



Titel: Finanzielle Unterstützung – Krankenhauseinrichtungen 1.BR.34

Tag des Inkrafttretens: 09.09.2005; Überarbeitungen: 04/07, 12/07, 10/10, 08/11, 02/12, 01/16; 10/19

RICHTLINIE: Iowa Health System, firmierend als UnityPoint Health („UPH“) Krankenhäuser und Krankenhausorganisationen, erfüllt seine gemeinnützigen Aufgaben, indem es allen Personen, ungeachtet ihrer Zahlungsfähigkeit, medizinische Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Gesundheitsdienstleistungen anbietet. UPH-Krankenhäuser und -Krankenhausorganisationen gewähren anspruchsberechtigten Patienten finanzielle Unterstützung.

ANWENDUNGSBEREICH: Die UPH-Krankenhäuser und -Krankenhausorganisationen (gemeinsam als „UPH-Krankenhäuser“ bezeichnet), die im Sinne von 501(c) (3) steuerbefreit und in Plan C im Anhang aufgeführt sind.

GRUNDSÄTZE: Als gemeinnützige, steuerbefreite Organisationen gemäß Abgabenordnung der USA (Internal Revenue Code „IRC“) Abschnitt 501(c)(3) erfüllen UPH-Krankenhäuser die medizinisch notwendigen Gesundheitsbedürfnisse aller Patienten, die eine medizinische Versorgung benötigen, ungeachtet dessen, ob sie finanziell dazu in der Lage sind, die erbrachten Dienstleistungen zu bezahlen. Gleichmaßen sind Patienten dazu verpflichtet, sich Versicherungsschutz zu beschaffen und für einen Teil der Kosten ihrer medizinischen Versorgung aufzukommen, und UPH-Krankenhäuser haben die Pflicht, Patienten zur Zahlung aufzufordern.

Um steuerbefreit zu bleiben, muss jedes UPH-Krankenhaus gemäß Abgabenordnung der USA Abschnitt 501(r) und anderen anwendbaren bundesstaatlichen Gesetzen seine Richtlinie zu finanzieller Unterstützung übernehmen und auf breiter Ebene bekanntmachen. Wenn die Bereitstellung finanzieller Unterstützung zusätzlichen Anforderungen von Bundesgesetzen oder bundesstaatlichen Gesetzen unterliegt und diese Gesetze strengere Vorgaben haben, gelten die strengeren Anforderungen.

Ziel dieser Richtlinie ist es, die Umstände darzulegen, unter denen UPH-Krankenhäuser bedürftigen Patienten eine kostenreduzierte medizinische Versorgung anbieten.

1. Definitionen.

- 1.1 Krankenhaus. Eine Einrichtung, die laut einem Bundesstaat zugelassen, eingetragen oder ähnlich als Krankenhaus anerkannt sein muss. Mehrere Gebäude, die von einer Krankenhausorganisation im Rahmen einer „Single State License“ (Einmalige Zulassung in einem Bundesstaat) betrieben werden, werden als ein Krankenhaus betrachtet.

- 1.2 Krankenhausorganisation. Eine Organisation, die wie in Abschnitt 501(c)(3) dargelegt anerkannt ist bzw. anerkannt werden möchte und die ein oder mehrere Krankenhäuser betreibt. Dies umfasst jede andere Organisation, deren Hauptfunktion bzw. -zweck darin besteht, Krankenhausversorgung bereitzustellen.
- 1.3 Bewilligte Beträge. Maximale Zahlungsbeträge für abgedeckte medizinische Dienstleistungen. Kann auch als „zuschussfähige Ausgaben“, „Zahlungsbewilligung“ oder „ausgehandelter Satz“ bezeichnet werden.
- 1.4 Beträge, die im Allgemeinen versicherten Personen in Rechnung gestellt werden („Amounts Generally Billed to Individuals Who Have Insurance“, AGB). Zur Berechnung der in dieser Richtlinie enthaltenen Beträge, die im Allgemeinen versicherten Personen in Rechnung gestellt werden, benutzen Krankenhäuser das nachstehende Verfahren.
 - 1.4.1 $AGB \% = (\text{Summe aller zulässigen Beträge von Medicare Fee For Service} + \text{Summe aller zulässigen Beträge von privaten Krankenversicherern während der letzten 12 Monate}) / (\text{Summe der Bruttogebühren für die gleichen Ansprüche})$
 - 1.4.2 $AGB = (\text{Bruttogebühren für medizinisch notwendige Versorgung oder medizinische Notfallversorgung}) \times (AGB \%)$
 - 1.4.3 Die derzeitigen AGB-Beträge für jedes UPH-Krankenhaus liegen dieser Richtlinie in Anhang B bei. Die AGB-Beträge werden jährlich aktualisiert.
- 1.5 Medizinisch notwendige Versorgung. Leistungen, die (1) der Diagnose und Behandlung des Zustands des Patienten entsprechen; (2) im Einklang mit den Standards guter medizinischer Praxis stehen; (3) erforderlich sind, um den medizinischen Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden und andere Gründe umfassen als den Komfort des Patienten oder seines Arztes oder seiner Pflegekraft und (4) die kostengünstigste Leistungsart, die vernünftigerweise den medizinischen Bedürfnissen des Patienten entsprechen würde, darstellen.
- 1.6 Medizinische Notfallversorgung. Im Sinne des Emergency Medical Treatment and Labor Act („EMTALA“) ein medizinischer Zustand, der sich durch akute Symptome manifestiert, die hinreichend schwerwiegend sind, dass vernünftigerweise davon ausgegangen werden kann, dass eine ausbleibende unverzügliche medizinische Behandlung die Gesundheit des Patienten ernsthaft gefährden, seine Körperfunktionen stark beeinträchtigen oder zu einer schwerwiegenden Dysfunktion eines Körperorgans führen könnte. Sie umfasst darüber hinaus die Versorgung von Schwangeren, bei denen die Wehen eingesetzt haben.

