

Letzte Freigabe	Dezember 2022	Herausgeber	Layne Gambol: Verzeichnis der Patientenkonten
Wirksam	Januar 2023	Abteilung	Corporate Compliance- Richtlinien
Letzte Überarbeitung	Dezember 2022	Referenznummer	CCP-FI-006
Nächste Überprüfung	Dezember 2025		

Richtlinie zum Inkasso von Krankenhauskosten und zur finanziellen Unterstützung

I. ZWECK

Das Festlegen von Maßstäben für faire und gerechte Vorgehensweisen bei Rechnungsstellung, Inkasso und finanzieller Unterstützung, die den Status von Capital Health Medical Center – Hopewell und Capital Health Regional Medical Center (gemeinsam „Capital Health“) als gemeinnützigen Gesundheitsdienstleister widerspiegeln und seinen Auftrag fördern, qualitativ hochwertige Gesundheitsdienstleistungen für Anwohner seines Einzugsgebiets unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit anzubieten.

II. FORMULARE/ANHANG

Capital Health Confidential Financial Worksheet (Vertrauliches finanzielles Arbeitsblatt von Capital Health)

Capital Health Provider Listing (Lieferantenliste von Capital Health)

III. AUSRÜSTUNG/ZUBEHÖR

Keines

IV. RICHTLINIE

Entsprechend seinem Unternehmensleitbild praktiziert Capital Health und jede gemäß der Bundessteuerbehörde der USA damit substantiell verbundene Instanz eine faire und gerechte Rechnungsstellung, bei der alle Patienten mit Würde, Respekt und Mitgefühl behandelt werden. Capital Health lässt jedermann medizinische Notversorgung und andere medizinisch notwendigen Dienstleistungen zukommen, unabhängig von deren Zahlungsfähigkeit, im Einklang mit seiner Richtlinie zur medizinischen Notversorgung (Richtlinie Nr. CCP-PC-002) und dem Gesetz über Medizinische Notfallversorgung und Arbeit (Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)). Capital Health

ermöglicht die Unterstützung von Patienten, die nicht in der Lage sind, ganz oder teilweise für die von Ihnen erhaltene Pflege aufzukommen auf eine Weise, die in Einklang mit dem Leitbild und den Werten von Capital Health steht und bei der die Fähigkeit jedes Individuums berücksichtigt wird, zu den Kosten für die erhaltenen Leistungen beizutragen.

Im Anhang B finden Sie eine Liste von Dienstleistern, die medizinische Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Leistungen am Capital Health Medical Center – Hopewell und Capital Health Regional Medical Center anbieten sowie die Information, ob sie von der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Financial Assistance Policy – „FAP“) abgedeckt werden oder nicht. Diese Liste wird in jedem Quartal neu überprüft und im Bedarfsfall aktualisiert.

V. UMFASSENDE VERÖFFENTLICHUNG

Die FAP (Richtlinie zur finanziellen Unterstützung), das Capital Health Confidential Financial Worksheet (vertrauliches finanzielles Arbeitsblatt – „Antrag“) und die Plain Language Summary (allgemein verständliche Zusammenfassung – „PLS“) stehen alle in englischer Sprache zur Verfügung, sowie in der Hauptsprache von Bevölkerungsminderheiten mit eingeschränkten Englischkenntnissen, die weniger als 1.000 Personen oder 5 % des von den beiden Krankenhäusern abgedeckten primären Versorgungsgebietes umfassen. Es wird jede Anstrengung unternommen, um sicherzustellen, dass die Dokumente der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung solchen Patienten klar verständlich gemacht werden, deren Hauptsprache bei den verfügbaren Übersetzungen nicht berücksichtigt wurde. Die PLS ist ein schriftliches Dokument, das Individuen darüber in Kenntnis setzt, dass das Krankenhaus finanzielle Unterstützung anbietet sowie Informationen zu dieser FAP in einer klaren, knappen und leicht verständlichen Sprache zur Verfügung stellt.

Capital Health unternimmt angemessene Anstrengungen, um Patienten von der potentiellen Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung in Kenntnis zu setzen. Wenn ein Patient sich nach finanzieller Unterstützung erkundigt, werden die Mitarbeiter den Patienten darüber informieren, dass finanzielle Unterstützung möglicherweise zur Verfügung steht, allerdings nur gemäß den in dieser Richtlinie festgelegten Kriterien, und sie werden den Patienten oder Arzt für weitere Informationen an den Kredit- und Inkassomanager oder die Abteilung für Patienten-Rechnungswesen verweisen.

