

Rush Copley Medical Center

Polityka i procedura

Tytuł: Polityka dotycząca pomocy finansowej

Autor: Terry Wilson / Stacey Ries

Data wszczęcia: 06/2016

Data kolejnego przeglądu: 1 grudnia 2024 r.

Cel

Rush Copley Medical Center (**RCMC**) dąży do zapewnienia opieki dla całej społeczności. Świadczy usługi dla osób, które nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego, których ubezpieczenie zdrowotne jest niewystarczające do pokrycia świadczeń lub które nie mają innych środków do opłacenia kosztów opieki. RCMC oferuje kompleksowy program pomocy finansowej / opieki charytatywnej („**Pomoc**”) dla uprawnionych pacjentów. Niniejsza polityka dotycząca pomocy finansowej („**Polityka**”) została opracowana, aby pomóc pacjentom/poręczycielom, którzy są niezdolni finansowo do uregulowania minimalnej płatności wymaganej za świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia udzielane w RCMC, a także w celu zapewnienia wytycznych dotyczących procesów wnioskowania oraz dostosowania salda.

RCMC zapewnia opiekę zdrowotną bez dyskryminacji wobec pacjentów bez względu na zdolność zapłaty, gdy opieka jest wymagana i uznana za niezbędną z medycznego punktu widzenia. Pomoc jest dostępna dla osób spełniających wymagania uprawniające zgodnie z niniejszą polityką oraz osób, które przesłały wypełniony wniosek. Przedstawiciele pacjentów RCMC zapewniają pomoc pacjentom podczas przeglądu opcji płatności i ustalania uprawnień.

Postanowienia niniejszej polityki mają zastosowanie do Copley Memorial Hospital, Inc. Rush Copley Medical Group NFP oraz wszelkich spółek zależnych świadczących usługi opieki zdrowotnej, zwanych łącznie „**RCMC**”. W ramach misji RCMC, która polega na zapewnieniu kompleksowej, skoordynowanej opieki zdrowotnej dla naszych pacjentów, oferujemy szereg programów Pomocy w celu wspierania pacjentów w pokrywaniu kosztów opieki zdrowotnej za świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia lub świadczenia w nagłych przypadkach. W RCMC wszyscy pacjenci są traktowani z godnością, niezależnie od ich zdolności do zapłaty za świadczenia. Nigdy nie odmawiamy ani nie opóźniamy udzielenia pomocy w nagłych przypadkach w sytuacji, gdy pacjent nie może zapłacić za świadczenia. W niniejszej polityce zdefiniowano wytyczne i kryteria, które należy spełnić, aby skorzystać ze wszystkich elementów programów pomocy RCMC. Pomoc jest przyznawana do pokrycia udziału pacjenta wyłącznie za świadczenia w nagłych przypadkach lub inne świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia.

Pomoc, o której mowa poniżej, może obejmować opłaty redukcyjne pacjenta, współpłatności oraz współubezpieczenie pozostające po skorzystaniu z ubezpieczenia. Podobnie Pomoc nie przysługuje pacjentom otrzymującym opiekę w RCMC jako placówce nienależącej do sieci. Wyjątek stanowią świadczenia w nagłych przypadkach. Pomoc przysługuje pacjentom, którym udzielane są świadczenia uznane za niezbędne z medycznego punktu widzenia lub w nagłych przypadkach.

Niniejsza polityka jest zgodna z art. 501(r) Kodeksu Urzędu Skarbowego (Internal Revenue Code), ustawą stanu Illinois o rabatach dla nieubezpieczonych pacjentów szpitali (Illinois Hospital Uninsured

Patient Discount Act), („**Ustawa o rabatach**”) i ustawą stanu Illinois o sprawiedliwym obciążaniu pacjentów kosztami (Illinois Fair Patient Billing Act), („**Billing Act**”) oraz przepisami wydanymi na ich podstawie i podlega interpretacji oraz stosowaniu zgodnie z tymi przepisami. Niniejsza polityka będzie odrębnie przyjmowana i poddawana corocznemu przeglądowi przez organy zarządzające RCMC.

W niniejszej polityce opisano: (i) kryteria uprawniające do Pomocy oraz informacje o tym, czy taka Pomoc obejmuje świadczenia bezpłatne lub ze zniżką; (ii) podstawę obliczania kwot pobieranych od pacjentów; (iii) metodę ubiegania się o pomoc finansową; (iv) działania windykacyjne, które RCMC może podjąć w przypadku braku płatności, w tym działania windykacyjne w postępowaniu cywilnym, zgłaszanie do wywiadowni gospodarczych oraz potencjalne odroczenie opieki niewymagającej nagłej lub pilnej pomocy; oraz (v) podejście RCMC do ustaleń dotyczących domniemanego uprawnienia i rodzaje informacji, które będą wykorzystywane do oceny domniemanego uprawnienia.

