



**OhioHealth**

**Rehabilitation Hospital**

In partnership with Select Medical

<b>Sektion</b>	<b>Verwaltung</b>	<b>Richtlinien- Nummer</b>	<b>RH-AD-122-L</b>	
<b>Richtlinien- Name</b>	<b><u>Richtlinie für finanzielle Unterstützung - (einschließlich Charity Care)</u></b>			
<b>Ausstellungs- datum</b>	<b>23.02.2016</b>	<b>Überarbe- itungsdat- um</b>	<b>Genehmi- gung</b>	<b>CEO</b>
		<b>12.05.2020</b>	<b>12.05.2020</b>	

**Gedruckte Kopien dienen nur als Referenz. Die aktuellste Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Kopie.**

**Gesetzliche Bestimmungen/Referenzen:**

**Diese Richtlinie entspricht dem Internal Revenue Code, Abschnitt 501(r) und den zugehörigen Treasury Regulations.**

**Aufsicht und Verantwortung:**

**Der Chief Executive Officer des OhioHealth Rehabilitation Hospital ist dafür verantwortlich, diese Richtlinie zu überprüfen, zu überarbeiten, zu aktualisieren und umzusetzen, um die Einhaltung gesetzlicher oder anderer Anforderungen zu gewährleisten.**

*Es liegt in der Verantwortung des Krankenhauses, der Abteilung und des Fachbereichs, die Richtlinie umzusetzen.*

## **Richtlinie für finanzielle Unterstützung**

Die Politik des OhioHealth Rehabilitation Hospital (OHRH) ist es, medizinisch notwendige Versorgung für Patienten ohne Rücksicht auf Rasse, Glauben oder Zahlungsfähigkeit zu leisten. Patienten, die nicht über die Mittel verfügen, um die im OHRH erbrachten Leistungen zu bezahlen, können finanzielle Unterstützung beantragen, die unter den unten aufgeführten Bedingungen gewährt wird. Die Kriterien für den Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie sollen sicherstellen, dass OHRH über die finanziellen Mittel verfügt, um Patienten zu versorgen, die finanziell am bedürftigsten sind.

### **I. Hintergrund**

A. OHRH bietet sowohl stationäres Rehabilitationskrankenhausleistungen als auch ambulante Dienstleistungen an, die in einer Art und Weise betrieben und verwaltet werden, die im Allgemeinen mit den Anforderungen der OhioHealth Foundation gemäß Abschnitt 501(c)(3) des Internal Revenue Code und gemeinnützigen Einrichtungen nach staatlichem Recht übereinstimmen.

B. OHRH verpflichtet sich zur Bereitstellung medizinisch notwendiger Versorgung. „Medizinisch notwendige Versorgung“ wird den Patienten ohne Rücksicht auf Rasse, Glauben oder Zahlungsfähigkeit gewährt.

C. Die Hauptbegünstigten der Richtlinie für finanzielle Unterstützung sind nicht versicherte Patienten, deren jährliches Familieneinkommen 100% der Federal Poverty Income Guidelines (FPG) nicht übersteigt, die von Zeit zu Zeit vom U.S. Department of Health and Human Services veröffentlicht werden und zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für die Gewährung von finanzieller Unterstützung gemäß dieser Richtlinie gelten. Einkommensabhängige finanzielle Unterstützung kann für nicht versicherte und bestimmte andere Patienten mit einem jährlichen Familieneinkommen von bis zu 250% des FPG für stationäre Leistungen und bis zu 400% des FPG für ambulante Leistungen. Patienten, die sich in einer finanziellen oder persönlichen Notlage befinden oder besondere medizinische Umstände haben, können sich ebenfalls für eine Unterstützung qualifizieren. Unter keinen Umständen wird einem Patienten, der nach dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, mehr in Rechnung gestellt als die Beträge, die allgemein für eine solche Behandlung in Rechnung gestellt werden.

### **II. Definitionen**

„Jährliches Familieneinkommen“ umfasst Löhne und Gehälter sowie Lohnnebeneinkünfte, einschließlich Unterhaltszahlungen und Kindergeld,

Sozialversicherungs-, Arbeitslosen- und Arbeiterunfallleistungen, Renten, Zinsen oder Mieteinnahmen der Familie.

„Antrag“ bezeichnet den Prozess der Antragstellung im Rahmen dieser Richtlinie, einschließlich (a) des Ausfüllens des Antrags auf finanzielle Unterstützung des OHRH persönlich oder telefonisch mit einem Vertreter oder (b) der Zusendung oder Übergabe einer ausgefüllten Papierkopie des Antrags auf finanzielle Unterstützung des OHRH an das OHRH oder einen ambulanten OHRH-Klinikstandort.

