Abrechnung und Inkasso für Krankenhausleistungen von Northern Light Health (28.08.2026)

DEFINITIONEN

Üblicherweise in Rechnung gestellter Betrag (Amount Generally Billed, AGB): Der Betrag, der üblicherweise für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen an Personen in Rechnung gestellt wird, die über eine Versicherung verfügen, die solche Behandlungen abdeckt. Northern Light Health berechnet den AGB jährlich für jedes seiner Krankenhäuser der Member Organization. Northern Light Health kann zur Berechnung des AGB entweder die rückblickenden Methode oder die prospektive Methode anwenden, je nachdem, was von den einzelnen Krankenhäusern der Member Organization als angemessen erachtet wird.

- Bei der rückblickenden Methode berechnet Northern Light Health den AGB, indem die Gesamtzahlungen, die das jeweilige Krankenhaus der Member Organization im vorangegangenen Geschäftsjahr von allen kommerziellen Krankenversicherungen und Medicare erhalten hat, durch die Brutto-Krankenhausgebühren für Leistungen geteilt werden, die den Leistungsberechtigten im Rahmen dieser kommerziellen Krankenversicherungen und Medicare im gleichen Zeitraum erbracht wurden.
- Bei der prospektiven Methode ermittelt Northern Light Health den AGB, indem der Betrag geschätzt wird, den Medicare Fee-for-Service oder Medicaid für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen zulassen würden, wobei die gleichen Kodierungs- und Abrechnungsverfahren angewendet werden, die das Krankenhaus anwenden würde, wenn der Patient ein Medicare- oder Medicaid-Leistungsempfänger wäre. Der AGB-Betrag umfasst nach dieser Methode sowohl die Zahlung des Versicherers als auch die Kostenbeteiligungsverpflichtungen des Patienten, wie z. B. Selbstbehalte, Kostenbeteiligungen und Zuzahlungen.

Eine kostenlose schriftliche Beschreibung, wie Northern Light Health den AGB berechnet, sowie den jeweils geltenden AGB für ein bestimmtes Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization erhalten Sie auf Anfrage oder unter http://northernlighthealth.org/billing-help.

Antragszeitraum: Der Zeitraum, in dem ein Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization einen Antrag auf finanzielle Unterstützung gemäß der Richtlinie für finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Policy, FAP) annehmen und bearbeiten muss. Der Antragszeitraum beginnt mit dem Tag, an dem die Behandlung durch das Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization an eine Person erbracht wird, und endet frühestens 240 Tage nach dem Datum der Rechnungsstellung für die Behandlung nach der Entlassung oder:

- Im Falle einer Person, die nach Einschätzung des Krankenhauses der Northern Light Health Member Organization voraussichtlich Anspruch auf weniger als die in Abschnitt VIII(A)(1)(a) beschriebene maximale Unterstützung hat, mit Ablauf der angemessenen Frist, innerhalb derer die Person weitere Informationen bereitstellen kann, um eine höhere Unterstützung zu erhalten; oder
- Im Falle einer Person, der das Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization eine geplante ECA gemäß Abschnitt VIII(A)(1)(b)(i) dieser Richtlinie mitgeteilt hat, mit Ablauf der Frist, die in der schriftlichen Mitteilung an die Person angegeben ist.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

Guthaben: Ein negativer Betrag auf der Forderungsliste, der möglicherweise eine Überzahlung (die zu einer Rückerstattung oder einer Überweisung des offenen Saldos an den Patienten führt) oder einen überkorrigierten Saldo (der zur Stornierung eines Anpassungscodes führt) darstellt.
Notfallbehandlung:

- Eine Person stellt sich in der Notaufnahme vor und bittet um Untersuchung oder Behandlung einer beliebigen Erkrankung; oder
- Der Patient wird in einer Abteilung oder Praxis behandelt, die der Öffentlichkeit (durch Namen, Aushänge, Werbung oder andere Mittel) als Ort präsentiert wird, an dem medizinische Notfälle dringend und ohne vorherige Terminvereinbarung behandelt werden können (z. B. ein Notfallzentrum, eine außeruniversitäre Geburtsklinik usw.).

Außerordentliche Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECAs): Folgende Maßnahmen werden gegen eine Person oder gegen eine andere Person ergriffen, die die Verantwortung für die Rechnung des Krankenhauses der Member Organization der Person für die Behandlung im Zusammenhang mit der Erlangung der Zahlung einer Rechnung für eine im Rahmen der FAP abgedeckte Behandlung übernommen hat oder übernehmen muss: (i) Verkauf der Schulden einer Person an einen Dritten; (ii) Meldung von negativen Informationen über die Person an Kreditauskunfteien; und (iii) Maßnahmen, die ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren erfordern (z. B. Eintragung eines Pfandrechts auf das Eigentum einer Person, Zwangsvollstreckung in das Eigentum einer Person, Lohnpfändung einer Person).
ECAs **beinhalten nicht** die Eintragung von Pfandrechten des Krankenhauses der Member Organization auf das Eigentum eines Patienten, um den Erlös aus Vergleichen, Urteilen oder Einigungen zu erhalten, die sich aus einer Klage eines Patienten gegen einen Dritten ergeben, der die Verletzungen des Patienten verursacht hat.
ECAs **umfassen auch nicht** den Verkauf von Schulden einer Einzelperson durch ein Krankenhaus der Member Organization an einen Dritten, wenn das Krankenhaus der Member Organization vor dem Verkauf eine rechtsverbindliche schriftliche Vereinbarung mit dem Käufer der Schulden abschließt, die vier Bedingungen enthält:

1. Der Käufer der Forderung muss zustimmen, keine ECAs zur Erlangung der Zahlung der Forderung durchzuführen;
2. Der Käufer der Forderung muss zustimmen, keine Zinsen auf die Forderung zu erheben, die den zum Zeitpunkt des Verkaufs der Forderung geltenden Zinssatz gemäß Abschnitt 6621(a)(2) (oder einen anderen durch Bekanntmachung oder sonstige im Internal Revenue Bulletin veröffentlichten Zinssatz) übersteigen;
3. Die Schulden müssen vom Krankenhaus der Member Organization zurückerstattet oder eingezogen werden können, sobald das Krankenhaus der Member Organization oder der Käufer feststellt, dass die betreffende Person Ansprüche im Rahmen der FAP hat; und
4. Wird festgestellt, dass die betreffende Person Ansprüche im Rahmen der FAP hat und die Schulden nicht an das Krankenhaus der Member Organization zurückgezahlt oder von diesem zurückgefordert werden, muss der Käufer die im Vertrag festgelegten Verfahren einhalten, die sicherstellen, dass die betreffende Person dem Käufer und dem Krankenhaus der Member Organization zusammen nicht mehr zahlt und auch nicht zahlen muss, als die betreffende Person als Person mit Ansprüchen im Rahmen der FAP persönlich zu zahlen hat.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

ECAs **umfassen auch nicht** die Einreichung einer Forderung in einem Insolvenzverfahren.
FAP: Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Financial Assistance Policy; Systemrichtlinie 16-002, Finanzielle Unterstützung für Krankenhausleistungen von Northern Light Health).
Person mit Ansprüchen im Rahmen der FAP: Eine Person, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat (unabhängig davon, ob die Person einen Antrag auf Unterstützung im Rahmen der FAP gestellt hat).
Medizinisch notwendige Behandlung: Medizinische Dienstleistungen oder Produkte, die:

- von einem Arzt oder einem anderen Leistungserbringer im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit angeordnet werden und für die Symptome, die Diagnose oder die Behandlung der medizinischen oder psychischen Erkrankung angemessen und notwendig sind;
- zur Diagnose oder direkten Pflege und Behandlung der medizinischen oder psychischen Erkrankung bereitgestellt werden;
- die Standards guter medizinischer Praxis innerhalb der medizinischen und psychiatrischen Gemeinschaft im Versorgungsgebiet erfüllen;
- nicht in erster Linie der Bequemlichkeit des Patienten oder des Leistungserbringers dienen; und
- das angemessenste Niveau bzw. die angemessenste Versorgungsleistung sind, die sicher erbracht werden kann, oder, falls erforderlich, wie im Rahmen einer Überprüfung des Nutzungsprozesses ermittelt.

Selbstzahler: Eine Person, die eine gesundheitsbezogene Leistung aus eigener Tasche bezahlt, um die Kosten für einen medizinischen oder chirurgischen Eingriff zu decken, der (i) mangels Versicherung, (ii) im Rahmen einer Kostenbeteiligung gemäß einem Versicherungsplan oder (iii) auf eigenen Wunsch hin anstelle der Inanspruchnahme ihrer Versicherung durchgeführt wurde.
Mitarbeiter: Personen, die Leistungen für oder im Namen der Organisation erbringen (z. B. Angestellte, Freiwillige, Vorstandsmitglieder, medizinisches Personal, Studierende, Auszubildende und Auftragnehmer).

ZWECK

Ziel dieser Richtlinie ist es, Vermögenswerte zu erhalten und eine solide finanzielle Grundlage für den Geschäftsbetrieb zu schaffen, während gleichzeitig die Bedürfnisse unserer Gemeinschaft und der von uns betreuten Patienten berücksichtigt werden.

