



capitahealth

Letzte Überarbeitung **Dez. 2025**

Nächster Überarbeitung 3 Jahre danach
Genehmigung

Zuletzt k. A.
genehmigt

Gültig ab
Genehmigung

Eigentümer Layne Gambol:
Dir Patient
Accounts

Bereich Unternehmen
Compliance
-Richtlinien

Referenzen CCP-FI-006

Richtlinien für Krankenhaus-Inkasso- und Finanzhilfepraktiken

I. ZWECK

Festlegung von Standards für faire und gerechte Abrechnungs-, Inkasso- und Finanzhilfepraktiken, die den Status des Capital Health Medical Center – Hopewell und des Capital Health Regional Medical Center (zusammen „Capital Health“) als gemeinnütziger Gesundheitsdienstleister widerspiegeln und dessen Mission fördern, den Einwohnern seines Versorgungsgebiets unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen zu bieten.

II. FORMULARE/ANHANG

Vertrauliches Finanzierungsantragsformular von Capital Health Liste der
Gesundheitsdienstleister von Capital Health

III. AUSRÜSTUNG/BEDARF

Keine

IV. RICHTLINIE

Im Einklang mit seinem Leitbild pflegen Capital Health und alle wesentlichen verbundenen Unternehmen im Sinne der Definition der US-Steuerbehörde Internal Revenue Service faire und gerechte Abrechnungspraktiken, die alle Patienten mit Würde, Respekt und Mitgefühl behandeln. Capital Health versorgt alle Menschen in Notfällen und bei anderen medizinisch notwendigen Gesundheitsbedürfnissen, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit, gemäß seiner Richtlinie zur Notfallversorgung (Richtlinie Nr. CCP-PC-002) und dem US-amerikanischen Gesetz über medizinische Notfallversorgung und Arbeit (EMTALA). Capital Health unterstützt Patienten, die nicht in der Lage sind, einen Teil oder die gesamten Kosten für ihre Behandlung zu tragen, in einer Weise, die mit der Mission und den Werten von Capital

Health im Einklang steht und die die Fähigkeit jedes Einzelnen berücksichtigt, sich an den Kosten seiner Behandlung zu beteiligen.

Eine Liste aller Anbieter, die im Capital Health Medical Center – Hopewell und im Capital Health Regional Medical Center Notfall- oder andere medizinisch notwendige Gesundheitsdienstleistungen erbringen, sowie Angaben dazu, ob diese unter die Finanzhilferichtlinie (Financial Assistance Policy, „FAP“) fallen, finden Sie in Anhang B. Diese Liste wird vierteljährlich überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

V. BREITE BEKANNTMACHUNG

Die FAP, das vertrauliche Finanzierungsantragsformular von Capital Health („Antrag“) und die Zusammenfassung in einfacher Sprache (Plain Language Summary, „PLS“) sind sowohl in englischer Sprache als auch in der Hauptsprache der Bevölkerungsgruppen mit begrenzten Englischkenntnissen verfügbar, die mehr als 1.000 Personen oder 5 % der Bevölkerung im primären Versorgungsgebiet der jeweiligen Krankenhauseinrichtung ausmachen. Es werden alle Anstrengungen unternommen, um sicherzustellen, dass der Inhalt der FAP-Dokumente Patienten, deren Muttersprache nicht zu den verfügbaren Übersetzungen gehört, klar und deutlich übermittelt wird. Die PLS ist eine schriftliche Erklärung, die eine Person darüber informiert, dass die Krankenhauseinrichtung finanzielle Unterstützung anbietet, und Informationen zu dieser FAP in einer klaren, prägnanten und leicht verständlichen Sprache bereitstellt.

Capital Health unternimmt angemessene Anstrengungen, um die Patienten über die mögliche Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung zu informieren. Wenn ein Patient um finanzielle Unterstützung ersucht, wird das Personal den Patienten darüber informieren, dass finanzielle Unterstützung unter Umständen verfügbar ist, jedoch nur gemäß den in dieser Richtlinie festgelegten Kriterien. Für weitere Informationen wird der Patient oder Arzt gebeten, sich an den Kredit- und Inkassomanager in der Patientenbuchhaltung zu wenden.

