgesellschaft abgelehnt wurden, wird zunächst der Selbstzahler-Tarif für alle abgedeckten Leistungen in Rechnung gestellt.

IV. Verfahren/Eingriffe:

A. K/A

V. Verfahrensdokumentation:

A. K/A

VI. Zusätzliche Informationen:

A. K/A

VII. Referenzen:

- A. Patient Protection and Affordable Care Act, Section 9007
- B. Internal Revenue Code, Abschnitt 501(r)

- C. Colorado Indigent Care Program, C.R.S. 25.5-3 (HB 21-1198)
- D. 29 C.F.R. §1.501(r)-1 bis §1.501(r)-7
- E. Notice 2015-46, Internal Revenue Bulletin 2015-28 (July 13, 2015)
- F. 79 Fed Reg 78954-79016

VIII. Andere verwandte Richtlinien/Verfahren:

- A. Banner Lassen Medical Center Financial Assistance Policy for Hospital Patients (#3658)
- B. Banner Health Non-Hospital Facilities Financial Assistance Policy (#1455)

IX. Schlüsselwörter und Schlüsselphrasen:

- A. Programm zur finanzielle Unterstützung
- B. Patientenhilfsprogramm
- C. Unversicherte Patienten
- D. Rechnung
- E. Einziehungen
- F. Kostenlose Versorgung
- G. Selbstzahler-Rabatt

X. Anhang:

- A. Liste der Krankenhausanbieter

ANHANG A

Liste der Krankenhausanbieter

Die folgende Liste enthält die Krankenhausanbieter, nach Abteilung oder Gruppe, die medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen in BH Krankenhäusern erbringen, und welche dieser Krankenhausanbieter von dieser Richtlinie abgedeckt sind.

Abteilung oder Gruppe	Abgedeckt	Nicht abgedeckt
Banner Medical Group - Krankenhausärzte	X	
Banner University Medical Group - Krankenhausärzte	X	
Mitarbeitende außerhalb von Banner ¹ - Krankenhausärzte		X
Banner Medical Group - Intensivmediziner	X	
Banner University Medical Group - Intensivmediziner	X	
Mitarbeitende außerhalb von Banner ¹ - Intensivmediziner		X
Banner Medical Group - Fachärzte ²	X	
Banner University Medical Group - Fachärzte ²	X	
Banner MD Anderson - Fachärzte ²	X	
Banner Alzheimer's Institute - Fachärzte ²	X	
Mitarbeitende außerhalb von Banner - Fachärzte ²		X
Banner University Medical Group - Anästhesisten	X	
Mitarbeitende außerhalb von Banner ¹ - Anästhesisten		X
Banner Medical Group - Telemedizin	X	
Banner University Medical Group - Telemedizin	X	
Banner MD Anderson - Fachärzte ²	X	
Banner Alzheimer's Institute - Fachärzte ²	X	
Mitarbeitende außerhalb von Banner ¹ Telemedizin		X
Banner Verhaltensmediziner	X	
Banner Health Ground Ambulanzleistungen	X	
Health Ground Ambulanzleistungen außerhalb von Banner		X

Dieser Anhang wird vierteljährlich überprüft und bei Bedarf aktualisiert. Änderungen der in diesem Anhang enthaltenen Liste der Krankenhausanbieter bedürfen keine Genehmigung des BH-Vorstandes.

¹ Nicht-Banner-Anbieter, die mit Banner einen Vertrag zur Erbringung von Abrechnungsdiensten abschließen, werden als abgedeckte Einrichtungen behandelt.

² Fachärzte sind unter anderem: Notärzte der Notaufnahme, Chirurgen, Radiologen, Entbindungsstationen und Trauma-Ärzte.