RICHTLINIE

Die Richtlinie bietet dem Management allgemeine Leitlinien für die Erfassung und Überprüfung von Informationen sowie für den Einzug von Zahlungen von Patienten, deren Bürgen, Drittversicherungsgesellschaften und anderen finanziell Verantwortlichen für die Bezahlung von Gesundheitsleistungen. Diese Richtlinie soll außerdem sicherstellen, dass Northern Light Health bei der Ausübung all dieser Funktionen die einzelstaatlichen und bundesstaatlichen Gesetze und Vorschriften einhält.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

- Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization schließen bei der Erbringung ihrer Leistungen niemanden aufgrund von ethnischer Herkunft, Hautfarbe, nationaler Herkunft, ethnischer Zugehörigkeit, Alter, geistiger oder körperlicher Fähigkeiten oder Behinderung, politischer Zugehörigkeit, Religion, Kultur, sozioökonomischer Daten, genetischer Informationen, Veteranenstatus, Geschlecht, einschließlich Geschlechtsmerkmale, Intersex-Merkmale, Schwangerschaft oder damit zusammenhängender Zustände, sexueller Orientierung, Gender, Geschlechtsidentität oder -ausdruck oder Sprache aus oder diskriminieren ihn.
- Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization werden unversicherten und unterversicherten Patienten kostenlose Behandlungen gemäß den geltenden Bestimmungen des Maine Department of Health and Human Services und gemäß Systemrichtlinie 16-00, Finanzielle Unterstützung von Northern Light Health für Krankenhausleistungen von Northern Light Health anbieten.
- Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization unterstützen unversicherte Patienten gegebenenfalls bei der Beantragung einer Krankenversicherung aus bundesstaatlich, einzelstaatlich und/oder öffentlich finanzierten Quellen.
- Diese Richtlinie geht davon aus, dass der geltend gemachte ausstehende Betrag vom Patienten/Bürgen geschuldet wird.
- Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization werden ordnungsgemäße Kontrollen aufrechterhalten und die manuellen Anpassungsverfahren standardisieren, wenn der Saldo gemäß den von der Revenue Cycle-Abteilung des Systems festgelegten Standards als uneinbringlich eingestuft wurde.
- Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization werden ordnungsgemäße Kontrollen aufrechterhalten und die manuellen Bearbeitung von Guthaben gemäß den von der Revenue Cycle-Abteilung des Systems festgelegten Standards standardisieren. Die in dieser Richtlinie enthaltenen und referenzierten Informationen gelten ausschließlich für krankenhausbasierte Leistungen der Krankenhäuser der Member Organization, einschließlich der von den Krankenhäusern der Member Organization angestellten Praxisgruppen, erstrecken sich jedoch nicht auf nicht angestellte Leistungserbringer.

Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization werden alle zumutbaren Anstrengungen unternehmen, um:

1. bei der Terminvereinbarung oder Registrierung die zur Feststellung der Zahlungspflicht des Patienten bzw. des Bürgen erforderlichen Versicherungs- und demografischen Daten einzuholen und zu überprüfen.
2. gegebenenfalls anfallende Eigenanteile des Patienten **am Behandlungsort** zu erheben.
3. beim **Fallmanagement** während Aufenthalten in Krankenhäusern der Member Organization zu unterstützen.
4. die Patienten über die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung im Einklang mit Systemrichtlinie 16-002, Finanzielle Unterstützung für Krankenhausleistungen von Northern Light Health zu informieren.
5. die entsprechenden Leistungsanträge bei den Drittzahlern einzureichen, sofern dies von den Patienten genehmigt wurde.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

6. den Patienten gegebenenfalls eine klare und genaue Aufstellung der geschuldeten Beträge geben.
7. Zahlungoptionen und die Verfügbarkeit von finanziellen Hilfsprogrammen einschließlich kostenloser Betreuung mitteilen.

Es obliegt dem Patienten, dem Krankenhaus der Member Organization die notwendigen finanziellen und persönlichen Informationen zur Verfügung zu stellen, die zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf entsprechende Drittversicherungsleistungen oder finanzielle Unterstützung erforderlich sind. Alle im Rahmen dieser Richtlinie erhobenen Informationen werden gemäß den geltenden bundesstaatlichen und einzelstaatlichen Datenschutzgesetzen vertraulich behandelt. Der Patient trägt die letztendliche Verantwortung dafür, seine spezifischen Versicherungsleistungen und -anforderungen zu verstehen und sicherzustellen, dass die erforderlichen vorherigen Genehmigungen und Überweisungen eingeholt wurden.