RCMC będzie przestrzegać wszelkich federalnych, stanowych i lokalnych przepisów, zasad i regulacji mających zastosowanie do zachowań opisanych w niniejszej polityce. Jeżeli postanowienia niniejszej polityki podlegają dodatkowym wymogom przepisów federalnych, stanowych lub lokalnych, a przepisy te nakładają bardziej rygorystyczne wymogi niż opisane w niniejszej polityce, to przepisy te będą regulowały sposób zarządzania przez RCMC programem pomocy finansowej.

Prosimy o zapoznanie się z definicjami na stronie 10.

Programy pomocy finansowej i kryteria uprawniające do udziału

W niniejszej polityce opisano okoliczności, w których RCMC może zapewnić opiekę bez opłat lub po obniżonej stawce w zależności od potrzeb finansowych pacjenta. Aby zakwalifikować się do programów opisanych w niniejszej polityce, może być wymagane potwierdzenie zamieszkania w stanie Illinois. Ponadto pacjent może być zobowiązany do wypełnienia wniosku oraz dostarczenia dokumentacji uzupełniającej, jak określono poniżej, w celu ustalenia, czy jest uprawniony. W niektórych przypadkach RCMC, według własnego uznania, może nie wymagać dokumentacji uzupełniającej w celu ustalenia wstępnej opieki charytatywnej i programów zniżkowych dla nieubezpieczonych pacjentów, pod warunkiem że RCMC ma możliwość zweryfikowania uprawnień poprzez wykorzystanie dostępnych informacji stron trzecich. Jeśli pacjent jest uprawniony do skorzystania z więcej niż jednego programu, obowiązuje program, który zapewnia największą korzyść dla pacjenta. Wyjątki od niniejszej polityki czyni się jedynie w nadzwyczajnych okolicznościach i po uprzednim zatwierdzeniu przez starszego wiceprezesa ds. finansów, dyrektora finansowego lub osobę przez nich wyznaczoną.

- A. Wszelkie osoby korzystające ze świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia w RCMC będą uprawnione do Pomocy po spełnieniu wymogów uprawniających podanych w niniejszej polityce. Polityka oraz wnioski zostaną przekazane poszczególnym pacjentom na żądanie, bez względu na rasę, pochodzenie etniczne, kolor skóry, religię, płeć, tożsamość płciową, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub status imigracyjny.
- B. Wnioskodawcy ubiegający się o Pomoc powinni uwzględnić następujące kwestie:
 - 1. Należy wypełnić wniosek oraz dołączyć wszelką wymaganą dokumentację uzupełniającą.
 - 2. Należy przesłać wypełniony wniosek w ciągu 240 dni od skorzystania ze świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia.

3. Po złożeniu wypełnionego wniosku otrzymają odpowiedź z zatwierdzeniem lub odrzuceniem wniosku nie później niż 60 dni przed wszczęciem wszelkich wyjątkowych czynności windykacyjnych.
 4. Pomimo że zniżki w ramach Pomocy mogą różnić się w zależności od rodzaju oferowanej Pomocy, wszystkie opłaty za świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz świadczenia udzielane w nagłych przypadkach dla pacjentów uprawnionych do Pomocy, osiągających poziom dochodu nieprzekraczający 600% federalnego progu ubóstwa (Federal Poverty Level, „FPL”), nie będą przekraczały „ogólnie rozliczanych kwot”.
 5. Jeśli w dowolnym momencie procesu przeglądu RCMC ustali, że wniosek został sfałszowany lub informacje są błędne, wniosek zostanie odrzucony albo zostaną wszczęte lub wznowione zwykle lub wyjątkowe czynności windykacyjne.
- C. Wysokość Pomocy oblicza się na podstawie dochodu rodziny brutto za ostatnie dwanaście (12) miesięcy. Wniosek zachowuje ważność przez 12 miesięcy, zanim będzie wymagany nowy wniosek, pod warunkiem, że wniosek będzie zawierał dane finansowe aktualizowane co 4 miesiące od pierwszego zatwierdzenia.
- D. Ustalenie uprawnienia wnioskodawcy zostanie przeprowadzone tak szybko, jak to możliwe, po uzyskaniu i zweryfikowaniu wszystkich wymaganych informacji.
- E. Nie wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej są objęte Pomocą. Na przykład lekarz lub inny świadczeniodawca spoza szpitala może nie uczestniczyć w programie Pomocy RCMC.
- F. Wnioskodawcy są zobowiązani do poinformowania RCMC o wszelkich istotnych zmianach w ich sytuacji finansowej w ciągu trzydziestu (30) dni od takiej zmiany.