Die FAP, die Bewerbungsunterlagen und die PLS werden an prominenter Stelle wie folgt angezeigt:

- A. Die FAP, die Bewerbungsunterlagen und die PLS sind auf der Website von Capital Health www.capitalhealth.org allgemein zugänglich;
- B. Gedruckte Exemplare der FAP, des Antragsformulars und der PLS sind auf Anfrage kostenlos per Post und an öffentlichen Orten jeder Krankenhauseinrichtung (dazu gehören mindestens die Notaufnahme und die Aufnahmebereiche) unter den folgenden Adressen erhältlich:

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

Capital Health Regional Medical
Center 750 Brunswick Avenue
Trenton, NJ 08638, USA

- C. Bitte informieren Sie die Mitglieder der Gemeinde, die von jeder Krankenhauseinrichtung versorgt wird, über die FAP in einer Weise, die diejenigen Mitglieder der Gemeinde erreicht, die am ehesten finanzielle Unterstützung benötigen.
- D. Bitte informieren Sie die Mitglieder, die in den Krankenhäusern behandelt werden, über die FAP, indem Sie:
 - 1. einer Papierversion der PLS für stationäre Patienten als Teil des Aufnahmeprozesses bereitstellen;
 - 2. einen deutlich sichtbaren schriftlichen Hinweis, der die Patienten auf allen Rechnungen über die Verfügbarkeit von finanzieller Unterstützung, anbringen;

3. gut sichtbare Schilder an öffentlichen Orten in jeder Krankenhauseinrichtung, die Patienten über die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung informieren, anbringen.

VI. FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNGSPROGRAMME UND FÖRDERFÄHIGKEITSKRITERIEN

A. Unversicherte Patienten:

Ein nicht versicherter Patient wird definiert als ein Patient, der keinen Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Leistungen hat und keinen Anspruch auf staatliche, bundesstaatliche oder lokale Programme hat. Wenn der Patient diese Definition und die unter „a“ und „b“ unten aufgeführten Kriterien erfüllt, hat er Anspruch auf eine staatlich vorgeschriebene Ermäßigung für Nichtversicherte, durch den seine Selbstbeteiligung auf maximal 115 % der Kostenerstattung durch Medicare angepasst wird (*Öffentliches Recht von New Jersey 2008, c. 60*). Für diese Ermäßigung ist keine Antragsstellung erforderlich.

Diese Ermäßigung wird wie folgt berechnet:

1. Für alle stationären Leistungen sind 115 % des von Medicare festgelegten DRG-Betrags anzuwenden;
2. für alle ambulanten Leistungen gelten 115 % des Medicare-Betrags.

Capital Health behält sich das Recht vor, Ermäßigungen auf der Grundlage der finanziellen Situation des einzelnen Patienten fair zu gewähren.

B. Programm zur Unterstützung bei der Bezahlung von Krankenhauskosten in New Jersey („Charity Care“):

Charity Care ist eine kostenlose oder kostengünstige medizinische Versorgung, die Patienten zur Verfügung steht, die stationäre und ambulante Leistungen in Notfallkrankenhäusern im gesamten Bundesstaat New Jersey in Anspruch nehmen.

Charity Care ist ein staatliches Programm für Einwohner von New Jersey, die:

1. keine Krankenversicherung haben oder eine Versicherung, die nur einen Teil der Kosten übernimmt;
2. keinen Anspruch auf eine private oder staatlich geförderte Versicherung haben; und
3. die sowohl die bundesstaatlich festgelegten Einkommens- als auch die Vermögenskriterien erfüllen.

Einkommenskriterien - Patienten mit einem Familienbruttoeinkommen von höchstens 200 % der Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Guidelines, „FPG“) haben Anspruch auf 100 % Charity Care. Patienten mit einem Familieneinkommen von mehr als 200 %, jedoch weniger als oder gleich 300 % der FPG haben Anspruch auf eine ermäßigte Behandlung im Rahmen des Charity Care Programms. Die Einkommenskriterien basieren auf dem Einkommen unmittelbar vor dem Datum der Dienstleistungserbringung.