VERFAHREN

I. TERMINVEREINBARUNG UND REGISTRIERUNG

A. Soweit möglich, werden die Patienten vorab registriert; dabei werden Versicherungs- und demografische Daten erfasst. Das Krankenhaus der Member Organization wird angemessene Anstrengungen unternehmen, die Patientendaten bei der Terminvereinbarung oder zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zu überprüfen. Wenn mehr als eine Kostenträgerquelle existiert, priorisiert das Krankenhaus der Member Organization die Kostenträger auf der Grundlage der Regeln für sekundäre Kostenträger von Medicare (Medicare Secondary Payer, MSP) und der Richtlinien für die Koordinierung von Leistungen durch die private Krankenversicherung.
B. Alle Notfalldienste werden in Übereinstimmung mit dem Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) erbracht. Nach der ersten Überprüfung, Beurteilung und Stabilisierung wird das Krankenhaus der Member Organization versuchen, vom Patienten, Bürgen oder Familienmitglied demografische und Versicherungsdaten zu erhalten.
C. Patienten werden möglicherweise aufgefordert, sich auszuweisen, beispielsweise mit einem Führerschein, um die Richtigkeit der demografischen Daten zu gewährleisten, und einen Nachweis über ihren Versicherungsschutz durch Vorlage einer gültigen Versicherungskarte zu erbringen.
D. Um als „versichert“ zu gelten, muss der Patient ein Formular zur Einwilligung in die Behandlung, zur Zahlungsgarantie, zur Abtretung von Leistungsansprüchen und zur Abtretung geschützter Gesundheitsinformationen unterzeichnen, um die Leistungsansprüche an das Krankenhaus der Member Organization abzutreten.

II. VERSICHERUNGSNACHWEIS

A. Das Krankenhaus der Member Organization prüft den Versicherungsschutz für die meisten großen Kostenträger.
B. Das Krankenhaus der Member Organization prüft, ob der Hausarzt des Patienten, soweit möglich, vorab eine Genehmigung für die Behandlung eingeholt hat. Das Krankenhaus der Member Organization nutzt Instrumente wie die Webportale der Kostenträger, um

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

die Identifizierung, Bestätigung und den Anspruchsstatus der vom Patienten bereitgestellten Informationen zu erleichtern.

C. Das Krankenhaus der Member Organization behält sich das Recht vor, externe Agenturen mit der Beschaffung und Überprüfung von Abrechnungsinformationen zu beauftragen und Patienten bei der Beantragung von bundesstaatlichen und einzelstaatlichen Hilfsprogrammen zu unterstützen.

D. Autounfälle werden untersucht und Einzelheiten zum Unfall können von der Website des Maine Bureau of Motor Vehicles abgerufen werden. Die Zahlungsansprüche werden, je nach Anweisung des Kostenträgers und falls der Patient nicht versichert ist, an den entsprechenden Kfz- oder Krankenversicherer übermittelt. Gemäß dieser Richtlinie werden Pfandrechte eingetragen, um die Bezahlung der erbrachten Leistungen zu sichern. Die Pfandrechte werden nicht gegen das persönliche Vermögen einer Person geltend gemacht.

E. Wenn der Patient angibt, dass die Arbeiterunfallversicherung für die Kostenübernahme zuständig ist, der Name des Versicherers jedoch unbekannt ist, wird das Krankenhaus der Member Organization versuchen, den Arbeitgeber (sofern alle entsprechenden Freigaben unterzeichnet wurden) oder die Arbeiterunfallversicherung zu kontaktieren, um Informationen über die Arbeiterunfallversicherung zu erhalten.

III. ERHEBUNG AM LEISTUNGSORT

A. Patienten erhalten zum Zeitpunkt der Leistungserbringung eine Rechnung über etwaige Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen, Eigenanteile oder nicht erstattungsfähige Leistungen.

B. Das Krankenhaus der Member Organization kann vor der Terminierung bestimmter elektiver diagnostischer Tests, Behandlungen oder Eingriffe eine Zahlungsvereinbarung oder die vollständige Bezahlung verlangen, wenn diese Leistungen als nicht dringend eingestuft werden.

C. Patienten erhalten einen Rabatt direkt bei der Behandlung, wenn die voraussichtlichen Selbstbeteiligungskosten zum Zeitpunkt der Entlassung vollständig bezahlt werden (dies schließt Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und/oder Eigenanteile ein).

D. Finanzberatung wird wie in Abschnitt VI dieser Richtlinie und in der Systemrichtlinie 16-002, Finanzielle Unterstützung für Krankenhausleistungen von Northern Light Health angegeben angeboten.

IV. FALLMANAGEMENT, AUFNAHME UND ENTLASSUNG

A. Das Krankenhaus der Member Organization wird eng mit dem Fallmanagement-Team des Patienten zusammenarbeiten, das gegebenenfalls eine parallele klinische Überprüfung durchführt. Patienten werden über alle Änderungen des Versicherungsschutzes aufgrund von Feststellungen der medizinischen Notwendigkeit informiert, die zu nicht erstattungsfähigen Leistungen und damit verbundenen Selbstbeteiligungskosten führen.

B. Alle Versicherungen sollten überprüft, Formulare ausgefüllt und Unterschriften nach Möglichkeit vor der Entlassung eingeholt werden.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

V. PATIENTENINFORMATION ÜBER DIE VERFÜGBARKEIT VON HILFSANGEBOTEN

A. Beschilderung und individuelle Hinweise: Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization werden Patienten über die geltenden Bestimmungen über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung und kostenloser Behandlung gemäß Systemrichtlinie 16-002 Finanzielle Unterstützung für Krankenhausleistungen von Northern Light Health informieren.