- 1.7 Patient(en). Umfasst entweder den Patienten und/oder die für den Patienten verantwortliche Person (Elternteil, Erziehungsberechtigter, Bürge).
 - 1.8 Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Patienten, die die in dieser Richtlinie dargelegten Verfahren befolgen und bei denen eine Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie bestimmt wird.
 - 1.9 Definitionen, die spezifisch für Illinois gelten, sind in Anhang B dieser Richtlinie beigefügt.
2. Anspruch auf finanzielle Unterstützung.
- 2.1 Finanzielle Unterstützung ist ausschließlich für medizinisch notwendige Versorgung und medizinische Notfallversorgung von Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung erhältlich. Finanzielle Unterstützung basiert auf folgenden Richtlinien, sofern keine gegensätzlichen staatlichen Gesetze existieren, die Vorrang haben, wie in Anhang B dieser Richtlinie dargelegt.
 - 2.2 Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung, deren Einkommen unter 600 % der derzeitigen „Federal Poverty Income Guidelines“ (bundesstaatliche Leitlinien zur Einkommensarmut, „FPIG“) liegt, haben möglicherweise Anspruch auf finanzielle Unterstützung. Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung wird nicht mehr berechnet als die im Allgemeinen versicherten Personen in Rechnung gestellten Beträge. Anhang A im Anhang dieser Richtlinie, enthält die jüngste jährliche Version der Bundes-Armut-Richtlinien.
 - 2.3 Krankenhausrechnungen werden für Patienten in jeder der nachstehenden FPIG-Kategorie um folgende Beträge reduziert:
 - 0-200 % des FPIG: 100 %ige Ermäßigung gegenüber AGB
 - 201-225 % des FPIG: 65 %ige Ermäßigung gegenüber AGB
 - 226-250 % des FPIG: 45 %ige Ermäßigung gegenüber AGB
 - 251-300 % des FPIG: 25 %ige Ermäßigung gegenüber AGB
 - 301-400 % des FPIG: 5 %ige Ermäßigung gegenüber AGB
 - 401-600 % der FPIG: Nur AGB
 - 2.4 Das Haushaltseinkommen wird bei der Bestimmung, ob ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, berücksichtigt. Das Haushaltseinkommen beinhaltet, aber beschränkt sich nicht auf, folgende: Traditionelle Ehepaare, Kinder (biologische, Stief- und adoptierte Kinder) sowie unverheiratete Paare.

Bei verheirateten Paaren oder Paaren in eheähnlichen Lebensgemeinschaften müssen die Parteien als Paar vorstellig werden und ihre Kosten teilen, egal ob gleichgeschlechtlich oder männlich/weiblich.)

- 2.5 Zusätzlich zum Haushaltseinkommen erwägt das Krankenhaus den Umfang der Vermögenswerte des Patienten, die verwendet werden könnten, um seinen finanziellen Verbindlichkeiten nachzukommen. Vermögenswerte können unter anderem Barmittel, Ersparnisse und Girokonten, Einlagenzertifikate, Aktien und Anleihen, individuelle Rentenkonten (Individual Retirement Accounts, „IRA“), Treuhandfonds, Immobilien (mit Ausnahme des Hauptwohnsitzes des Patienten) sowie Kraftfahrzeuge umfassen. Das Krankenhaus berücksichtigt ferner alle Verbindlichkeiten, für die der Haushalt des Patienten aufzukommen hat. Die Vermögenswerte eines Patienten werden nicht berücksichtigt, wenn der Patient Dienstleistungen von einem Anbieter der National Health Services Corps oder dem Prime Care Loan-Programm erhält.
- 2.6 Bei der Bestimmung des derzeitigen Anspruchs auf finanzielle Unterstützung können Informationen aus früheren Anträgen eines Patienten (oder eines Mitglieds des Haushalts des Patienten) auf finanzielle Unterstützung herangezogen werden. UPH bedient sich ferner Inkassobüros, die ihm beim Einzug von Forderungen behilflich sind. Wenn diese UPH eine Erklärung hinsichtlich der wahrscheinlichen FPIG-Kategorie eines Patienten unterbreiten, benutzt UPH diese Informationen zur Bestimmung des Anspruchs des Patienten auf finanzielle Unterstützung und der Höhe der zur Verfügung stehenden Ermäßigung.
- 2.7 Vermutliche Anspruchsberechtigung. Patienten, die die in diesem Abschnitt dargelegten Kriterien einer vermutlichen Anspruchsberechtigung erfüllen, wird möglicherweise ohne die Notwendigkeit einer Antragstellung finanzielle Unterstützung gewährt. Die in nachstehendem Abschnitt 2.7.1 aufgeführten Begleitunterlagen in Verbindung mit der Anspruchsberechtigung eines Patienten für bzw. zur Teilnahme an einem Programm müssen eingeholt und aufbewahrt werden. Die Unterlagen können eine Kopie eines amtlichen Ausweises oder eines anderen Dokuments als Nachweis des Anspruchs oder der Berechtigung des Patienten oder einen Bildschirmausdruck der Webseite, die den Anspruch bestätigt, enthalten. Soweit nicht anders vermerkt, bleibt ein Patient, der im Rahmen dieser Kriterien einer vermutlichen Anspruchsberechtigung als anspruchsberechtigt gilt, für einen Zeitraum von zwölf (12) Monaten nach dem Datum der ersten Bewilligung anspruchsberechtigt, es sei denn, das Krankenhauspersonal hat Grund zu der Annahme, dass der Patient die Kriterien einer vermutlichen Anspruchsberechtigung nicht mehr erfüllt.

2.7.1 Patienten, die anspruchsberechtigt sind und Leistungen aus den folgenden Programmen beziehen, haben unter Umständen eine vermutliche Anspruchsberechtigung auf hundertprozentige finanzielle Unterstützung:

2.7.1.1 *Das Lebensmittelmarkenprogramm des U.S. Department of Agriculture Food and Nutrition Service.*

2.7.1.2 Beschränkte Anspruchsberechtigung – Illegale, ohne Ausweispapiere vorstellige Personen/3-Tages-Notfallzeitraum. Das Iowa Department of Human Services gewährt innerhalb eines Zeitraums von maximal drei Tagen die Begleichung der Kosten für medizinische Notfallbehandlungen von Personen ohne Ausweispapiere, die die staatsbürgerschaftsrechtlichen Anforderungen, den Status als dauerhaft in den USA niedergelassener Ausländer oder die Anforderungen in Verbindung mit dem Besitz einer Sozialversicherungsnummer nicht erfüllen. Die medizinische Notfallbehandlung muss in einem Krankenhaus erfolgen, das die erforderliche medizinische Versorgung nach Eintritt des medizinischen Notfalls bereitstellen kann. Die vermutliche Anspruchsberechtigung für diese Kategorie wird als zwölf (12) Monate ab dem Datum des Notfalls gültig angesehen.