Omówienie procesu ubiegania się o pomoc finansową

1. Program Pomocy może zostać zapoczątkowany przez pacjenta, członka rodziny, lekarza lub dział szpitala (tj. administracja, zarządzanie opieką i opieka duszpasterska). Każdy doradca finansowy lub personel działu usług finansowych dla pacjentów może zapoczątkować wstępny wniosek i sprawdzić uprawnienie.
2. Wnioskodawcy są proszeni o wypełnienie i zwrócenie wniosku wraz ze wszelką dokumentacją uzupełniającą do doradcy finansowego lub personelu działu usług finansowych w ciągu 240 dni od uzyskania świadczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia.
3. Wnioski są przeglądane i oceniane w celu ustalenia uprawnionej kwoty (o ile dotyczy) Pomocy przez doradców finansowych, a następnie są przekazywane menedżerowi i dyrektorowi działu usług finansowych dla pacjentów w celu uzyskania ostatecznego zatwierdzenia. RCMC zastrzega sobie prawo do weryfikacji zdolności kredytowej oraz innych źródeł w celu weryfikacji dochodu i zasobów.
4. Po podjęciu ostatecznej decyzji przez dział usług finansowych dla pacjentów dotyczącej zakresu przyznania Pomocy wnioskodawca powiadamiany jest listownie, a następnie zostanie zastosowany rabat w ramach Pomocy w odniesieniu do zaległego salda.
5. Wnioskodawcy mogą zostać wielokrotnie zatwierdzeni do Pomocy pod warunkiem, że cała wymagana dokumentacja finansowa zostanie zweryfikowana pod kątem każdego nowego złożonego wniosku, a oryginalna lub zaktualizowana dokumentacja finansowa nie jest starsza niż cztery (4) miesiące od ostatniego przedłożenia.

6. W przypadku ustalenia, że wnioskodawca ma możliwość zapłacenia za świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia, decyzja taka nie uniemożliwia przeprowadzenia kolejnej oceny zdolności zapłaty przez wnioskodawcę w przyszłości.
 7. Arkusz roboczy / raport dotyczący wszystkich zatwierdzonych lub odrzuconych wniosków odejmuje co najmniej kwotę przyznanej/odmówionej Pomocy oraz uzasadnienie.
 8. Zatwierdzone wnioski o Pomoc wraz z dokumentacją uzupełniającą są przechowywane przez siedem (7) lat.
- G. Każdy wniosek zostanie sprawdzony z uwzględnieniem indywidualnych okoliczności w momencie jego składania i może wymagać podania dodatkowych informacji. Żadne informacje nie powinny być starsze niż cztery (4) miesiące, a wnioskodawca musi poinformować RCMC o wszelkich istotnych zmianach w jego sytuacji finansowej w ciągu trzydziestu (30) dni od takiej zmiany. Poniższe dokumenty, jeśli mają zastosowanie, będą wykorzystywane do weryfikacji dochodu i zasobów:
1. Ważny, wydany przez rząd dokument tożsamości ze zdjęciem: prawo jazdy, paszport lub dokument tożsamości wydany przez rząd.
 2. Ostatnie lub najbardziej aktualne rozliczenie podatku dochodowego (1040,1040EZ) ze wszystkimi formularzami W-2 i załącznikami.
 3. Dwa ostatnie odcinki wynagrodzenia lub czeki ubezpieczenia od bezrobocia bądź pisemne oświadczenie o dochodach od pracodawcy za ubiegłe 2 (dwa) miesiące.
 4. Dokumenty z zatwierdzeniem/odmową zasiłku z tytułu bezrobocia, odszkodowania pracowniczego (jeśli ma zastosowanie) lub pomocy od Wydziału Pomocy Publicznej (Department of Public Aid).
 5. Zestawienie miesięcznych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub odmowy przyznania świadczeń (jeśli ma zastosowanie).
 6. Zestawienia przychodów i należności z wszystkich kont czekowych, oszczędnościowych i/lub inwestycyjnych za ostatnie dwa (2) miesiące.
 7. Aktualna kopia karty Wydziału Pomocy Publicznej działu Illinois lub potwierdzenie rejestracji w dowolnym programie pomocy wymienionym w części niniejszej polityki dotyczącej domniemanego uprawnienia.
 8. W przypadku brakującej dokumentacji pisma dotyczące mieszkania i żywienia stanowiące dokumentację uzupełniającą lub pisma dotyczące brakującego/niekompletnego statusu ze szczegółowym wyjaśnieniem powodów niedostarczenia wymaganej dokumentacji powinny zostać wypełnione i podpisane przez wnioskodawcę lub wskazaną przez niego osobę.
 9. Wniosek musi zostać podpisany przez wnioskodawcę lub osobę wskazaną w celu weryfikacji dokładności i prawdziwości wszystkich znajdujących się w nim informacji oraz potwierdzenia składania wniosku o Pomoc zgodnie z niniejszą polityką.