B. Zusätzlicher Hinweisschritte sind erforderlich, bevor ein Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization ECAs einleitet, wie in Abschnitt VIII unten beschrieben.

VI. ABRECHNUNG UND EINZIEHUNG

A. **Allgemeine Bestimmungen**

1. Alle Patienten zahlen für die gleichen Leistungen den gleichen Betrag, unabhängig vom Kostenträger. Sie erhalten vor Inanspruchnahme der Leistungen einen Kostenvoranschlag und auf Anfrage jederzeit eine detaillierte Rechnung.
2. Gespräche mit Patienten und deren Angehörigen bezüglich ihrer Konten werden im Patientenabrechnungssystem dokumentiert.
3. Finanzielle Anträge und Bewilligungsschreiben werden entweder in Papierform oder in elektronischer Form im Patientenabrechnungssystem gespeichert.
4. Die in Abschnitt VI beschriebenen Maßnahmen stellen keine ECAs dar und können jederzeit durchgeführt werden.

B. **Abrechnung an Dritte**

1. Der Drittzahler wird:
   a. Leistungsanträge erhalten, die auf den standardisierten einheitlichen Abrechnungsformularen (UB-04 und CMS 1500) gemäß den Vorgaben des Kostenträgers eingereicht werden.
   b. Leistungsanträge erhalten, die anhand von Standard-Erlöscodes und CPT/HCPCS-Codes gemeldet werden, und die Leistungsanträge werden nach Möglichkeit elektronisch übermittelt.
   c. Leistungsanträge erhalten, die bereits fünf Tage nach der Entlassung erstellt wurden.

2. Das Krankenhaus der Member Organization wird:
   a. die Abrechnung an die Versicherer in der Reihenfolge der Priorität gemäß den branchenüblichen Richtlinien zur Koordinierung der Leistungen durchführen.
   b. die ausstehenden Kontostände in den von den Abteilungsrichtlinien des Krankenhauses der Member Organization festgelegten Abständen mit den Zahlern klären.
   c. so lange bei den Zahlern nachfassen, bis alle zumutbaren Anstrengungen ausgeschöpft sind.
   d. Patienten gegebenenfalls vor der Leistungserbringung über den fehlenden Versicherungsschutz informieren.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

3. Die Patienten:
    a. erhalten für Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen, Eigenanteile oder nicht gedeckte Leistungen eine Rechnung.
    b. erhalten für Restbeträge für nicht erstattungsfähige Leistungen gemäß den Vorgaben des Kostenträgers eine Rechnung.
    c. sind für unbezahlte Rechnungen an nicht vertraglich gebundene Versicherungsunternehmen verantwortlich.

C. **Selbstzahler-Abrechnung**

Wenn der Zahlungspflichtige während des Inkassoverfahrens die Rechnung zu irgendeinem Zeitpunkt berechtigt bestreitet, werden die Inkassomaßnahmen ausgesetzt, bis die Angelegenheit geklärt und das Ergebnis dem Patienten mitgeteilt wurde.

1. Eine erste Abrechnung wird bereits 5 Tage nach der Entlassung oder 2 Tage nach der Umstufung auf Selbstzahler erstellt.
2. Ein Skonto für prompte Zahlung wird auf der ersten Patientenrechnung vermerkt und ist bis zu 30 Tage nach Rechnungsdatum verfügbar, wie im Rabattsystem von Northern Light Health beschrieben, das über dieser Richtlinie als zugehöriges Dokument verlinkt sind.
3. Zusätzliche Rabatte können Selbstzahlern wie im Rabattsystem von Northern Light Health beschrieben gewährt werden, das über dieser Richtlinie als zugehöriges Dokument verlinkt sind.
4. Die vollständige Zahlung ist mit Erhalt der ersten Rechnung fällig. Zahlungen können per Post, telefonisch oder online erfolgen (Website für Abrechnungshilfe). Die meisten gängigen Kreditkarten werden akzeptiert.
5. Nachfolgende Kontoauszüge werden mindestens alle 30 Tage erstellt.
6. Die Zahlungsaufforderung oder Rechnungsmitteilung kann durch Telefonanrufe, Mahnschreiben, persönliche Kontaktaufnahme und jede andere Benachrichtigungsmethode ergänzt werden, die einen ernsthaften und angemessenen Versuch darstellt, den Zahlungspflichtigen zu kontaktieren. Diese routinemäßigen Inkassomaßnahmen können je nach Alter des Kontos und Höhe des ausstehenden Saldos variieren.
7. Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization erheben keine Zinsen auf unbezahlte Beträge.
8. Weitere Informationen finden Sie in der Systemrichtlinie 16-002, Finanzielle Unterstützung für Krankenhausleistungen von Northern Light Health.