2.7.1.3 Medicaid-Programm (ausschließlich „Lock-in“ und/oder „Spend-down“)

2.7.1.4 Ernährungshilfeprogramm für Frauen, Säuglinge und Kinder („WIC“)

2.8 Staatliche Vorschriften, die zusätzliche und/oder strengere Anforderungen erfüllen, werden in diesen Staaten befolgt.

3. Übermittlung von Informationen zu finanzieller Unterstützung.

3.1 Jedes Krankenhaus übermittelt die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung an alle Patienten und innerhalb der Gemeinde. Kopien der Richtlinie zu finanzieller Unterstützung (Richtlinie 1.BR.34), des Antrags auf finanzielle Unterstützung und der Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache sind per Post, auf der Webseite jedes Krankenhauses und vor Ort in jedem Krankenhaus erhältlich.

3.2 Das UPH Central Billing Office steht telefonisch unter +1 (888) 343-4165 zur Verfügung, um Fragen zu der Richtlinie zu beantworten; alternativ können Patienten an der Kasse des Krankenhauses Informationen einholen.

- 3.3 UPH-Krankenhäuser erstellen für diese Richtlinie eine Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache.
 - 3.3.1 Die Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache ist per Post, auf der Webseite des jeweiligen Krankenhauses und vor Ort im Krankenhaus selbst erhältlich.
 - 3.3.2 Die Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache wird im Rahmen des Krankenhauseinlieferungs- und/oder -entlassungsverfahrens ausgehändigt.
 - 3.3.3 Die Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache muss beigefügt werden, wenn ein Patient schriftlich darüber benachrichtigt wird, dass außergewöhnliche Inkassomaßnahmen gegen ihn ergriffen werden. Die außergewöhnlichen Inkassomaßnahmen, die von einem Krankenhaus durchgeführt werden können, sind in der UPH-Richtlinie 1.BR.40, Rechnungsstellung und Inkasso, aufgeführt. Eine Kopie dieser Richtlinie ist in jedem Krankenhaus und auf der jeweiligen Website des Krankenhauses erhältlich.
 - 3.4 Diese Richtlinie zu finanzieller Unterstützung, die Zusammenfassung in allgemeinverständlicher Sprache und sämtliche Formulare im Zusammenhang mit finanzieller Unterstützung müssen in Englisch und jeder anderen Sprache verfügbar sein, in der Bevölkerungsgruppen mit unzureichenden Englischkenntnissen (Limited English Proficiency, (LEP) entweder 1.000 Personen oder mehr als 5 % der von dem Krankenhaus betreuten Gemeinde, je nachdem, welche Zahl niedriger ist, ausmachen. Diese übersetzten Dokumente sind per Post, auf der Webseite des jeweiligen Krankenhauses und vor Ort im Krankenhaus selbst erhältlich.
 - 3.5 Diese Mitteilungen und Dokumente können elektronisch übermittelt werden.
 - 3.6 Staatliche Vorschriften, die zusätzliche und/oder strengere Anforderungen an die Kommunikation von Informationen zu finanzieller Unterstützung vorsehen, werden in diesen Staaten befolgt.
4. Verfahren zur Beantragung finanzieller Unterstützung.
- 4.1 Patient beantragt Versicherungsschutz oder bittet um die Unterstützung durch einen Dritten. Um für finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen zu werden, muss der Patient zunächst andere Finanzquellen beantragen, die möglicherweise zur Deckung der medizinischen Versorgungskosten des Patienten zur Verfügung stehen, beispielsweise Medicaid, Medicare, Haftpflichtversicherung etc. Patienten, die über eine gültige Gesundheitsversorgung durch Anbieter außerhalb des UPH-Netzes verfügen,

müssen sich zuerst an diese wenden, bevor sie für finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen werden.

4.1.1 Diese Richtlinie trifft nicht auf den Teil der Dienstleistungen eines Patienten zu, der von einem Erst- oder Drittzahler, beispielsweise einem KFZ-Versicherungsunternehmen oder einer Arbeitsunfallversicherung, übernommen wurde/werden kann. Wie in den Bundesstaaten Iowa, Illinois und Wisconsin zulässig, kann das Krankenhaus in dem Fall, dass ein Patient nach einem Unfall oder einer Verletzung zu medizinischen Leistungen vorstellig wird, die Drittzahlung pfänden.

4.2 Der Patient muss den Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen. Um für finanzielle Unterstützung in Betracht gezogen zu werden, muss der Patient dem Krankenhaus einen ausgefüllten Antrag auf finanzielle Unterstützung und die erforderlichen Begleitdokumente vorlegen. Der Antrag kann mithilfe von Informationen, die schriftlich, mündlich oder durch eine Kombination der Vorstehenden eingeholt werden, ausgefüllt werden.

4.3 Patient wird hinsichtlich seiner Anspruchsberechtigung benachrichtigt. Nach Eingang der Patienteninformationen benachrichtigt das Krankenhaus den Patienten hinsichtlich seiner Anspruchsberechtigung innerhalb einer angemessenen Zeit.

4.3.1 Wenn einem Patient finanzielle Unterstützung gewährt wird, ist die Genehmigung für zwölf (12) Monate nach dem Datum der ursprünglichen Genehmigung gültig. Die Genehmigung für finanzielle Unterstützung kann jedoch überarbeitet oder zurückgenommen werden, wenn die finanzielle Situation des Patienten und das Einkommen des Patienten nicht mehr die Kriterien für finanzielle Unterstützung dieser Richtlinie erfüllen.

4.3.2 Wenn der Patient zunächst keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, kann er bei Veränderungen bei seinem Einkommen, seinen Vermögenswerten oder seinen familiären Verantwortlichkeiten einen neuen Antrag stellen.

4.3.3 Ein Patient, der Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, muss mit dem Krankenhaus zusammenarbeiten, um einen angemessenen Zahlungsplan aufzustellen, der sein verfügbares Einkommen und seine Vermögenswerte, die Höhe der ermäßigten Rechnung(en) und etwaige frühere Zahlungen berücksichtigt.

4.3.3.1 Ein Patient, der Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, hat sich nach besten Kräften zu bemühen, die Zahlungspläne einzuhalten. Der Patient ist dafür verantwortlich, etwaige

Veränderungen bei seiner finanziellen Situation mitzuteilen, die sich auf seine Fähigkeit, die ermäßigten Rechnungen für medizinische Versorgung zu bezahlen oder seinen Verpflichtungen in Verbindung mit etwaigen Zahlungsplänen nachzukommen, auswirken können.