„CBO“ bedeutet Central Billing and Collections Office.

„OHRH stationär“ bedeutet das OhioHealth Rehabilitation Hospital in der 1087 Dennison Avenue, Columbus, Ohio 43201.

„OHRH ambulant“ bezieht sich auf die vielen ambulanten Therapiekliniken, die in Anhang C **aufgeführt sind**.

„Familie“ bezeichnet den Patienten, den Ehepartner des Patienten (unabhängig davon, wo der Ehepartner lebt) und alle leiblichen oder adoptierten Kinder des Patienten unter achtzehn Jahren, die mit dem Patienten zusammenleben. Wenn der Patient unter achtzehn Jahre alt ist, umfasst die Familie den Patienten, den/die leiblichen oder adoptierten Elternteil(e) des Patienten (unabhängig davon, wo die Eltern leben) und alle leiblichen oder adoptierten Kinder des/der Elternteils/Elternteile unter achtzehn Jahren, die im Haushalt leben.

„FPG“ bezeichnet die Federal Poverty Income Guidelines, die von Zeit zu Zeit vom U.S. Department of Health and Human Services veröffentlicht werden und zum Zeitpunkt der Leistung in Kraft sind.

„HCAP“ ist Ohios Programm zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung (Hospital Care Assurance Program). HCAP ist Ohios Version des vom Bund geforderten Disproportionate Share Hospital Programms. Das HCAP stellt Mittel für Krankenhäuser bereit, die einen unverhältnismäßig hohen Anteil an medizinisch notwendigen Grundleistungen auf Krankenhausniveau für qualifizierte Patienten erbringen.

„Versicherte Patienten“ sind Personen, die über eine gesetzliche oder private Krankenversicherung verfügen.

„Medizinisch notwendige Versorgung“ bedeutet diejenigen Leistungen, die angemessen und notwendig sind, um präventive, palliative, kurative oder restaurative Behandlung für körperliche oder geistige Erkrankungen in Übereinstimmung mit fachlich anerkannten Standards der Gesundheitsversorgung, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung allgemein anerkannt sind, zu diagnostizieren und bereitzustellen.

Die medizinisch notwendige Versorgung umfasst nicht die ambulante Verschreibung von Medikamenten.

„Richtlinie“ bezeichnet diese Richtlinie für finanzielle Unterstützung in der derzeit gültigen Fassung.

„Einwohner“ bedeutet eine Person, die einen legalen Wohnsitz in den Vereinigten Staaten hat und die zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistungen seit mindestens sechs (6) Monaten einen legalen Wohnsitz in dem Staat hat, in dem die medizinischen Leistungen in Anspruch genommen werden, oder die anderweitig die Absicht hat, in dem Staat zu bleiben, in dem die medizinischen Leistungen in Anspruch genommen werden, für mindestens sechs (6) Monate nach Erbringung der Leistungen.

„Nicht versicherte Patienten“ sind Personen: (i) die keine staatliche oder private Krankenversicherung haben; (ii) deren Versicherungsleistungen erschöpft sind; oder (iii) deren Versicherungsleistungen die medizinisch notwendige Versorgung, die der Patient in Anspruch nimmt, nicht abdecken.

### **III. Beziehung zu anderen Richtlinien**

A. HCAP-Richtlinie. OHRH-Teilnehmer am HCAP.  
Alle HCAP-Leistungen unterliegen der HCAP-Richtlinie des OHRH, und nichts in dieser Richtlinie soll oder darf so ausgelegt werden, dass die Unterstützung einer HCAP-berechtigten Person im Rahmen des HCAP eingeschränkt wird. Das HCAP deckt nur grundlegende, medizinisch notwendige Leistungen auf Krankenhausniveau ab.

### **IV. Anspruchsvoraussetzungen für finanzielle Unterstützung**

Patienten, die die nachstehenden Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf die in Abschnitt VII dieser Richtlinie beschriebene Unterstützung.

Patienten, die sich im OHRH stationär oder ambulant behandeln lassen, haben im Rahmen dieser Richtlinie Anspruch auf finanzielle Unterstützung in einer der drei folgenden Kategorien:

#### **A. Einkommensabhängige finanzielle Unterstützung -**

- Patienten, die nicht versichert sind und deren jährliches Familieneinkommen 250% des FPG für stationäre Leistungen und 400% des FPG für ambulante Leistungen nicht überschreitet,
- Die eine medizinisch notwendige Versorgung für stationäre Krankenhausleistungen suchen, und
- Die in Ohio ansässig sind.