Die FAP, der Antrag sowie die PLS werden in folgender Weise klar und deutlich veröffentlicht:

- A. Die FAP, der Antrag sowie die PLS sind auf der Website von Capital Health öffentlich verfügbar: www.capitalhealth.org;
- B. Ausdrücke der FAP, des Antrages sowie der PLS sind auf Anfrage kostenlos per Post erhältlich, sowie an öffentlichen Stellen jedes Krankenhauses (wozu zumindest die Bereiche der Notaufnahme sowie der Patientenaufnahme gehören) unter den folgenden Adressen ausgelegt:

Capital Health Medical Center – Hopewell
One Capital Way
Pennington, NJ 08534

Capital Health Regional Medical Center
750 Brunswick Avenue

Trenton, NJ 08638

- C. Bürger der von den Krankenhäusern versorgten Ortsgemeinden werden auf eine Weise über FAP informiert und benachrichtigt, die vorrangig auf finanzielle Unterstützung angewiesene Menschen erreicht;
- D. In den Krankenhäusern behandelte Personen werden auf folgende Arten über die FAP informiert und benachrichtigt:
 - 1. Stationär behandelten Personen wird als Teil des Aufnahmeverfahrens ein Exemplar der PLS ausgehändigt;
 - 2. Einschließlich eines deutlich und auffällig formulierten Hinweises auf die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung bei allen Rechnungen;
 - 3. An öffentlichen Stellen in jedem der Krankenhäuser werden auffällige Schilder angebracht, mit denen Patienten auf die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung hingewiesen werden.

VI. PROGRAMME ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG UND QUALIFIKATIONSKRITERIEN

A. Nicht versicherte Patienten:

Ein nicht versicherter Patient ist ein Patient, der über keinen Versicherungsschutz bezüglich der notwendigen medizinischen Dienstleistungen verfügt und keinen Anspruch auf Beihilfe aus Programmen auf Kommunal-, Landes- oder Bundesebene hat. Wenn diese Definition auf einen Patienten zutrifft und die unten unter „a“ und „b“ definierten Kriterien gelten, hat der Patient Anspruch auf eine staatlich verordnete Ermäßigung für nicht versicherte Patienten, was seine Patientenverbindlichkeiten auf maximal 115 % der Medicare-Erstattung reduziert (*NJ Öffentliches Recht 2008, K.60*). Für diese Ermäßigung ist kein Antrag erforderlich.

Diese Ermäßigung errechnet sich wie folgt:

- 1. Für alle stationären Dienstleistungen werden 115 % des Medicare DRG Betrages berechnet; und
- 2. Für alle ambulanten Dienstleistungen werden 115 % des Medicare Betrages berechnet.

Capital Health behält sich das Recht vor, Rabatte auf der Grundlage der finanziellen Verhältnisse des einzelnen Patienten gerecht zu verteilen.

B. Programm zur Beihilfe bei Krankenhauspflegekosten des Staates New Jersey („Charity Care“):

Charity Care Unterstützung umfasst kostenlose oder ermäßigte Pflege, die Patienten zur Verfügung steht, welche stationäre oder ambulante Pflegedienstleistungen in Akutkrankenhäusern des Staates New Jersey erhalten.

Charity Care ist ein staatliches Programm, das Bürgern des Staates New Jersey zur Verfügung steht, die:

1. Über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, oder deren Krankenversicherung nur einen Teil der Rechnung übernimmt;
2. Keinen Anspruch auf private oder staatlich geförderte Deckung haben; und
3. Die sowohl die vom Staat festgelegten Einkommens- als auch Vermögenskriterien erfüllen.

Einkommenskriterien – Patienten, deren Familien-Bruttoeinkommen 200 % den Federal Poverty Guidelines (US-Armutrichtlinien – „FPG“) oder weniger entspricht, haben Anspruch auf 100 % Deckung durch Charity Care. Patienten mit einem Familien-Bruttoeinkommen, das höher als 200 %, jedoch niedriger als 300 % der FPG ist, haben Anspruch auf ermäßigte Pflegedienstleistungen unter dem Charity Care Programm. Die Einkommenskriterien basieren auf dem unmittelbar vor dem Zeitpunkt der Dienstleistung erwirtschafteten Einkommen.