- 4.4 Staatliche Vorschriften, die zusätzliche und/oder strengere Anforderungen an die Kommunikation von Informationen zu finanzieller Unterstützung vorsehen, werden in diesen Staaten befolgt.

Kevin E. Vermeer
UPH President

RESSOURCEN:

Abgabenordnung der USA (Internal Revenue Code) Abschnitt 501(r); 79 FR 78954
(31. Dezember 2014)

ANHANG A – Bundes-Armuts-Richtlinien

Bundes-Armuts-Richtlinien 2019

Familiengröße	Armuts-Richtwerte
1	12.490 USD
2	16.910 USD
3	21.330 USD
4	25.750 USD
5	30.170 USD
6	34.590 USD
7	39.010 USD
8	43.430 USD

Für Familien/Haushalte mit mehr als acht Personen fkommen für jede zusätzliche Person 4.420 USD hinzu.

ANHANG B - GESETZE DES BUNDESSTAATES ILLINOIS

Für Patienten, die in einem UPH-Krankenhaus im US-Bundesstaat Illinois („IL UPH-Krankenhaus“) behandelt werden, gelten die folgenden zusätzlichen Anforderungen. Wenn eine Bestimmung in diesem Anhang A einer Bestimmung in der Richtlinie widerspricht, sollte die Bestimmung mit den strengeren Anforderungen angewendet werden.

I. Definitionen

Gesundheitsplan bezeichnet eine Krankenversicherungsgesellschaft, eine Organisation für die Aufrechterhaltung der Gesundheit, eine Vereinbarung über bevorzugte Leistungserbringer oder einen in Illinois bevollmächtigten Verwalter einer Drittpartei, um Richtlinien oder Abonnentenverträge auszustellen oder diese Richtlinien und Verträge zu verwalten, im Rahmen derer die in einem Krankenhaus erbrachten stationären und ambulanten Leistungen erstattet werden. Der Gesundheitsplan umfasst keine staatlich finanzierten Programme wie Medicare oder Medicaid, Arbeitsunfallversicherungen und Unfallhaftpflichtversicherungen.

Versicherter Patient bedeutet ein Patient, der durch einen Gesundheitsplan versichert ist.

Unversicherter Patient bezeichnet einen Patienten, der nicht durch einen Gesundheitsplan versichert ist und kein Begünstigter gemäß einem staatlich finanzierten Programm, einer Arbeitsunfallversicherung oder einer Unfallhaftpflichtversicherung ist.

II. Ermäßigungen für unversicherte Patienten (auch in 1.BR.33)

1. Ein IL UPH-Krankenhaus gewährt jedem unversicherten Patienten, der eine Ermäßigung beantragt und ein Familieneinkommen von nicht mehr als 600 % des Bundes-Armut-Richtwerts hat, für alle medizinisch notwendigen Gesundheitsdienstleistungen von mehr als 300 USD bei jeder stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung eine Ermäßigung auf seine Kosten.
2. Ein IL UPH-Krankenhaus gewährt jedem unversicherten Patienten, der eine Ermäßigung beantragt und ein Familieneinkommen von nicht mehr als 200 % des Bundes-Armut-Richtwerts hat, für alle medizinisch notwendigen Gesundheitsdienstleistungen von mehr als 300 USD bei jeder stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung eine 100 %ige gemeinnützige Ermäßigung auf seine Kosten.

C. Ermäßigungen. Für alle Gesundheitsdienstleistungen, die 300 USD bei einer stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung überschreiten, erhebt ein

IL UPH-Krankenhaus von einem berechtigten unversicherten Patienten nicht mehr als die Gebühren, abzüglich des Betrags der Ermäßigung für unversicherte Patienten.

D. Maximaler Inkassobetrag.

1. Der Höchstbetrag, der in einem Zeitraum von 12 Monaten für Gesundheitsdienstleistungen, die von einem IL UPH-Krankenhaus für nicht versicherte Patienten erbracht werden, eingefordert werden kann, beträgt 25 % des Familieneinkommens des unversicherten Patienten und unterliegt der weiteren Berechtigung des unversicherten Patienten gemäß diesem Abschnitt.
2. Der Zeitraum von 12 Monaten, für den der Höchstbetrag gilt, beginnt mit dem ersten Tag, an dem ein unversicherter Patient Gesundheitsdienstleistungen erhält, für die die Ermäßigung in diesem IL UPH-Krankenhaus festgelegt wurde.
3. Um diese maximale Ermäßigung auf spätere Kosten anwenden zu können, muss der unversicherte Patient das IL UPH-Krankenhaus bei späteren stationären oder ambulanten Behandlungen darüber informieren, dass der unversicherte Patient zuvor von diesem Krankenhaus Gesundheitsdienstleistungen erhalten hat und als Anspruchsberechtigter für die Ermäßigungen für unversicherte Patienten eingestuft wurde. Zu diesem Zweck sollten die unversicherten Patienten die zentrale Rechnungsstelle des UPH (Central Invoice Office) unter +1 (888) 343-4165 kontaktieren.

E. Jede Rechnung, Abrechnung oder sonstige Zusammenfassung der Gebühren an einen unversicherten Patienten von einem IL UPH-Krankenhaus beinhaltet eine gut sichtbare Aussage, dass ein unversicherter Patient, der bestimmte Einkommensanforderungen erfüllt, für eine Ermäßigung für unversicherte Patienten in Frage kommen kann und Informationen bezüglich der Art und Weise der Antragsstellung im Rahmen der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung durch das IL UPH-Krankenhaus enthalten.

F. Verantwortung des Patienten.

1. Ein IL UPH-Krankenhaus kann die Verfügbarkeit einer Ermäßigung gewähren und der in diesem Abschnitt festgelegte maximale Inkassobetrag hängt davon ab, ob der unversicherte Patient zuerst eine Deckung im Rahmen öffentlicher Programme wie Medicare, Medicaid, des staatlichen Kindergesundheitsprogramms oder anderer beantragt hat.

2. Ein IL UPH-Krankenhaus muss einem nicht versicherten Patienten erlauben, innerhalb von 60 Tagen nach dem Datum der Entlassung oder der Erbringung der Dienstleistung eine Ermäßigung zu beantragen.