B. Zusätzliche Möglichkeiten, sich für eine Unterstützung zu qualifizieren - Ein Patient, der sich nicht anderweitig für eine finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie qualifiziert, aber nicht in der Lage ist, die Kosten für eine medizinisch notwendige Versorgung zu bezahlen, kann unter den folgenden Umständen um Unterstützung bitten:

1. Außergewöhnliche Umstände - Patienten, die mitteilen, dass sie sich in einer extremen persönlichen oder finanziellen Notlage befinden (einschließlich einer unheilbaren Krankheit oder eines anderen katastrophalen medizinischen Zustands).
2. Besondere medizinische Umstände - Patienten, die eine Behandlung benötigen, die nur von medizinischem Personal von OHRH durchgeführt werden kann, oder die aus Gründen der Kontinuität der Versorgung von OHRH fortgesetzte medizinische Leistungen in Anspruch nehmen würden.

Anträge auf Unterstützung aufgrund außergewöhnlicher Umstände oder besonderer medizinischer Umstände werden von Fall zu Fall beurteilt.

- C. Medicaid Screening. Nicht versicherte Patienten, die eine Behandlung im OHRH wünschen, können von einem Vertreter kontaktiert werden, um festzustellen, ob sie für Medicaid in Frage kommen. Nicht versicherte Patienten müssen mit dem Medicaid-Berechtigungsverfahren kooperieren, um Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie zu haben.

## **V. Antragsmethode**

### **A. Einkommensabhängige finanzielle Unterstützung.**

- (i) Jeder Patient, der eine einkommensabhängige finanzielle Unterstützung zu einem beliebigen Zeitpunkt im Termin- oder Abrechnungsprozess beantragt, kann den Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen und wird gebeten, Angaben zum jährlichen Familieneinkommen für den Dreimonatszeitraum unmittelbar vor dem Datum der Prüfung der Anspruchsberechtigung zu machen. Einkommensüberprüfungsdienste von Dritten können als Nachweis für das jährliche Familieneinkommen verwendet werden. Den Antrag auf finanzielle Unterstützung finden Sie in unseren Aufnahmebereichen, auf der Rückseite Ihres gedruckten Nachweises oder von einem Case Manager im OHRH.
- (i) Wenn es eine Diskrepanz zwischen zwei Informationsquellen gibt, kann ein OHRH-Vertreter aus dem Case Management oder dem Business Office zusätzliche Informationen anfordern, um das jährliche Familieneinkommen zu belegen.

### **B. Außergewöhnliche Umstände**

OHRH wird einen Antrag für jeden Patienten einleiten, bei dem OHRH feststellt, dass er einen hohen Saldo hat oder Gefahr läuft, einen hohen Saldo zu haben, oder der eine extreme persönliche oder finanzielle Notlage meldet. OHRH wird vom Patienten Informationen über die finanziellen Verhältnisse und persönlichen

Nöte einholen. Die Entscheidungen werden vom OHRH CBO Manager unter der Leitung des CEO getroffen. Der Patient wird schriftlich über die endgültige Entscheidung benachrichtigt.

### C. Besondere medizinische Umstände

OHRH wird für jeden Patienten, der während des Terminierungs- oder Aufnahmeprozesses als Patient mit potenziell besonderen medizinischen Umständen identifiziert wird, einen Antrag einleiten, und ein Vertreter wird eine Empfehlung des stationären Arztes oder des ambulanten Therapeuten von OHRH einholen, der die Behandlung oder Pflege durchführt oder durchführen würde, um festzustellen, ob der Patient eine Behandlung benötigt, die nur von medizinischem oder therapeutischem Personal des OHRH durchgeführt werden kann, oder ob er von einer fortgesetzten medizinischen Versorgung durch das OHRH profitieren würde, um die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen. Entscheidungen über besondere medizinische Umstände werden vom behandelnden Arzt und/oder dem medizinischen Direktor getroffen. Der Patient wird schriftlich benachrichtigt, wenn er aufgrund besonderer medizinischer Umstände nicht eine finanzielle Unterstützung in Frage kommt.