10. W przypadku zmarłych wnioskodawców bez współmałżonka i majątku członek rodziny lub przedstawiciel szpitala mogą wypełnić wniosek w imieniu zmarłego pacjenta.
- H. Wytyczne dotyczące Pomocy będą aktualizowane w przypadku opublikowania zmian federalnych wytycznych dotyczących progu ubóstwa w rejestrze federalnym.
- I. Wnioskodawca jest zobowiązany do złożenia wniosku do innych programów pomocy publicznej przed rozpatrzeniem wniosku o Pomoc. Rabaty przyznawane w ramach Pomocy są dostępne wyłącznie dla osób, które wyczerpią wszystkie pozostałe formy płatności od strony trzeciej, co może obejmować wnioski do Medicare, giełdy ubezpieczeń zdrowotnych, innych ubezpieczeń stron trzecich, ubezpieczenia obejmującego odszkodowanie pracownicze, SCHIP, pomocy publicznej Illinois lub innych programów publicznych zgodnie z wymaganiami uprawniającymi, oraz dla osób, które zapewnią dokumentację potwierdzającą brak możliwości zapłaty.
- J. Pomoc nie zostanie zatwierdzona do czasu otrzymania wszystkich płatności od stron trzecich i będzie stosowana wyłącznie wobec otwartych sald osobistych po zaksięgowaniu wszystkich takich płatności. Zatwierdzone kwoty nie będą przekraczać aktualnego salda pacjenta.
- K. Pomoc nie jest dostępna ani nie zostanie zastosowana wobec świadczeń, które mogłyby zostać normalnie objęte programem Medicare jako świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia dla świadczeniobiorców. Pomoc nie ma również zastosowania wobec świadczeń innych niż niezbędne z medycznego punktu widzenia, takich jak usługi planowe, kosmetyczne lub niemedyczne (np. społeczne lub zawodowe), oprócz podanych poniżej.
- L. Należności pacjentów przetwarzane w ramach procesu windykacji mogą zostać poddane sprawdzeniu w dowolnym momencie, o ile jest zaległe otwarte saldo. W przypadku ustalenia, że dostępne są wystarczające informacje wnioskodawcy, aby spełnić wytyczne dotyczące dochodu, Pomoc może zostać przyznana na podstawie znanych i zweryfikowanych informacji.
- M. Przed podjęciem wszelkich wyjątkowych czynności windykacyjnych RCMC podejmie uzasadnione starania do ustalenia, czy wnioskodawca jest uprawniony do Pomocy. Wnioskodawcy mają co najmniej 120 dni od daty pierwszego zestawienia należności po wypisaniu ze szpitala na przesłanie wniosku do wglądu przed podjęciem dowolnych wyjątkowych czynności windykacyjnych.
- N. Po otrzymaniu wypełnionego wniosku niezwłocznie zostanie ustalone uprawnienie wnioskodawcy, pod warunkiem, że wniosek jest kompletny, i po zapewnieniu co najmniej 60 dni na przekazanie wnioskodawcy pisemnego powiadomienia o decyzji oraz przed zapoczątkowaniem dowolnych wyjątkowych czynności windykacyjnych.
- O. RCMC zastosuje odpowiedni rabat z tytułu pomocy finansowej do wszystkich otwartych sald, a zwroty wszelkich wcześniejszych płatności na kontach zostaną zweryfikowane i przekazane zgodnie z wymogami prawa i po zatwierdzeniu wniosku w przypadku płatności, które zostały dokonane przed wypełnieniem wniosku.