G. Patientendokumentation.

1. Verifizierung des Einkommens. Ein IL UPH-Krankenhaus kann einen unversicherten Patienten, der eine Ermäßigung für unversicherte Patienten beantragt, dazu auffordern, das Einkommen der Familie nachzuweisen. Ein akzeptabler Nachweis muss einen oder mehrere der folgenden Belege beinhalten:
 - a. Letzte Steuererklärung;
 - b. Aktuellste Formulare W-2 und 1099;
 - c. Die zwei letzten Gehalts-/Lohnbescheinigungen;
 - d. Schriftlicher Einkommensnachweis eines Arbeitgebers bei Barzahlung; oder
 - e. Eine andere angemessene Form der Einkommensüberprüfung durch Dritte, die für das IL UPH-Krankenhaus als akzeptabel erachtet wird.
2. Überprüfung von Vermögenswerten. Ein IL UPH-Krankenhaus kann von einem nicht versicherten Patienten verlangen, der eine Ermäßigung für unversicherte Patienten beantragt, das Vorhandensein von Vermögenswerten des unversicherten Patienten zu bestätigen und den Wert dieser Vermögenswerte zu dokumentieren. Akzeptable Belege können Erklärungen von Finanzinstituten oder Belege über den Wert des Vermögenswerts durch Drittparteien enthalten. Falls keine Verifizierung durch Drittparteien existiert, muss der unversicherte Patient den geschätzten Wert des Vermögenswerts bestätigen.
3. Verifizierung des Wohnsitzes im Bundesstaat Illinois. Ein IL UPH-Krankenhaus kann einen unversicherten Patienten, der eine Ermäßigung für unversicherte Patienten beantragt, dazu auffordern, seinen Wohnsitz im Bundesstaat Illinois nachzuweisen. Ein akzeptabler Nachweis muss einen oder mehrere der folgenden Belege beinhalten:
 - a. Beliebige, oben unter den Bestimmungen zum Nachweis des Einkommens aufgeführte Dokumente;

- b. Gültiger, vom Staat ausgegebener Personalausweis (ID Card);
- c. Aktuelle Rechnung eines Versorgungsunternehmens (Strom, Gas, Wasser);
- d. Mietvertrag;
- e. Fahrzeugschein;
- f. Nachweis des Eintrags in das Wählerverzeichnis;
- g. Ein an den unversicherten Patienten an dessen Anschrift in Illinois gerichtetes Schreiben von einer staatlichen Behörde oder einer anderen glaubwürdigen Quelle;
- h. Erklärung eines Familienmitglieds des unversicherten Patienten, der an derselben Adresse wohnhaft ist und die Anschrift des Patienten bestätigt; oder
- i. Schreiben von einem Obdachlosenheim, einem vorübergehenden Wohnheim oder einer ähnlichen Einrichtung, die bestätigt, dass der unversicherte Patient in der Einrichtung wohnt.

III. Vermutliche Anspruchsberechtigung

- A. Zusätzlich zu den Kriterien zur vermutlichen Anspruchsberechtigung in Abschnitt 2.7.1 der Richtlinie müssen die IL UPH-Krankenhäuser die folgenden Kriterien für eine vermutete Anspruchsberechtigung für unversicherte Patienten enthalten:
 - 1. Obdachlosigkeit;
 - 2. Verstorben ohne Nachlass;
 - 3. Geistige Handlungsunfähigkeit, ohne dass jemand im Namen des Patienten handelt;
 - 4. Medicaid-Berechtigung, jedoch nicht zum Zeitpunkt der Dienstleistung oder für nicht abgedeckte Dienstleistung;
 - 5. Aufnahme in die folgenden Unterstützungsprogramme für Personen mit niedrigem Einkommen, die die Auswahlkriterien

eines Einkommens von bis zu 200 % des Bundes-Armuts-Richtwerts erfüllen:

- a. Hilfsprogramm für Nahrungsergänzungsmittel (Additional Nutrition Assistance Program, SNAP);
- b. Programm für kostenloses Mittagessen und Frühstück des Bundesstaates Illinois (Illinois Free Lunch and Breakfast Program);
- c. Programm für Haushaltsenergiezuschüsse für Einkommensschwache (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP);
- d. Teilnahme an einem organisierten kommunalen Programm, das den Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglicht und das die eingeschränkte finanzielle Situation mit niedrigem Einkommen als Kriterium für die Mitgliedschaft bewertet und dokumentiert;
- e. Erhalt von Zuschüssen für medizinische Dienstleistungen.

IV. Kommunikation der Verfügbarkeit der finanziellen Unterstützung.

A. Zusätzlich zu den Bestimmungen in den Abschnitten 3.1 bis 3.5 der Richtlinie muss ein IL UPH-Krankenhaus auch die folgenden Schritte unternehmen, um Patienten über die Möglichkeiten finanzieller Unterstützung zu informieren:

1. Schilder.

- a. Jedes IL UPH-Krankenhaus muss ein Schild mit der folgenden Mitteilung aufstellen/aufhängen: *„Sie haben möglicherweise Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß den Bedingungen, die das Krankenhaus qualifizierten Patienten anbietet. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an [Krankenhausvertreter].“*
- b. Das Schild ist in den Aufnahme- und Registrierungsbereichen des IL UPH-Krankenhauses auffällig anzubringen.
- c. Das Schild muss in Englisch und in jeder anderen Sprache sein, die die Primärsprache von mindestens 5 % der Patienten ist, die jährlich vom IL UPH-Krankenhaus versorgt werden.

2. Webseiten. Jedes IL UPH-Krankenhaus, das eine Website hat, muss an einer gut sichtbaren Stelle auf der Website Informationen darüber veröffentlichen, dass im Krankenhaus finanzielle Unterstützung verfügbar ist und wie das Antragsverfahren für die finanzielle Unterstützung abläuft. Außerdem muss eine Kopie des Antrags auf finanzielle Unterstützung zur Verfügung gestellt werden.
 3. Schriftliche Materialien. Jedes IL UPH-Krankenhaus muss Informationen bezüglich der finanziellen Unterstützung des Krankenhauses in Form einer schriftlichen Broschüre, eines Antrags auf finanzielle Unterstützung oder eines anderen schriftlichen Materials im Aufnahme- oder Registrierungsbereich des Krankenhauses zur Verfügung stellen.
- V. Anforderungen für Anträge auf finanzielle Unterstützung für IL UPH-Krankenhäuser.
- A. Die Anträge auf finanzielle Unterstützung des IL UPH-Krankenhauses müssen Folgendes enthalten:

1. Eine Eröffnungserklärung, die folgenden Abschnitte enthält:

Wichtig: SIE KÖNNEN MÖGLICHERWEISE KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE VERSORGUNG ERHALTEN: Das Ausfüllen dieses Antrags hilft UnityPoint Health zu bestimmen, ob Sie für kostenlose oder vergünstigte Dienstleistungen oder andere öffentliche Programme in Frage kommen, durch die Sie Unterstützung bei der Bezahlung Ihrer medizinischen Rechnungen bekommen können. Bitte reichen Sie diesen Antrag auf eine der folgenden Arten ein:

Per Post an die folgende Adresse: UnityPoint Health – Central Billing Office, ATTN: FA Team, 6200 Thornton, Suite 100, Des Moines, IA 50321, USA

Per E-Mail an FA_CBO_Request@unitypoint.org

Per Fax an +1 (515) 362-5055. Schreiben Sie „FA Application“ auf das Faxdeckblatt.

WENN SIE NICHT VERSICHERT SIND, IST EINE SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER NICHT ERFORDERLICH, UM FÜR KOSTENLOSE ODER ERMÄSSIGTE VERSORGUNG IN FRAGE ZU KOMMEN. Eine Sozialversicherungsnummer ist jedoch für einige öffentliche Programme erforderlich, einschließlich Medicaid. Die Angabe einer Sozialversicherungsnummer ist nicht erforderlich, wird aber dem Krankenhaus helfen, zu bestimmen, ob Sie für öffentliche Programme in Frage kommen.

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und reichen Sie es persönlich, per Post, E-Mail oder per Fax innerhalb von 60 Tagen nach der Entlassung oder dem Erhalt ambulanter Pflege beim Krankenhaus ein, um kostenlose oder vergünstigte Pflege zu beantragen.

Der Patient bestätigt, nach bestem Wissen und Gewissen, alle erforderlichen Informationen zur Verfügung gestellt zu haben, um das Krankenhaus bei der Feststellung zu unterstützen, ob der Patient für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommt.

HINWEIS: Die Einsendefrist für dieses Formular von 60 Tagen nach dem Entlassungsdatum oder dem Erhalt der ambulanten Versorgung, die in der Eröffnungserklärung erwähnt ist, kann durch das Krankenhaus verlängert aber nicht verkürzt werden.

2. Patienteninformationen, die auf Folgendes beschränkt sind:
 - a. Name des Patienten;
 - b. Geburtsdatum des Patienten;
 - c. Adresse des Patienten;
 - d. Angabe, ob der Patient in Illinois ansässig war, als die Versorgung durch das Krankenhaus erbracht wurde;
 - e. Angabe, ob der Patient an einem mutmaßlichen Unfall beteiligt war;
 - f. Angabe, ob der Patient Opfer eines mutmaßlichen Verbrechens war;
 - g. Sozialversicherungsnummer des Patienten (nicht erforderlich, wenn Sie nicht versichert sind);
 - h. Telefonnummer oder Mobilfunknummer des Patienten;
 - i. E-Mail-Adresse des Patienten;
 - j. In Fällen, in denen ein Ehepartner oder Partner für den Patienten bürgt oder in denen ein Elternteil oder ein Erziehungsberechtigter für einen Minderjährigen bürgt, Name, Anschrift und Telefonnummer des Bürgen. Das Krankenhaus kann entscheiden, diese Informationen nicht einzubeziehen.
3. Informationen über Familie/Haushalt, die auf Folgendes beschränkt sind:

- a. Anzahl der Personen in der Familie/im Haushalt des Patienten;
 - b. Anzahl der Personen, denen gegenüber der Patient unterhaltspflichtig ist;
 - c. Alter der Personen, denen gegenüber der Patient unterhaltspflichtig ist.
4. Familieneinkünfte und Beschäftigungsinformationen des Patienten, die auf Folgendes beschränkt sind:
- a. Ob der Patient oder dessen Ehepartner oder Lebenspartner derzeit erwerbstätig ist/sind;
 - b. Wenn der Patient minderjährig ist, ob die Eltern oder Erziehungsberechtigten des Patienten derzeit erwerbstätig sind;
 - c. Wenn der Patient oder dessen Ehepartner oder Lebenspartner erwerbstätig ist/sind, Name, Adresse und Telefonnummer aller Arbeitgeber;
 - d. Wenn die Eltern oder Erziehungsberechtigten eines minderjährigen Patienten erwerbstätig sind, Name, Adresse und Telefonnummer aller Arbeitgeber;
 - e. Ob der Patient geschieden oder getrennt lebend ist oder Partei in einem Scheidungsverfahren war, unabhängig davon, ob der ehemalige Ehepartner oder Lebenspartner für die medizinische Versorgung des Patienten gemäß der Scheidungs- oder Trennungvereinbarung finanziell verantwortlich ist;
 - f. Monatliches Bruttoeinkommen der Familie, einschließlich der Fälle, in denen ein Ehepartner oder Lebenspartner für den Patienten bürgt oder in denen ein Elternteil oder ein Erziehungsberechtigter für einen Minderjährigen bürgt, aus Quellen wie unselbstständiger Arbeit, Selbständigkeit, Arbeitslosengeld, Sozialversicherung, Erwerbsunfähigkeitsrente, Veteranenrente, Erwerbsunfähigkeitsrente von Veteranen, private Erwerbsunfähigkeitsrente, Arbeitnehmervergütung, vorübergehende Unterstützung für bedürftige Familien, Renteneinkommen, Kindergeld, Unterhalt, sonstige ehedpartnerliche Unterstützung und sonstige Einkünfte.
 - g. Dokumentation des Familieneinkommens aus Lohn-/Gehaltsabrechnungen, Leistungsnachweisen,

Bewilligungsschreiben, Gerichtsbeschlüssen,
Steuererklärungen oder anderen vom Patienten zur Verfügung
gestellten Unterlagen.