### D. Unvollständige oder fehlende Anträge.

Die Patienten werden auf fehlende Informationen in dem Antrag auf finanzielle Unterstützung hingewiesen und erhalten eine angemessene Gelegenheit, diese zu ergänzen. Wenn fehlende Informationen nicht bereitgestellt werden, kann OHRH Drittanbieter-Einkommensüberprüfungsdienste nutzen, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung zu vervollständigen.

## **VI. Prozess zur Bestimmung der Anspruchsberechtigung**

A. Finanzgespräch. Ein OHRH-Vertreter des CBO wird versuchen, alle nicht versicherten Patienten, die zum Zeitpunkt der Terminvergabe vermutlich nicht für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, telefonisch zu kontaktieren. Der Finanzberater wird nach Informationen fragen, einschließlich der Familiengröße, der Quellen des Familieneinkommens und anderer finanzieller oder mildernder Umstände, die die Anspruchsberechtigung gemäß dieser Richtlinie unterstützen, und den Antrag entsprechend ausfüllen. Zum Zeitpunkt des Termins oder bei der Aufnahme werden die Patienten gebeten, den OHRH-Vertreter und den Antrag auf finanzielle Unterstützung zu unterschreiben.

B. Anträge. Jeder Antrag auf finanzielle Unterstützung, egal ob er persönlich ausgefüllt, abgegeben oder eingeschickt wurde, wird zur Prüfung und Bearbeitung an den OHRH-Vertreter weitergeleitet.

C. Bestimmung der Anspruchsberechtigung. Ein OHRH-Vertreter des CBO wird alle Anträge auf finanzielle Unterstützung bewerten und bearbeiten. Der Patient wird schriftlich über die Entscheidung der Anspruchsberechtigung benachrichtigt. Patienten, die sich für eine weniger als 100%ige finanzielle Unterstützung qualifizieren, erhalten ein Schreiben mit dem angegebenen Prozentsatz der Abdeckung.

## **VII. Grundlage für die Berechnung der den Patienten in Rechnung gestellten Beträge, Umfang und Dauer der finanziellen Unterstützung**

Patienten, die Anspruch auf die Gewährung von einkommensabhängiger finanzieller Unterstützung gemäß der Richtlinie haben, erhalten Unterstützung gemäß den folgenden Einkommenskriterien:

- Wenn Ihr jährliches Familieneinkommen bis zu 100 % des FPG für stationäre Leistungen oder 150 % des FPG für ambulante Leistungen beträgt, erhalten Sie kostenlose Versorgung.
- Wenn Ihr jährliches Familieneinkommen zwischen 101% und 250% des FPG liegt, erhalten Sie für stationäre Leistungen des OHRH eine Ermäßigung von den Bruttokosten auf den „allgemein in Rechnung gestellten Betrag“ (AGB) für versicherte Patienten.
- Wenn Ihr jährliches Familieneinkommen zwischen 151% und 400% des FPG liegt, erhalten Sie für ambulante Leistungen des OHRH eine Ermäßigung von den Bruttokosten auf den „allgemein in Rechnung gestellten Betrag“ (AGB) für versicherte Patienten. Siehe Anhang D.
- Ermäßigung = 100% - 57%

OHRH hat sich bei stationären und ambulanten Behandlungen für die Verwendung der Look-Back-Methode entschieden, bei der der „allgemein in Rechnung gestellte Betrag“ (ABG) auf den Medicare-Bruttoleistungskosten basiert, wie sie im Internal Revenue Code (IRC) §501(r)(5) und allen Verordnungen oder anderen Richtlinien des Finanzministeriums der Vereinigten Staaten oder des Internal Revenue Service, die diesen Begriff definieren, festgelegt ist. OHRH kann in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften die Methodik zur Berechnung des AGB in Zukunft ändern.

Sobald OHRH bestimmt hat, dass ein Patient Anspruch auf einkommensabhängige finanzielle Unterstützung hat, ist diese Bestimmung für neunzig (90) Tage ab dem Datum der Überprüfung der Anspruchsberechtigung gültig. Nach neunzig (90) Tagen kann der Patient einen neuen Antrag ausfüllen, um zusätzliche finanzielle Unterstützung zu beantragen.

Für Patienten, die eine Unterstützung für einen Katastrophensaldo genehmigt bekommen haben, wird der gesamte Saldo übernommen.

Für Patienten, denen eine Unterstützung unter außergewöhnlichen oder besonderen medizinischen Umständen bewilligt wurde, werden im Rahmen dieser Richtlinie 100% der unbezahlten Kosten sowie die Kosten für alle medizinisch notwendigen Behandlungen übernommen, die während des vom behandelnden OHRH-Arzt festgelegten Zeitraums für den Abschluss der Behandlung oder Pflege erforderlich sind. Ein Patient, dessen finanzielle Situation sich geändert hat, kann jederzeit eine Neubewertung beantragen.