Kriterien für die Anspruchsberechtigung – Das individuelle Vermögen eines Patienten darf zum Zeitpunkt der Leistungserbringung 7.500 US-Dollar nicht überschreiten, und das Familienvermögen darf 15.000 US-Dollar nicht übersteigen, um anspruchsberechtigt zu sein.

Für die Zwecke dieses Abschnitts sind Familienmitglieder, deren Vermögen berücksichtigt werden muss, alle rechtlich verantwortlichen Personen gemäß der Definition im N.J.A.C. 10:52-11.8(a).

Die kostenlose Versorgung oder die teilweise Übernahme der Kosten wird anhand der Einkommenskriterien des New Jersey Department of Health Care for the Uninsured (Abteilung des Gesundheitsministeriums von New Jersey für Nichtversicherte) festgelegt.

C. Ermäßigungen für Unterversicherte:

Capital Health bietet allen berechtigten unterversicherten Patienten, die ihre Krankenhausrechnung ganz oder teilweise nicht bezahlen können, die Möglichkeit einer Ermäßigung. Diese Ermäßigung gilt für unterversicherte Patienten, die die folgenden Einkommenskriterien erfüllen.

Einkommenskriterien – Patienten mit einem Familieneinkommen von maximal 400 % der Bundesarmutsgrenze (Federal Poverty Guidelines, „FPG“) haben Anspruch auf eine 100-prozentige Kostenübernahme. Patienten mit einem Familieneinkommen von mehr als 400 %, jedoch weniger als oder gleich 600 % des FPG haben Anspruch auf eine ermäßigte medizinische Versorgung.

Die kostenlose Versorgung oder die teilweise Übernahme der Kosten wird durch Verdopplung (2x) der Beträge festgelegt, die in den Einkommenskriterien des New Jersey Department of Health Care for the Uninsured (Abteilung des Gesundheitsministeriums von New Jersey für Nichtversicherte) aufgeführt sind.

VII. ALLGEMEINE RECHNUNGSSUMMEN (AMOUNTS GENERALLY BILLED, „AGB“)

Gemäß §501(r)(5) des Internal Revenue Code wird Patienten, die gemäß dieser FAP Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, im Falle einer Notfallbehandlung oder einer anderen medizinisch notwendigen Behandlung nicht mehr berechnet als Personen, die über eine Versicherung verfügen, die solche Behandlungen abdeckt.

Capital Health hat die Look-Back-Methode, die Medicare-Gebühren für Dienstleistungen sowie private Krankenversicherungen verwendet, um einen AGB-Prozentsatz für jede seiner Krankenhauseinrichtungen zu bestimmen. Der AGB-Prozentsatz wird jährlich auf der Grundlage aller von der Medicare-Gebührenordnung sowie privaten Krankenversicherern in den vorangegangenen 12 Monaten genehmigten Forderungen neu berechnet, geteilt durch die Summe der damit verbundenen Bruttokosten für diese Forderungen. Der anwendbare AGB-Prozentsatz wird auf die Bruttogebühren angewendet, um die AGB zu ermitteln.

Die resultierenden AGB-Prozentsätze lauten wie folgt:

Capital Health Regional Medical Center

- Stationäre Dienstleistungen – 6,25 %
- Ambulante Dienste – 9,72 %

Capital Health Medical Center – Hopewell

- Stationäre Dienstleistungen – 5,95 %
- Ambulante Dienste – 7,91 %

Patienten, die für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, wird immer der niedrigere der beiden Tarife in Rechnung gestellt, d. h. die AGB oder ein im Rahmen dieser FAP verfügbarer ermäßigter Tarif.

VIII. VERFAHREN ZUR BEANTRAGUNG VON FINANZMITTELN

UNTERSTÜTZUNG – CHARITY CARE UND UNTERVERSICHERTE

- A. Patienten, die die Anspruchsvoraussetzungen für Charity Care erfüllen, müssen einen ausgefüllten Antrag auf Teilnahme am New Jersey Hospital Assistance Program einreichen.