D. **Zahlungspläne**

Das Krankenhaus der Member Organization ist sich bewusst, dass es Fälle geben kann, in denen eine vollständige Zahlung finanziell nicht möglich ist und ein angemessener Zahlungs- oder Budgetplan erforderlich sein kann. Die nachstehend aufgeführten Punkte enthalten zusätzliche Richtlinien und Kriterien für Zahlungspläne.

1. Von den Patienten oder ihren verantwortlichen Parteien wird erwartet, dass sie ihre gesamte Verantwortung für die erbrachten Leistungen nach Erhalt der ersten Rechnung oder gemäß einem einvernehmlich vereinbarten Ratenzahlungsplan begleichen.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

2. Die Finanzberater werden mit dem Patienten die verfügbaren Zahlungsplanoptionen besprechen.
3. Zahlungsrückstände bei Zahlungsplänen werden gemäß Abschnitt VIII.B dieser Richtlinie an ein Inkassobüro weitergeleitet.

E. **Kostenlose Behandlung und finanzielle Unterstützung für nicht versicherte und unterversicherte Patienten**
Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization bieten kostenlose Behandlungen gemäß den Free Care Guidelines des US-Gesundheitsministeriums (Kapitel 150 10-144) an und können darüber hinaus weitere kostenlose Behandlungen auf der Grundlage der Richtlinie von Northern Light Health (Systemrichtlinie 16-002, Finanzielle Unterstützung für Krankenhausleistungen von Northern Light Health) anbieten.

F. **Katastrophenschutz**
Wenn ein Patient keinen Anspruch auf kostenlose Behandlung hat und seine Eigenbeteiligung eine unzumutbare finanzielle Belastung für ihn darstellt, kann der Finanzvorstand oder ein Beauftragter einen Rabatt anbieten, der über die üblicherweise durch finanzielle Unterstützung oder unseren Standard-Selbstzahlerrabatt gewährte Ermäßigung hinausgeht.

VII. BEGRENZUNG DER IN RECHNUNG GESTELLTEN BETRÄGE

Im Hinblick auf Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen verfolgt Northern Light Health die Politik, den einer Person mit Ansprüchen im Rahmen der FAP in Rechnung gestellten Betrag auf den AGB zu begrenzen. Weitere Informationen finden Sie in der Systemrichtlinie 16-002, Finanzielle Unterstützung für Krankenhausleistungen von Northern Light Health.

VIII. AUSSERORDENTLICHE INKASSOMASSNAHMEN (EXTRAORDINARY COLLECTION ACTIONS, ECAs)

A. **Allgemeine Anforderungen vor der Einleitung von ECAs**
Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization dürfen frühestens 120 Tage nach Ausstellung der ersten Rechnung nach der Entlassung und bis zur Benachrichtigung des Patienten über die FAP eine ECA einleiten. Darüber hinaus müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization vor Einleitung von ECAs gegen eine Person angemessene Anstrengungen unternehmen, um festzustellen, ob die betreffende Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat, gemäß **Abschnitt 1** unten. ECAs dürfen nicht ergriffen werden, wenn der Patient eine zufriedenstellende Zahlungsvereinbarung mit dem Krankenhaus der Member Organization getroffen hat. Bevor eine ECA eingeleitet wird, muss der Finanzvorstand oder ein von ihm Beauftragter feststellen, dass das Krankenhaus der Member Organization angemessene Anstrengungen unternommen hat, um festzustellen, ob eine Person im Rahmen der FAP anspruchsberechtigt ist und ob es im Übrigen diese Richtlinie eingehalten hat. Eine ECA darf erst nach einer solchen Feststellung durch den Finanzvorstand oder einen von ihm Beauftragten eingeleitet werden.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