## **VIII. Bestimmung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung vor der Klage wegen Nichtzahlung**

A. Abrechnung und angemessener Aufwand zur Bestimmung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung. OHRH SSM Rehabilitation Network bemüht sich, vor oder zum Zeitpunkt der Aufnahme oder Leistung zu bestimmen, ob ein Patient Anspruch auf Unterstützung gemäß dieser Richtlinie hat. Wenn für einen Patienten vor der Entlassung oder der Erbringung einer Leistung kein Anspruch auf finanzielle Unterstützung bestimmt wurde, wird OHRH die Versorgung in Rechnung stellen. Wenn der Patient versichert ist, stellt OHRH die angefallenen Kosten dem eingetragenen Versicherer des Patienten in Rechnung. Nach der Anerkennung durch den Versicherer des Patienten wird die verbleibende Patientenhaftung direkt mit dem Patienten abgerechnet. Wenn der Patient nicht versichert ist, stellt OHRH dem Patienten die entstandenen Kosten direkt in Rechnung. Die Patienten erhalten eine Reihe von bis zu vier Abrechnungen über einen Zeitraum von 120 Tagen, beginnend nach der Entlassung des Patienten, an die für den Patienten hinterlegte Adresse. Nur Patienten mit einem unbezahlten Saldo erhalten eine Abrechnung. Die Abrechnungen enthalten eine leicht verständliche Zusammenfassung dieser Richtlinie und Hinweise zur Beantragung finanzieller Unterstützung. Angemessene Bemühungen, die Anspruchsberechtigung zu bestimmen, beinhalten: Benachrichtigung des Patienten durch OHRH über die Richtlinie bei der Aufnahme und in schriftlicher und mündlicher Kommunikation mit dem Patienten bezüglich der Rechnung des Patienten, eine Bemühung, die Person telefonisch über die Richtlinie



und das Verfahren zur Beantragung von Unterstützung mindestens 30 Tage vor der Einleitung eines Rechtsstreits zu benachrichtigen, und eine schriftliche Antwort auf jeden Antrag auf finanzielle Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie, die innerhalb von 240 Tagen nach der ersten Abrechnung in Bezug auf den unbezahlten Saldo eingereicht wird, oder, falls später, das Datum, an dem ein Inkassounternehmen, das im Auftrag von OHRH arbeitet, den unbezahlten Saldo an das Krankenhaus zurückgibt.

B. Inkasso-Aktionen für unbezahlte Salden. Wenn ein Patient einen ausstehenden Saldo bei OHRH hat, nachdem bis zu vier Abrechnungen innerhalb eines Zeitraums von 120 Tagen verschickt wurden, wird der Saldo des Patienten an ein Inkassobüro weitergeleitet, das OHRH vertritt und die Zahlung einfordert. Das OHRH und seine Inkassobüros erstatten keine Meldungen an Kreditbüros und führen auch keine Lohnpfändungen oder ähnliche Inkassoaktionen durch. Inkassobüros, die OHRH vertreten, haben die Befugnis, das Inkasso für bis zu 18 Monate ab dem Zeitpunkt, an dem der Saldo an das Inkassobüro gesendet wurde, zu verfolgen. Ein Patient kann finanzielle Unterstützung gemäß dieser Richtlinie auch dann beantragen, wenn der unbezahlte Saldo des Patienten an ein Inkassobüro weitergeleitet wurde. Nachdem mindestens 120 Tage nach der ersten Abrechnung nach der Entlassung verstrichen sind, die unbezahlte Kosten ausweist, und auf einer Einzelfallbasis, kann OHRH das Inkasso durch ein Gerichtsverfahren verfolgen, wenn ein Patient einen unbezahlten Restbetrag hat und nicht mit Informations- oder Zahlungsaufforderungen von OHRH oder einem Inkassobüro, das in seinem Namen arbeitet, kooperiert.

In keinem Fall wird die medizinisch notwendige Versorgung eines Patienten verzögert oder verweigert, bevor angemessene Anstrengungen unternommen wurden, um zu bestimmen, ob der Patient für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommt. Bei OHRH wird ein nicht versicherter Patient, der neue Leistungen in Anspruch nehmen möchte und nicht als anspruchsberechtigt für finanzielle Unterstützung gilt, von einem Vertreter kontaktiert, der den Patienten über die Richtlinie informiert und, falls gewünscht, ihm hilft, einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen.