Dieser Antrag muss bestimmte Unterlagen, die gemäß dem Abschnitt „Charity Care“ des Handbuchs für Krankenhausdienstleistungen N.J.A.C. 10:52. erforderlich sind, enthalten. Für die Prüfung der Förderfähigkeit ist folgendes Dokument zwingend erforderlich:

1. Ordnungsgemäße Ausweispapiere für Patienten und Angehörige:
Diese können Folgendes sein: Führerschein, Sozialversicherungskarte, Meldebescheinigung für Ausländer, Geburtsurkunde, Reisepass, Visum, staatlich ausgestellter Ausweis usw.
2. Nachweis des Wohnsitzes in New Jersey zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Dienstleistung: Dieser kann Folgendes sein: Führerschein, Sozialversicherungskarte, Stromrechnung, bundesstaatliche Einkommenserklärung, Einkommenssteuererklärung oder Bescheinigung über Arbeitslosengeld (Hinweis: Notfallbehandlungen stellen eine Ausnahme hinsichtlich der Wohnsitzvoraussetzung dar).
3. Nachweis des Bruttoeinkommens:
Dieser kann Gehaltsabrechnungen, W-2-Formulare, Arbeitslosengeldbescheinigungen usw. umfassen.
4. Vermögensnachweis zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Dienstleistung:
Dies betrifft Gegenstände, die leicht in Bargeld umgewandelt werden können. Dazu gehören Kontoauszüge, Anlageberichte usw.

Gelegentlich können je nach den individuellen Umständen des Antragstellers zusätzliche Unterlagen angefordert werden. Eine Person kann bis zu zwei Jahre (730 Tage) nach dem Datum der Inanspruchnahme der Dienstleistung einen Antrag auf Charity Care stellen.

- B. Patienten, die die Voraussetzungen für die Ermäßigung für Unterversicherte erfüllen, müssen ein ausgefülltes vertrauliches Antragsformular auf finanzielle Förderung von Capital Health einreichen, um für die Ermäßigung in Betracht zu kommen. Für diese Einreichung sind keine weiteren Unterlagen erforderlich.

In der Regel reichen Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen, zunächst ein vertrauliches Antragsformular auf finanzielle Förderung ein. Auf Grundlage der bereitgestellten Informationen wird die Kredit- und Inkassoabteilung von Capital Health den Patienten darüber informieren, ob er für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommt oder nicht.

Sobald ein ausgefüllter Antrag eingereicht wurde, wird ein Mitarbeiter der Kredit- und Inkassoabteilung den Antrag prüfen, um die finanzielle Förderungswürdigkeit zu bestimmen. Die Betroffenen bzw. die finanziell verantwortliche Person werden schriftlich über alle Entscheidungen informiert. Capital Health behält sich das Recht vor, Ermäßigungen auf der Grundlage der finanziellen Situation des einzelnen Patienten fair zu gewähren.

Sollte Capital Health einen unvollständigen Antrag erhalten, wird dem Patienten oder der finanziell verantwortlichen Person eine schriftliche Mitteilung zugestellt, in der die zusätzlichen Informationen und/oder Unterlagen aufgeführt sind, die zur Bestimmung der FAP-Berechtigung erforderlich sind. Patienten oder die finanziell verantwortliche Person erhalten eine Frist von 30 Tagen oder die verbleibende Anzahl von Tagen innerhalb des Antragszeitraums (zwei Jahre oder 730 Tage ab dem Datum der Inanspruchnahme der Dienstleistung), je nachdem, welcher Zeitraum länger ist, um einen vollständig ausgefüllten Antrag einschließlich aller von Capital

Health angeforderten zusätzlichen Informationen einzureichen. Zusätzlich wird Patienten eine PLS zur Verfügung gestellt.

Siehe Teil V, um zu erfahren, wo das Bewerbungsformular kostenlos und auf Anfrage erhältlich ist.