Vermögenskriterien – Zum Zeitpunkt der Dienstleistung dürfen die individuellen Vermögenswerte des Patienten den Betrag von US\$ 7500 und die Vermögenswerte der Familie den von US\$ 15.000 nicht überschreiten, um anspruchsberechtigt zu sein. Für die Zwecke dieses Abschnittes müssen Familienmitglieder, deren Vermögenswerte berücksichtigt werden müssen, rechtsfähige Personen gemäß Definition des N.J.A.C sein. 10:52-11.8(a).

Kostenlose Pflege oder teilweise ermäßigte Sätze werden gemäß den Kriterien für nicht versicherte Personen des Gesundheitsministeriums von New Jersey festgelegt.

C. Ermäßigung für Unterversicherte:

Capital Health bietet Ermäßigungen für alle berechtigten unterversicherten Patienten an, die es sich nicht leisten können, ihre Krankenhausrechnung ganz oder teilweise zu begleichen. Diese Ermäßigung steht unterversicherten Patienten zur Verfügung, die die folgenden Einkommenskriterien erfüllen:

Einkommenskriterien – Patienten, deren Familien-Bruttoeinkommen 400 % der Federal Poverty Guidelines (US-Armutrichtlinien – „FPG“) oder weniger entspricht, haben Anspruch auf 100 % Deckung. Patienten mit einem Familien-Bruttoeinkommen, das höher als 400 %, jedoch niedriger als 600 % der FPG ist, haben Anspruch auf ermäßigte Sätze.

Kostenlose Pflege oder teilweise ermäßigte Sätze werden durch Verdoppelung des Betrages (2x) ermittelt, der in den Kriterien für nicht versicherte Personen des Gesundheitsministeriums von New Jersey festgelegt wurde.

VII. ALLGEMEIN BERECHNETE BETRÄGE („ABB“)

In Übereinstimmung mit der Abgaben-erordnung der USA (Internal Revenue Code §501(r)(5)) werden Patienten, die unter dieser FAP anspruchsberechtigt sind, in Notfällen oder bei anderen medizinisch notwendigen Dienstleistungen nicht mehr zahlen müssen, als Personen, die für den Fall einer solchen Dienstleistung versichert sind.

Capital Health verwendet die „Blick-zurück Methode“, Medicare-Gebühr plus private Krankenversicherer, um einen ABB-Prozentsatz für jedes seiner Krankenhäuser zu berechnen. Der ABB-Prozentsatz wird jährlich berechnet, und zwar basierend auf allen durch Medicare-Servicegebühren abgedeckten Ansprüchen sowie denen der privaten Krankenversicherer über einen Zeitraum von 12 Monaten, geteilt durch die mit diesen Ansprüchen verbundenen Bruttoforderungen. Der anwendbare ABB-Prozentsatz wird auf die Bruttokosten angewandt, um die ABB zu berechnen.

Die resultierenden ABB-Prozentsätze sind wie folgt:

Capital Health Regional Medical Center

- Stationäre Dienstleistungen – 8,02 %
- Ambulante Dienstleistungen – 11,11 %

Capital Health Medical Center – Hopewell

- Stationäre Dienstleistungen – 7,00 %
- Ambulante Dienstleistungen – 9,73 %

Jedem zur finanziellen Unterstützung berechtigten Patienten wird der niedrigere ABB-Satz in Rechnung gestellt, oder ein ermäßigter Satz, der unter dieser FAP verfügbar ist.

VIII. VERFAHREN ZUR BEANTRAGUNG FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG – CHARITY CARE UND UNTERVERSICHERTE

- A. Patienten, auf die die Charity Care Kriterien zutreffen, müssen einen ausgefüllten Antrag zur Teilnahme am New Jersey Krankenhaus-Hilfsprogramm einreichen.