5. Informationen zu Versicherungen/Sozialleistungen, unter anderem Krankenversicherung, Medicare, Medicare Supplement, Medicaid und Veteranenbezüge.
6. Informationen zu Vermögenswerten und geschätzten Vermögenswerten, die sich auf Schecks, Ersparnisse, Bestände, Einlagenzertifikate, Investmentfonds, Automobile oder andere Fahrzeuge, Immobilien und Gesundheitssparverträge/Girokonten beschränken.
7. Informationen zu monatlichen Ausgaben und geschätzten Ausgaben, die sich auf Wohnraum, Nebenkosten, Lebensmittel, Transport, Kinderbetreuung, Darlehen, medizinische Ausgaben und andere Ausgaben beschränken.
8. Eine Bestätigungserklärung, die nur Folgendes enthalten muss:

„Ich bestätige, dass sämtliche Angaben in diesem Antrag nach meinem besten Wissen wahr und richtig sind. Ich werde jegliche bundesstaatliche, nationale oder lokale Unterstützung beantragen, die für die Bezahlung dieser Krankenhausrechnung in Frage kommen könnte. Mir ist bekannt, dass die bereitgestellten Informationen durch das Krankenhaus überprüft werden können und ich ermächtige das Krankenhaus, Drittparteien zu kontaktieren, um die Richtigkeit der in diesem Antrag bereitgestellten Informationen zu überprüfen. Ich verstehe, dass ich, wenn ich wissentlich unrichtige Informationen in diesem Antrag mache, für finanzielle Unterstützung nicht in Frage komme und dass finanzielle Unterstützung, die mir gewährt wurde, zurückgefordert werden kann und ich in diesem Fall für die Zahlung der Krankenhausrechnung selbst verantwortlich sein werde.

Unterschrift des Patienten oder Antragstellers und Datum.“

9. Der Antrag muss den Vermerk enthalten, dass wenn der Patient die in der UPH-Richtlinie 1.BR.34 enthaltenen Kriterien der vermutlichen Anspruchsberechtigung erfüllt oder aufgrund des Familieneinkommens des Patienten anderweitig vermutlich beihilfefähig ist, er nicht verpflichtet ist, die Teile des Antrags auszufüllen, in denen Informationen zu monatlichen Ausgaben und geschätzten Kosten im Rahmen der UPH-Richtlinie 1.BR.34 angegeben werden müssen.

- B. Jedes IL UPH-Krankenhaus muss einen jährlichen Bericht zur finanziellen Unterstützung des Krankenhauses an das Büro des Generalinspektors Illinois übermitteln, der Folgendes umfasst:
1. Eine Kopie des Finanzhilfeantrags des Krankenhauses;
 2. Eine Kopie der Richtlinie über die vermutliche Anspruchsberechtigung des Krankenhauses, in der sämtliche durch das Krankenhaus angewendeten Kriterien aufgeführt sind, anhand derer festgestellt wird, ob ein Patient vermutlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung durch das Krankenhaus hat;
 3. Statistiken zur finanziellen Unterstützung im Krankenhaus für das letzte Geschäftsjahr, die Folgendes umfassen:
 - a. Die Anzahl der eingereichten Finanzhilfeanträge, sowohl vollständig als auch unvollständig;
 - b. Die Anzahl der Finanzhilfeanträge, die das Krankenhaus gemäß ihrer Richtlinie zur vermutlichen Anspruchsberechtigung genehmigt hat;
 - c. Die Anzahl der Finanzhilfeanträge, die das Krankenhaus außerhalb ihrer Richtlinie zur vermutlichen Anspruchsberechtigung genehmigt hat;
 - d. Die Anzahl der Finanzhilfeanträge, die vom Krankenhaus abgelehnt wurden;
 - e. Der Gesamtbetrag der finanziellen Unterstützung, die vom Krankenhaus bereitgestellt wurde, basierend auf den tatsächlichen Versorgungskosten
- C. Einreichungsverfahren für den Bericht über die finanzielle Unterstützung des IL UPH-Krankenhauses
1. Jedes IL UPH-Krankenhaus, das jährlich beim Amt des Generalstaatsanwalts einen Sozialleistungsbericht gemäß dem Community Benefits Act einreicht, muss gleichzeitig seinen jährlichen Bericht über die finanzielle Unterstützung des Krankenhauses zusammen mit dem Sozialleistungsbericht einreichen.
 2. Jedes IL UPH-Krankenhaus, das nicht verpflichtet ist, jährlich einen Sozialleistungsbericht einzureichen, muss seinen jährlichen Bericht über die finanzielle Unterstützung des Krankenhauses zusammen mit dem Arbeitsblatt C Teil I seines Medicare-Kostenberichts einreichen,

der zuletzt gemäß dem Hospital Uninsured Patient Discount Act eingereicht wurde.

D. Elektronische Medien und Informationstechnologie

1. Jedes IL UPH-Krankenhaus, das bei der Umsetzung der Anforderungen für die Beantragung von finanzieller Unterstützung elektronische Medien und Informationstechnologie (EIT) einsetzt, muss dem Büro des Generalstaatsanwalts in Illinois zum Zeitpunkt der Einreichung seines Berichts über die finanzielle Unterstützung des Krankenhauses jährlich die verwendeten EIT und die Quelle der EIT nachweisen. Das Krankenhaus muss jährlich bescheinigen, dass alle Anforderungen für die Beantragung von Finanzhilfen in den vom EIT bearbeiteten Anträgen enthalten sind.
2. Jedes IL UPH-Krankenhaus, das bei der Umsetzung der Anforderungen für die vermutliche Anspruchsberechtigung EIT einsetzt, muss dem Büro des Generalstaatsanwalts in Illinois zum Zeitpunkt der Einreichung seines Berichts über die finanzielle Unterstützung des Krankenhauses jährlich die verwendeten EIT und die Quelle der EIT nachweisen. Das Krankenhaus muss jährlich bescheinigen, dass alle Anforderungen für vermutliche Anspruchsberechtigung in den vom EIT bearbeiteten Anträgen enthalten sind.