IX. ABRECHNUNGS- UND INKASSOPRAKTIKEN

- A. Alle Patienten, die vertraglich gegenüber ihrem Versicherer finanziell haftbar sind oder keine Haftpflichtversicherung haben, gelten als Selbstzahler. Diesen Patienten werden bei der Anmeldung Informationen zur finanziellen Unterstützung angeboten.
- B. Selbstzahler erhalten über einen Zeitraum von 135 Tagen ab dem Datum der ersten Abrechnung eine Reihe von vier Datenbriefen und einen Eilbrief. Diese dringende Mitteilung muss den Patienten zugesandt werden und ihnen eine Frist von mindestens 30 Tagen einräumen, um den ausstehenden Betrag zu begleichen, bevor die Schulden an ein Inkassobüro weitergeleitet werden. Diese Mitteilung wird:
- darauf hinweisen, dass für berechnigte Patienten eine finanzielle Unterstützung möglich ist;
 - eine Telefonnummer enthalten, unter der Einzelpersonen Informationen über das FAP und Unterstützung bei der Antragstellung erhalten können;
 - die Adresse der Website der Organisation angeben, auf der Exemplare der FAP, des Antrags und der PLS erhältlich sind;
 - die außerordentlichen Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, „ECA“) angeben, die der Dritte einzuleiten beabsichtigt, um die Zahlung für die Pflege zu erhalten;
 - eine Frist angeben, nach der solche ECAs eingeleitet werden können (diese Frist darf unter 30 Tagen nach dem Datum der Mitteilung liegen); und
 - ein Exemplar der PLS beifügen.
- Capital Health wird sich in angemessener Weise bemühen, die Einzelpersonen mündlich über die FAP zu informieren und darüber, wie die Einzelperson Unterstützung bei der Antragstellung erhalten kann.
- C. Zusätzlich zu den Daten-Mailings und dringenden Mitteilungen kontaktiert die Patientenbuchhaltung Patienten mit einem ausstehenden Betrag von mehr als 750,00 US-Dollar telefonisch, um eine Lösung für die Begleichung des ausstehenden Betrags zu finden. Wenn unvorhergesehene Umstände eintreten, werden angemessene Anstrengungen unternommen, um Telefonanrufe zu tätigen, was jedoch nicht garantiert werden kann. Beispiele: Stromunterbrechung, nationale Pandemie.
- D. Wenn eine Selbstzahlerforderung nicht innerhalb von 135 Tagen beglichen wird, wird das Konto als uneinbringliche Forderung abgeschrieben und an eines von zwei externen Inkassounternehmen weitergeleitet, je nach Nachnamen des Patienten (alphabetische Aufteilung).
- E. Das primäre Inkassobüro hat 270 Tage Zeit, um die Forderung zu bearbeiten. Sollte nach Ablauf von 270 Tagen noch ein ausstehender Betrag vorhanden sein, wird die Forderung automatisch zurückgenommen und an ein zweites Inkassobüro weitergeleitet. Es wird ausschließlich ein zweites Inkassobüro beauftragt.
- F. Eine Person hat ab dem Datum der Inanspruchnahme der Dienstleistung zwei Jahre (730 Tage) Zeit, um finanzielle Unterstützung zu beantragen.
- G. Wenn ein ausgefüllter Antrag eingeht, wird Capital Health dafür sorgen, dass folgende Maßnahmen ergriffen werden:
- Die ECAs gegen den Patienten werden ausgesetzt;

- Die Förderungswürdigkeit wird rechtzeitig festgestellt und dokumentiert;
 - Capital Health informiert den Patienten schriftlich über die Entscheidung und die Gründe für die Entscheidung, die Art und Weise, wie dieser Betrag ermittelt wurde, sowie den geltenden AGB-Prozentsatz;
 - Es wird eine aktualisierte Abrechnung erstellt, die den vor FAP-berechtigten Patienten geschuldeten Betrag enthält (falls zutreffend); und:
 - Alle Beträge, die über den von der FAP-berechtigten Patienten geschuldeten Betrag hinausgehen, werden entsprechend zurückerstattet (sofern zutreffend und wenn mehr als 5 US-Dollar).
- H. Wenn ein unvollständiger Antrag eingeht, wird Capital Health dem Patienten eine schriftliche Mitteilung zukommen lassen, in der beschrieben wird, welche zusätzlichen Informationen oder Unterlagen erforderlich sind, um eine Entscheidung über seine Förderfähigkeit zu treffen. Dritte werden alle ECAs aussetzen, um eine Zahlung für die Pflege zu erhalten, bis Capital Health eine Entscheidung über die Förderfähigkeit des Patienten getroffen hat.
- I. Das zweite Inkassobüro ist die einzige Stelle, die befugt ist, im Falle einer als uneinbringlich eingestuften Forderung rechtliche Schritte zu ergreifen. Abgesehen von Forderungen, die von dem zweiten Inkassobüro rechtlich verfolgt werden, hat das zweite Inkassobüro ebenfalls 270 Tage Zeit, um die Forderung zu bearbeiten.
- J. Nach Ablauf der 270-tägigen Frist im zweiten Inkassobüro wird die Forderung automatisch vom Patientenabrechnungssystem zurückgenommen und mit dem Inkassocode „TB“ (für Take back, dt. Zurücknehmen) versehen.
- K. Eine Forderung mit dem Inkassocode TB befindet sich garantiert seit 135 Tagen im Selbstzahlungsinkassozyklus, davon 270 Tage im ersten Inkassobüro und weitere 270 Tage in einem zweiten Inkassobüro.
- L. Alle Forderungen werden unabhängig vom Zahlungspflichtigen gleich behandelt.