Zu diesem Antrag gehören gewisse Unterlagen, die gemäß dem Charity Care Abschnitt des Hospital Services Manual N.J.A.C. (Handbuch für Krankenhausdienstleistungen des Staates New Jersey) 10:52 erforderlich sind. Folgende Unterlagen sind zur Feststellung der Anspruchsberechtigung vorzulegen:

1. Angemessene Dokumente zur Patienten- und Familien-Identifikation:
Dazu können gehören: Führerschein, Sozialversicherungskarte, Ausländer-Registrierungskarte, Geburtsurkunde, Reisepass, Visum, vom Bundesstaat ausgestellter Ausweis usw.
2. Wohnsitz-Nachweis in New Jersey zum Zeitpunkt der Dienstleistung: Dazu können gehören: Führerschein, Sozialhilfe-Empfängerkarte, Haushaltsrechnung,

Lohnsteuerbescheid des Bundes, Lohnsteuerbescheid des Bundesstaates oder eine Bescheinigung über den Empfang von Arbeitslosengeld (Hinweis: Notfallversorgung ist eine Ausnahme beim Wohnsitz-Nachweis).

3. Nachweis über das Brutto-Einkommen:
Dazu können Lohnzettel, Lohnsteuerbescheide, Arbeitslosengeld-Bescheide usw. gehören.
4. Vermögens-Nachweis zum Zeitpunkt der Dienstleistung:
Dazu gehören Gegenstände, die sich schnell gegen Bargeld tauschen lassen. Dazu gehören Kontoauszüge, Investment-Auszüge usw.

In Abhängigkeit von den persönlichen Umständen des Antragstellers können zusätzliche Unterlagen erforderlich sein. Anträge auf Charity Care können innerhalb von bis zu zwei Jahren (730 Tage) nach dem Zeitpunkt der Dienstleistung gestellt werden.

- B. Patienten, auf die die Kriterien zum Erhalt der Ermäßigung für Unterversicherte zutreffen, müssen zur Überprüfung der Anspruchsberechtigung ein ausgefülltes Capital Health Confidential Financial Worksheet vorlegen. Dazu sind zusätzlich keine weiteren Unterlagen erforderlich.

Typischerweise reichen finanzielle Unterstützung benötigende Patienten zuerst ein Confidential Financial Worksheet ein. Ausgehend von den zur Verfügung gestellten Informationen informiert die Kredit- und Inkassoabteilung von Capital Health die Patienten darüber, ob sie berechtigt sind, finanzielle Unterstützung zu erhalten.

Sobald ein Antrag eingereicht worden ist, überprüft ein Mitarbeiter der Kredit- und Inkassoabteilung den Antrag, um die Anspruchsberechtigung festzustellen. Die Patienten oder die finanziell verantwortlichen Personen werden schriftlich über alle Bestimmungen in Kenntnis gesetzt. Capital Health behält sich das Recht vor, Rabatte auf der Grundlage der finanziellen Verhältnisse des einzelnen Patienten gerecht zu verteilen.

Sollte Capital Health einen unvollständigen Antrag erhalten, werden die Patienten oder die finanziell verantwortlichen Personen schriftlich darüber informiert, welche zusätzlichen Informationen und/oder Unterlagen noch benötigt werden, um eine Anspruchsberechtigung unter der FAP-Richtlinie feststellen zu können. Den Patienten oder den finanziell verantwortlichen Personen werden mindestens 30 Tage bzw. die Anzahl der im Antragszeitraum verbleibenden Tage (zwei Jahre oder 730 Tage vom Zeitpunkt der Dienstleistung) eingeräumt, um einen vollständig ausgefüllten Antrag samt allen erforderlichen Zusatzinformationen an Capital Health zu übermitteln. Zusätzlich dazu wird den Patienten eine PLS zur Verfügung gestellt.

Informationen dazu, wo der Antrag kostenlos und auf Anfrage erhältlich ist, finden Sie in Teil V.