C. Prüfung und Genehmigung. Der CBO-Vertreter von OHRH hat die Befugnis zu prüfen und zu entscheiden, ob angemessene Anstrengungen unternommen wurden, um zu beurteilen, ob ein Patient Anspruch auf Unterstützung gemäß der Richtlinie hat, so dass außerordentliche Inkassomaßnahmen für einen unbezahlten Saldo eingeleitet werden können.

## **IX. Ärzte, die nicht von der OHRH-Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckt werden**

Bestimmte Leistungen werden von OHRH-Ärzten erbracht und sind durch das FAP von OhioHealth Rehabilitation Hospital abgedeckt.

Ärzte, die im OHRH arbeiten und *nicht* unter dieses FAP fallen, sind im beigefügten **Anhang B, Anbieterliste**, namentlich aufgeführt.

## **X. Maßnahmen zur Bekanntmachung der OHRH-Richtlinie für finanzielle Unterstützung**

OHRH ist bestrebt, diese Richtlinie in den von OHRH betreuten Gemeinden weitreichend bekannt zu machen. Zu diesem Zweck wird OHRH die folgenden Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass die Mitglieder der Gemeinden, die von dieser Einrichtung betreut werden sollen, über die Richtlinie informiert sind und Zugang dazu haben.

A. OHRH wird eine Kopie seiner aktuellen Richtlinie für die Gemeinde zugänglich machen, indem es eine Zusammenfassung der Richtlinie in einfacher Sprache auf seiner Webseite veröffentlicht, zusammen mit einer herunterladbaren Kopie der Richtlinie und des Antrags auf finanzielle Unterstützung sowie Anweisungen zum Herunterladen von Kopien. Das Herunterladen einer Kopie der Richtlinie, der Zusammenfassung in einfacher Sprache oder des Antrags auf finanzielle Unterstützung ist kostenlos.

B. OHRH stellt bei der Aufnahme eine Zusammenfassung der Richtlinie in einfacher Sprache zur Verfügung, die den Patienten und ihren Familien zur Verfügung steht, einschließlich einer Zusammenfassung der Richtlinie in einfacher Sprache, die allen Rechnungen über die für Dienstleistungen in Rechnung gestellten Beträge beigelegt wird.

C. OHRH-Vertreter des Case Managements oder CBO werden allen Patienten, mit denen sie sich treffen, eine Zusammenfassung der Richtlinie in einfacher Sprache zur Verfügung stellen und jeder Person, die danach fragt, eine Kopie der Richtlinie zur Verfügung stellen.

D. Im Rahmen der Berichterstattung über die Gemeinnützigkeit an die Allgemeinheit wird OHRH beschreiben, wie man eine Kopie der Richtlinie oder Informationen über sie erhalten kann.

E. Das OHRH stellt Informationen über seine Richtlinie den entsprechenden amtlichen Stellen und gemeinnützigen Organisationen zur Verfügung, die sich mit der öffentlichen Gesundheit in den Dienstleistungsbereichen des OHRH befassen.

## ANHANG B

OHRH Anbieterliste  
Gültig ab 12.5.2020

Von der OHRH-Richtlinie für finanzielle Unterstützung abgedeckte  
Anbieter, die medizinisch notwendige Behandlungen in OHRH durchführen

Post-Acute Physicians of Ohio, PLLC

Physical Medicine & Associates

MedOne, Inc.

Denison Medical Group, Inc.

Emal Sherzai, MD, Inc.

Anbieter, die nicht unter die OHRH-Richtlinie für finanzielle Unterstützung  
abgedeckt sind

Mit Ausnahme der oben aufgelisteten Fälle fallen keine anderen Ärzte oder Arztgruppen oder andere professionelle Anbieter (wie Arzthelfer oder Ärzte für fortgeschrittene Praktiken) unter diese Richtlinie für finanzielle Unterstützung.

## **ANHANG C**

OHRH Ambulante  
Klinikstandorte Gültig ab  
12.5.2020

(Siehe beigefügte Karte der Kliniken)

## ANHANG D

OHRH Ambulante Versorgung zu  
ermäßigten Preisen Gültig ab 12.5.2020

% der Federal Poverty Guidelines	Ermäßigung auf OP-Gebühren
150%	100%
151 - 199%	90%
200%	75%
201 – 300%	55%
301 – 400%	35%