Wenn ein Patient erklärt, dass er nicht in der Lage ist oder Schwierigkeiten hat, seinen finanziellen Verpflichtungen gegenüber Capital Health im Zusammenhang mit seiner Behandlung nachzukommen, arbeitet Capital Health mit dem Patienten zusammen, um festzustellen, ob finanzielle Unterstützung zur Verfügung steht, um die Verpflichtungen des Patienten zu erfüllen. Die finanzielle Unterstützung kann Folgendes umfassen:

- A. Erstellung eines angemessenen Zahlungsplans, der die verbleibenden Tage des Abrechnungszeitraums nicht überschreitet, bevor das Hauptinkassobüro eingeschaltet wird;
- B. Identifizierung von finanzieller Unterstützung durch Programme wie Medicaid, Charity Care oder andere gemeinnützige Organisationen;
- C. Eine teilweise Ermäßigung oder ein vollständiger Verzicht auf die mit der Behandlung des Patienten verbundenen Kosten gemäß den Bestimmungen und Bedingungen dieser Richtlinie.

Capital Health verlangt von seinen Inkassobüros, dass sie sich an diese Richtlinie halten. Um die Einhaltung dieser Richtlinie zu erleichtern, schließt Capital Health in alle Vereinbarungen mit Inkassobüros Folgendes ein:

- A. Anforderungen, dass das Inkassobüro alle Aktivitäten unterlässt, die gegen das Gesetz über faire Inkassopraktiken (Fair Debt Collections Practices Act, 15 U.S.C. Abschnitt 1692 ff.) verstoßen;
- B. Eine Anerkennung des gemeinnützigen Status und Auftrags von Capital Health seitens des Inkassobüros sowie eine Zusage des Unternehmens, von Inkassopraktiken abzusehen, die diesem Status zuwiderlaufen oder gegen die vorliegende Richtlinie verstoßen.

Capital Health unternimmt nur dann rechtliche Schritte, um die Erfüllung der finanziellen Verpflichtungen eines Patienten zu erwirken, wenn es begründeten Anlass zu der Annahme gibt, dass der Patient oder die verantwortliche Partei über ein ausreichendes Einkommen und/oder Vermögen verfügt, um die Verpflichtungen ohne übermäßige Schwierigkeiten zu erfüllen. Capital Health strebt weder den Verkauf noch die Zwangsvollstreckung des Hauptwohnsitzes eines Patienten an, um dessen finanzielle Verpflichtungen zu begleichen.

X. REFERENZEN

United States Department of Health and Human Service, Office of Inspector General's Compliance Guidance to Hospital, März 1998

Erklärung der American Hospital Association und der New Jersey Hospital Association zu den Grundsätzen und Richtlinien für die Abrechnungs- und Inkassopraxis von Krankenhäusern
Gesetzentwurf der New Jersey Assembly, A 2609

Unterschriften zur Genehmigung

Schritt-Beschreibung	Genehmigender	Datum
Genehmigung des CFO	Shane Fleming: Chief Financial Officer	Anhängig
Genehmigung durch den Chief Compliance Officer	Laura McGuire: Chief Compliance Officer	Dez. 2025
Inhaber der Richtlinie	Layne Gambol: Dir Patient Accounts	Dez. 2025

Normen

Mit diesem Dokument sind keine Normen verbunden.