IX. ABRECHNUNGS- UND INKASSOPRAKTIKEN

- A. Alle Patientenrechnungen, die vom Versicherer vertragsgemäß mit finanziellen Verbindlichkeiten belassen werden, sowie solche, die nicht durch eine Haftpflicht Dritter abgedeckt sind, werden als Selbstzahler-Patienten behandelt. Solchen Patienten werden bei der Registrierung Informationen zur finanziellen Unterstützung zur Verfügung gestellt.
- B. Selbstzahler-Patienten erhalten eine Serie von vier Zahlungserinnerungen und eine dringende Mitteilung über einen Zeitraum von 135 Tagen nach dem Datum der ersten Rechnung für Pflegedienstleistungen. Diese dringende Mitteilung muss den Patienten so zugesandt werden, dass ihnen eine Frist von mindestens 30 Tagen bleibt, um den fälligen Rechnungsbetrag zu begleichen, bevor die Angelegenheit an eine Inkassoagentur übergeben wird. In dieser Mitteilung wird:
- darauf hingewiesen, dass anspruchsberechtigten Patienten finanzielle Unterstützung zur Verfügung steht;
 - eine Telefonnummer angegeben, unter der Informationen über die FAP sowie Hilfestellung beim Antragsprozess erhältlich sind;
 - auf die Website der Organisation verwiesen, wo Exemplare der FAP, des Antrags sowie der PLS erhältlich sind;
 - auf die außergewöhnlichen Inkasso-Maßnahmen aufmerksam gemacht, die die dritte Partei zu ergreifen gedenkt, um die Zahlung für die Dienstleistung zu erhalten;
 - ein Stichtag angegeben, nach dem solche Maßnahmen initiiert werden können (wobei der Stichtag mindestens 30 Tage nach dem Datum des Erhalts der Mitteilung liegen muss); und
 - ein Exemplar der PLS enthalten.

Capital Health wird angemessene Anstrengungen unternehmen, um die Personen mündlich über die FAP in Kenntnis zu setzen sowie darüber, wie man beim Antragsverfahren Hilfestellung erhalten kann.

- C. Zusätzlich zu den postalischen Zahlungserinnerungen und der dringenden Mitteilung setzen sich Mitarbeiter der Rechnungsabteilung im Falle von ausstehenden Beträgen von über US\$ 750,00 mit den zuständigen Personen telefonisch in Verbindung, um eine Zahlung zu erwirken. Wenn unvorhergesehene Umstände eintreten, werden angemessene Anstrengungen unternommen, um Telefongespräche zu führen, aber sie können nicht garantiert werden. Beispiele: Stromunterbrechung, nationale Pandemie.
- D. Wenn eine Selbstzahler-Rechnung innerhalb von 135 Tagen nicht beglichen wird, wird das Konto als Inkassoausfall abgeschrieben und an eine von zwei externen primären Inkassoagenturen in Abhängigkeit vom Nachnamen des Patienten (alphabetische Aufteilung) weitergeleitet.

- E. Die primäre Inkassoagentur hat 270 Tage, um diese Rechnung einzufordern. Wenn am Ende der 270 Tage die Rechnung immer noch nicht beglichen ist, wird sie automatisch zurückgenommen und einer sekundären Inkassoagentur zugeordnet. Es wird nur eine sekundäre Inkassoagentur eingesetzt.
- F. Einer Person stehen vom Zeitpunkt der Dienstleistung an zwei Jahre (730 Tage) zur Verfügung, um finanzielle Unterstützung zu beantragen.
- G. Sobald ein ausgefüllter Antrag eingegangen ist, wird Capital Health dafür Sorge tragen, dass Folgendes geschieht:
- Außergewöhnliche Inkasso-Maßnahmen gegen den Patienten werden ausgesetzt;
 - Die Entscheidung über eine Anspruchsberechtigung wird zeitnah getroffen und dokumentiert;
 - Capital Health wird den Patienten über die Entscheidung schriftlich in Kenntnis setzen, sowie darüber informieren, wie der entsprechende Betrag zustande kam und welcher ABB-Prozentsatz zur Anwendung kam;
 - Es wird eine aktualisierte Rechnung ausgestellt, auf der der vom FAP-anspruchsberechtigten (falls zutreffend) Patienten geschuldete Betrag ausgewiesen ist; und
 - Beträge, die vom FAP-anspruchsberechtigten Patienten über den geschuldeten Betrag gezahlt wurden (falls zutreffend und höher als US\$ 5) werden entsprechend zurück erstattet.
- H. Wenn ein unvollständiger Antrag eingeht, wird Capital Health den Patienten schriftlich darüber informieren, welche zusätzlichen Informationen oder Unterlagen erforderlich sind, um eine Entscheidung über eine Anspruchsberechtigung gemäß der Richtlinie über Finanzielle Unterstützung treffen zu können. Dritte Parteien werden alle außergewöhnlichen Inkasso-Maßnahmen zum Erhalt der Zahlung für die Pflegedienstleistung aussetzen, bis Capital Health eine Entscheidung über eine FAP-Anspruchsberechtigung getroffen hat.
- I. Die sekundäre Inkassoagentur ist die einzige Instanz, die dazu berechtigt ist, in Bezug auf als Inkassoausfälle deklarierte Rechnungen den Rechtsweg zu beschreiten. Abgesehen von den Rechnungen, die von der sekundären Inkassoagentur auf dem Rechtsweg bearbeitet werden, stehen der sekundären Inkassoagentur ebenfalls 270 Tage zur Begleichung von Rechnung zur Verfügung.
- J. Nach Ablauf des Zeitraumes von 270 Tagen mit der sekundären Inkassoagentur wird die Rechnung vom Patienten-Rechnungssystem automatisch zurückgenommen und mit dem Agenturcode „TB“ (Take back = zurückgenommen) versehen.
- K. Eine mit dem Agenturcode TB versehene Rechnung verblieb mit Sicherheit 135 Tage lang im Selbstzahler-Inkassozyklus, 270 Tage lang bei einer primären Inkassoagentur und 270 Tage lang bei einer sekundären Inkassoagentur.