1. **Angemessene Anstrengungen**
   Es wird davon ausgegangen, dass ein Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization angemessene Anstrengungen unternommen hat, festzustellen, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat, wenn das Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization: (i) feststellt, dass die Person die Voraussetzungen für eine vorläufige Anspruchsberechtigung erfüllt; oder (ii) innerhalb von 15 Tagen nach Eingang eines Antrags den Antragsteller darüber informiert, welche zusätzlichen Informationen oder Unterlagen gegebenenfalls zur Vervollständigung des Antrags erforderlich sind; oder (iii) innerhalb von 45 Tagen nach Eingang eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung die Person über die FAP informiert und jeden von der Person eingereichten FAP-Antrag (unabhängig davon, ob der Antrag vollständig oder unvollständig ist) gemäß den folgenden Verfahren und gemäß Systemrichtlinie 16-002, Finanzielle Unterstützung für Krankenhausleistungen von Northern Light Health bearbeitet.
   a. Um eine vorläufige Anspruchsberechtigung festzustellen, muss das Krankenhaus der Member Organization feststellen, dass die betreffende Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, und zwar auf der Grundlage anderer Informationen als der von der betreffenden Person selbst bereitgestellten oder auf der Grundlage einer früheren Feststellung der Anspruchsberechtigung im Rahmen der FAP. Wenn festgestellt wird, dass die betreffende Person voraussichtlich Anspruch auf weniger als die im Rahmen der FAP maximal verfügbare Unterstützung hat, muss das Krankenhaus der Member Organization Folgendes tun:
      i. Die betreffende Person über die Grundlage der Feststellung und darüber, wie sie eine großzügigere Unterstützung im Rahmen der FAP beantragen kann, informieren;
      ii. Der betreffenden Person eine angemessene Frist einräumen, um eine großzügigere Unterstützung zu beantragen, bevor eine ECA eingeleitet wird; und
      iii. Wenn die betreffende Person innerhalb des Antragszeitraums einen vollständigen FAP-Antrag einreicht, um eine großzügigere Unterstützung zu erhalten, die in **Abschnitt 3** unten beschriebenen Schritte befolgen.
   b. Um eine angemessene Benachrichtigung der betreffenden Person über die FAP zu gewährleisten, müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization Folgendes tun:
      i. Die betreffende Person mindestens 30 Tage vor Einleitung einer oder mehrerer ECAs auf **folgende** Weise über die FAP benachrichtigen:
         1. Der betreffenden Person ist eine schriftliche Mitteilung zukommen zu lassen, aus der hervorgeht, dass finanzielle Unterstützung für berechtigte Personen verfügbar ist, in der die ECAs identifiziert werden, die das Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization zur Zahlungserzielung nutzen will, und in der eine Frist angegeben wird, nach deren Ablauf die ECAs eingeleitet werden können. Diese Frist darf nicht vor Ablauf von 30 Tagen nach dem Datum der Zustellung der schriftlichen Mitteilung liegen.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

2. Der schriftlichen Mitteilung ist eine Zusammenfassung der FAP in einfacher Sprache beizufügen.
3. Es sind angemessene Anstrengungen zu unternehmen, die betreffende Person mündlich über die FAP und darüber zu informieren, wie sie Unterstützung im Rahmen des FAP-Prozesses erhalten kann.

ii. Wenn die betreffende Person während des Antragszeitraums einen **unvollständigen** FAP-Antrag einreicht, wird das Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization die folgenden zusätzlichen Schritte unternehmen, die in **Abschnitt 2** unten beschrieben sind.

iii. Wenn die betreffende Person während des Antragszeitraums einen **vollständigen** FAP-Antrag einreicht, wird das Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization die folgenden zusätzlichen Schritte unternehmen, die in **Abschnitt 3** unten beschrieben sind.

2. **Zusätzliche Verfahren bei Einreichung eines unvollständigen FAP-Antrags**

a. Zusätzlich zur Einhaltung der in **Abschnitt 1** beschriebenen Benachrichtigungspflichten müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization innerhalb von 15 Tagen nach Eingang eines unvollständigen FAP-Antrags, der während des Antragszeitraums eingereicht wurde, der betreffenden Person mitteilen, wie der FAP-Antrag zu vervollständigen ist, und ihr eine angemessene Frist von 30 Tagen einräumen, dies zu tun. Um diese Anforderungen zu erfüllen, müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization Folgendes tun:

i. Keine weiteren Maßnahmen im Zusammenhang mit bereits eingeleiteten ECAs ergreifen.

ii. Der betreffenden Person innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Mitteilung zustellen, die folgende Informationen enthält:

- Beschreibung der Informationen und/oder Unterlagen gemäß FAP oder FAP-Antragsformular, die zur Vervollständigung des FAP-Antrags eingereicht werden müssen.
- Kontaktinformationen, einschließlich Telefonnummer und Adresse, folgender Stellen: (i) das Einrichtung oder Abteilung des Krankenhauses der Member Organization, die Informationen über die FAP bereitstellen kann; und (ii) entweder (a) die Einrichtung oder Abteilung des Krankenhauses der Member Organization, die Unterstützung beim FAP-Antragsverfahren leisten kann, oder (b) mindestens eine gemeinnützige Organisation oder Regierungsbehörde, die das Krankenhaus der Member Organization als verfügbare Anlaufstelle für Unterstützung bei FAP-Anträgen benannt hat.

b. Wenn die betreffende Person im Anschluss während des Antragszeitraums einen vollständigen FAP-Antrag einreicht, müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization die in **Abschnitt 3** unten beschriebenen Verfahren befolgen.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