Quellen: IL Public Act 95 965; IL Public Act 94 885

ANHANG C - ALLGEMEIN IN RECHNUNG GESTELLTE BETRÄGE

(Aktualisiert am 11.08.2019)

	Allgemein in Rechnung gestellte Beträge (Amounts Generally Billed, AGB) als Prozentsatz der Gebühren	AGB- Ermäßigung
UnityPoint Health Cedar Rapids – St. Luke's/Jones Regional Medical Center	52%	48%
UnityPoint Health Cedar Rapids – St. Luke's Methodist Hospital	33%	67%
UnityPoint Health Des Moines – John Stoddard Cancer Center	25%	75%
UnityPoint Health Des Moines – Blank Children's Hospital	25%	75%
UnityPoint Health Des Moines – Grinnell Regional Medical Center	39%	61%
UnityPoint Health Des Moines – Iowa Lutheran Hospital	28%	72%
UnityPoint Health Des Moines – Iowa Methodist Medical Center	25%	75%
UnityPoint Health Des Moines – Methodist West Hospital	25%	75%
UnityPoint Health Dubuque – The Finley Hospital	34%	66%
UnityPoint Health Fort Dodge – Trinity Regional Medical Center	33%	67%
UnityPoint Health Keokuk – Keokuk Area Hospital	34%	66%
UnityPoint Health Peoria – Methodist Medical Center of Illinois	23%	77%
UnityPoint Health Peoria – Pekin Memorial Hospital	21%	79%
UnityPoint Health Peoria – Proctor Hospital	21%	79%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Bettendorf	35%	65%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Moline	31%	69%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Rock Island	31%	69%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Muscatine	38%	62%

UnityPoint Health Sioux City – St. Luke's Regional Medical Center	42%	58%
UnityPoint Health Waterloo – Allen Memorial Hospital Corporation	38%	62%
UnityPoint Health Waterloo – UnityPoint Health Marshalltown	37%	63%

ANHANG D - Abgedeckte Dienstleistungen und Anbieterpraxen nach Krankenhäusern
(Aktualisiert am 11.01.2019)

Folgende UnityPoint Health Krankenhäuser und Krankenhausorganisationen sind durch die Richtlinie 1.BR.34 für finanzielle Unterstützung von Krankenhauseinrichtungen abgedeckt. Die Dienstleistungen, die Patienten in diesen Krankenhäusern/Krankenhausorganisationen erhalten, sind im Allgemeinen durch die Richtlinie abgedeckt; die unten aufgeführten separaten Abschnitte nach Krankenhäusern erläutern jedoch genauer, welche Dienstleistungen ein Patient in einem bestimmten Krankenhaus/einer bestimmten Krankenhausorganisation, das/die nicht durch diese Richtlinie abgedeckt ist, erhalten kann. Im Rahmen der Aufgaben von UPH möchten wir unsere Krankenhäuser/Krankenhausorganisationen ferner allen Anbietern innerhalb unserer Gemeinden zur Verfügung stellen, egal, ob diese von UnityPoint Health beschäftigt werden oder nicht. Diese Anbieter können Ärzte, Krankenpfleger, Assistenzärzte etc. umfassen. Zum besseren Verständnis dessen, welche dieser Anbieter durch die Richtlinie abgedeckt sind, erläutert das umfassende Anbieterpraxisverzeichnis im Anschluss an die nachstehende Tabelle, ob:

- (1) Ihre professionellen Dienstleistungen durch diese Richtlinie 1.BR.34 für finanzielle Unterstützung von Krankenhauseinrichtungen abgedeckt sind.
- (2) Ihre professionellen Dienstleistungen durch eine separate Richtlinie 1.BR.34(a) für finanzielle Unterstützung von nichtstationären Anbietern von UnityPoint Health abgedeckt sind.
- (3) Ihre professionellen Dienstleistungen nicht durch andere UnityPoint Health Richtlinien zu finanzieller Unterstützung abgedeckt werden, da sie nicht von Unity Point Health beschäftigt werden.

UnityPoint Health Krankenhaus	Dienstleistungen, die nicht durch die Richtlinie zu finanzieller Unterstützung abgedeckt sind (siehe auch nachstehendes separates Anbieterverzeichnis)
UnityPoint Health Anamosa - St. Luke's/Jones Regional Medical Center	Alle Dienstleistungen sind durch diese Richtlinie zu finanzieller Unterstützung abgedeckt.
UnityPoint Health Cedar Rapids - St. Luke's Methodist Hospital	Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für die Notaufnahmeversorgung, Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.

<p style="text-align: center;">UnityPoint Health Krankenhaus</p>	<p style="text-align: center;">Dienstleistungen, die nicht durch die Richtlinie zu finanzieller Unterstützung abgedeckt sind (siehe auch nachstehendes separates Anbieterverzeichnis)</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines - John Stoddard Cancer Center</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines - Blank Children's Hospital</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines – Grinnell Regional Medical Center</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für ENT, Podiatrie, Orthopädie und Radiologie/Tomografie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines - Iowa Lutheran Hospital</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines - Iowa Methodist Medical Center</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>

<p>UnityPoint Health Des Moines - Methodist West Hospital</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Dubuque - Finley Hospital</p>	<p>Die United Clinical Laboratories befinden sich im Finley Hospital, deren Dienstleistungen sind aber nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt, es sei denn ein Patient erhält auch Dienstleistungen durch das Finley Hospital. Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Fort Dodge - Trinity Regional Medical Center</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie und Radiologie/Tomografie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet. Sie sind jedoch versichert, wenn UnityPoint die Rechnung für die oben genannten Leistungen übernimmt.</p>
<p>UnityPoint Health Keokuk – Keokuk Area Hospital</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Notaufnahmeversorgung, Pathologie und Radiologie/Tomografie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Peoria - Greater Peoria Specialty Hospital</p>	<p>Keine der Dienstleistungen sind durch diese Richtlinie zu finanzieller Unterstützung abgedeckt.</p>

<p>UnityPoint Health Peoria - Methodist Medical Center of Illinois</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Peoria – Pekin Memorial Hospital</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Peoria - Proctor Hospital</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet. Im The Illinois Institute for Addiction Recovery erhaltene Dienstleistungen sind nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt.</p>
<p>UnityPoint Health Quad Cities - Trinity Medical Center – Bettendorf</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Radiologie/Tomografie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Quad Cities - Trinity Medical Center – Moline</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Radiologie/Tomografie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>
<p>UnityPoint Health Quad Cities - Trinity Medical Center - Rock Island</p>	<p>Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Radiologie/Tomografie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.</p>

UnityPoint Health Quad Cities - Trinity Muscatine	Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Radiologie/Tomografie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.
UnityPoint Health Sioux City - St. Luke's Regional Medical Center	Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.
UnityPoint Health Waterloo – Allen Memorial Hospital Corporation	Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie, Radiologie/Tomografie und Anästhesie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.
UnityPoint Health Waterloo – UnityPoint Health – Marshalltown	Der ärztliche/professionelle Teil der Leistungen für Pathologie und Radiologie/Tomografie ist nicht durch die Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt und wird separat berechnet.

**DAS FOLGENDE ANBIETERPRAXISVERZEICHNIS WIRD VIERTELJÄHRLICH
AKTUALISIERT**