L. Alle Rechnungen werden gleich behandelt, unabhängig vom Zahler.

Wenn ein Patient zum Ausdruck bringt, dass er Schwierigkeiten hat oder nicht in der Lage ist, seine mit den Gesundheitsdienstleistungen verbundenen finanziellen Verpflichtungen gegenüber Capital Health zu erfüllen, arbeitet Capital Health mit dem Patienten zusammen, um festzustellen, ob finanzielle Unterstützung zur Verfügung gestellt werden kann, um die Patientenverpflichtung zu erfüllen. Finanzielle Unterstützung kann Folgendes beinhalten:

- A. Aufstellen eines zumutbaren Zahlungsplanes innerhalb der verbleibenden Tage im Rechnungszyklus vor der Überweisung an die primäre Inkassoagentur;
- B. Identifizieren von Möglichkeiten finanzieller Unterstützung durch Programme wie Medicaid, Charity Care oder andere Hilfsorganisationen;
- C. Eine Ermäßigung oder ein vollständiger Verzicht auf Zahlungen im Zusammenhang mit der Pflege des Patienten gemäß den Bedingungen dieser Richtlinie.

Capital Health verlangt von seinen Inkassoagenturen die Einhaltung dieser Richtlinie. Zur Erleichterung der Einhaltung dieser Richtlinie schließt Capital Health in alle Vereinbarungen mit Inkassoagenturen Folgendes mit ein:

- A. Die Forderung, dass die Inkassoagentur von allen Praktiken Abstand nimmt, die gegen das Gesetz über faire Inkasso-Praktiken (Fair Debt Collections Practices Act (15 U.S.C. Abschnitt 1692 ff.) verstoßen.
- B. Eine Bestätigung seitens der Inkassoagentur, dass sie den Status der Gemeinnützigkeit sowie das Leitbild von Capital Health anerkennt und sich ausdrücklich dazu verpflichtet, auf Inkasso-Praktiken zu verzichten, die mit diesem Status unvereinbar sind oder einen Verstoß gegen diese Richtlinie darstellen.

Capital Health nimmt nur in solchen Fällen Rechtsmittel zur Begleichung der finanziellen Verpflichtungen von Patienten in Anspruch, bei denen der berechtigte Grund zu der Annahme besteht, dass der Patient oder die verantwortliche Partei über Einkommen und/oder Vermögen verfügt, um diese Verpflichtung ohne unzumutbare Härten begleichen zu können. Capital Health strebt nicht den Verkauf oder die Zwangsvollstreckung des Erstwohnsitzes von Patienten an, um die finanziellen Verpflichtungen von Patienten zu begleichen.

X QUELLENANGABE

United States Department of Health and Human Services, Office of Inspector General's Compliance Guidance to Hospital, März 1998
American Hospital Association and New Jersey Hospital Association Statement of Principles and Guidelines for Hospital Billing and Collection Practices
New Jersey Assembly Bill, A 2609