3. **Zusätzliche Verfahren bei Einreichung eines vollständigen FAP-Antrags**
   a. Zusätzlich zur Einhaltung der in **Abschnitt 1** beschriebenen Benachrichtigungspflichten müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization innerhalb von 45 Tagen nach Eingang des vollständigen FAP-Antrags während des Antragszeitraums Folgendes tun:
      i. Keine weiteren Maßnahmen im Zusammenhang mit bereits eingeleiteten ECAs ergreifen.
      ii. Innerhalb von 45 Tagen entscheiden, ob die betreffende Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat. Wenn festgestellt wird, dass die betreffende Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, muss das Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization auch die in **Abschnitt 3.b.** unten aufgeführten Schritte unternehmen.
      iii. Ddie betreffende Person innerhalb von 45 Tagen schriftlich über die Feststellung der Anspruchsberechtigung benachrichtigen, einschließlich der Art der Unterstützung, auf die die betroffene Person gegebenenfalls Anspruch hat, und der Grundlage für die Feststellung der Anspruchsberechtigung.
   b. Wenn festgestellt wird, dass die betreffende Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat, muss das Krankenhaus der Northern Light Health Member Organization die folgenden zusätzlichen Schritte unternehmen:
      i. Alle für die Pflege gezahlten Beträge, die den Betrag übersteigen, für den die Person als Person mit Ansprüchen im Rahmen der FAP selbst aufkommen muss, zurückerstatten, es sei denn, der Erstattungsbetrag wäre geringer als 5,00 $. Rückerstattungen erfolgen **nur** für Zahlungen für die Behandlungsepisoden, auf die sich der FAP-Antrag einer Person bezieht.
      ii. Alle angemessenen Maßnahmen ergreifen, um jegliche gegen die betreffende Person eingeleiteten ECAs zur Erlangung von Zahlungen für die Pflege rückgängig zu machen (z. B. Aufhebung eines Urteils, Löschung eines Pfandrechts oder einer Beschlagnahme und Entfernung eines negativen Eintrags aus der Kreditauskunft).
      iii. Wenn die betreffende Person Anspruch auf andere finanzielle Unterstützung als die kostenlose Behandlung hat, ihr eine Rechnung ausstellen, aus der Folgendes hervorgeht: (i) den Betrag, den die Person als Person mit Ansprüchen im Rahmen der FAP für die Pflege schuldet; (ii) wie dieser Betrag ermittelt wurde; und (iii) den AGB für die Pflege.

B. **Weiterleitung von Schulden an Inkassobüros**

Zusätzlich zur Einhaltung der allgemeinen Anforderungen an ECAs gemäß Abschnitt VIII.A. müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization bei der Übergabe eines Kontos an ein Inkassounternehmen die folgenden zusätzlichen Anforderungen erfüllen.

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.

1. Die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization verlangen von Inkassounternehmen schriftliche Zusicherungen, dass sie den Fair Debt Collection Practices Act und die Ethik- und Berufsordnung der American Collections Association (ACA) einhalten. Auf Grundlage der oben genannten Kriterien für Zahlungsverzug werden die Konten in einem Vorbericht über uneinbringliche Forderungen aufgeführt, geprüft und von einem autorisierten Vertreter des Krankenhauses der Member Organization genehmigt, bevor sie an ein Inkassobüro übergeben werden.

C. **Meldung an Kreditauskunfteien**

Zusätzlich zur Einhaltung der allgemeinen Anforderungen an ECAs gemäß Abschnitt VIII.A. müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health Member Organization bei der Meldung an eine Kreditauskunftei (z. B. Transunion, Experian, Equifax) die folgenden zusätzlichen Anforderungen erfüllen.

1. An ein Inkassobüro übergebene Forderungen können bei einer nationalen Kreditauskunftei gemeldet werden, wenn der Zahlungspflichtige die Zahlung nicht vollständig leistet oder keine zufriedenstellende Zahlungsvereinbarung mit dem Inkassobüro trifft.

REFERENZEN

DHHS-Regel 10-144 CMR. Kapitel 150, Free Care Guidelines
Abschnitt 1322 des Patient Protection and Affordable Care Act
Abschnitt 501(c) des Internal Revenue Code

ANHÄNGE

Rabattsystem von Northern Light Health, das über dieser Richtlinie als zugehöriges Dokument verlinkt ist

Dieses Dokument wurde von den unten genannten Ausschüssen an den angegebenen Daten genehmigt:

Vorstand, 17.10.2012, 16.12.2015, 04.10.2017, 02.10.2019, 09.06.2021, 14.06.2023, 11.06.2025, 27.05.2026
Governance-Ausschuss des Vorstands, 19.09.2012, 2015 vertagt, 12.09.2017, 18.09.2019, 09.05.2023
Finanzausschuss des Vorstands, 29.05.2012, 16.09.2015, 13.09.2017, 16.09.2019, 02.06.2021, 26.04.2023, 24.04.2025, 29.04.2026
Führungsgremium, 19.06.2012, 17.11.2015, 19.05.2021
Finanzgremium, 09.08.2015, 08.08.2017, 19.04.2021, 27.01.2023, 25.03.2025, 24.04.2026

Gedruckte Exemplare dienen NUR zu Referenzzwecken. Die aktuellste Version finden Sie in der elektronischen Fassung.