Wymagania dotyczące miejsca zamieszkania

1. Wnioskodawcy, którzy otrzymali świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia i są:
 - a) legalnymi mieszkańcami stanu Illinois lub
 - b) nie są legalnymi mieszkańcami Illinois, lecz mieszkają w tym mieście z zamiarem pozostania i nie przenieśli się wyłącznie w celu uzyskania

opieki zdrowotnej, są uprawnieni do uzyskania Pomocy. Nie ma wymagań dotyczących miejsca zamieszkania wobec pacjentów, którzy korzystają ze świadczeń w nagłych przypadkach.

2. Oprócz wnioskodawców, którzy otrzymują świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia, wnioskodawcy, którzy nie są legalnymi mieszkańcami stanu Illinois, nie mieszkają w tym mieście z zamiarem pozostania i przenieśli się wyłącznie w celu uzyskania opieki zdrowotnej, nie są uprawnieni do uzyskania Pomocy.

Obliczanie kwot pobieranych od pacjentów

Wstępna opieka charytatywna

Każdy wnioskodawca spełniający poniższe wymagania i kryteria jest domyślnie uprawniony do Pomocy. Wnioskodawcy uznani domyślnie za uprawnionych nie muszą wypełniać wniosku, jednak są zobowiązani do potwierdzenia spełnienia poniższych wymogów.

Wymagania uprawniające do 100% rabatu, gdy pacjent:

1. jest osobą bezdomną;
2. zmarł, nie pozostawiając majątku;
3. jest niepełnosprawny umysłowo i nie ma przedstawiciela działającego w jego imieniu;
4. uprawniony do Medicaid, jednak nie w dacie świadczenia lub świadczenie nie jest objęte ubezpieczeniem;
5. umieszczony w zakładzie karnym;
6. uzyskuje dochód na gospodarstwo domowe nieprzekraczający 200% zgodnie z wytycznymi dotyczącymi federalnego progu ubóstwa;
7. zapisany w jednym z następujących programów pomocy:
 - a. Program żywienia dla kobiet, niemowląt i dzieci (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC);
 - b. Program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
 - c. Program bezpłatnych lunchów i śniadań stanu Illinois (Illinois Free Lunch and Breakfast Program);
 - d. Program pomocy w zakresie zużycia energii dla osób o niskich dochodach (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP);
 - e. Program doraźnej pomocy rodzinom w potrzebie (Temporary Assistance for Needy Families, TANF); lub
 - f. jest zgłoszony do programu społecznego zapewniającego dostęp do opieki medycznej, który ocenia i dokumentuje status finansowy osób o ograniczonym niskim dochodzie jako kryterium członkowskie.

Proces składania wniosku o rabat:

RCMC zapewnia Pomoc wnioskodawcom zgodnie z niniejszą polityką, z wyjątkiem sytuacji przewidzianych w poniższej części. Pomoc dla wnioskodawców będzie dostępna w odniesieniu do wszystkich świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia oraz świadczeń w nagłych przypadkach, które nie są objęte ubezpieczeniem, oraz w odniesieniu do wszystkich otwartych sald, niezależnie od tego, kiedy wniosek został zatwierdzony.

Świadczenie wyłączone z pomocy finansowej

Do celów niniejszej polityki termin „świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia” oznacza wszelkie usługi opieki szpitalnej lub ambulatoryjnej, w tym leki lub materiały zapewniane pacjentowi

przez szpital, objęte tytułem XVIII federalnej ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Social Security Act) dla beneficjentów o tych samych objawach klinicznych co pacjent nieubezpieczony. Zgodnie z niniejszą polityką poniższe świadczenia nie są odpowiednio uznawane za świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia:

- Świadczenia zdefiniowane przez Medicare jako nieobjęte ubezpieczeniem, m.in.:
 - zabiegi planowe;
 - bypass żołądkowy;
 - eksperymentalne, w tym niezatwierdzone przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) zabiegi i wyroby lub implanty;
 - planowe zabiegi kosmetyczne (z wyłączeniem operacji plastycznych, których celem jest usunięcie oszpecenia spowodowanego obrażeniem, wadą lub deformacją wynikającą z choroby wrodzonej);
 - świadczenia niemedyczne, takie jak usługi społeczne lub zawodowe;
 - program zaburzenia odżywiania;
 - implanty soczewek w okulistyce;
 - bezpłodność;
 - opieka ortodontyczna;
 - techniki chirurgii wspomaganej robotami, gdy dostępna jest tradycyjna metoda leczenia.

- Inne wyłączenia:
 - świadczenia mające na celu wyłącznie poprawę wyglądu (tj. kosmetyczne), świadczenia planowe mające na celu leczenie stanu dogodnego lub stanu niewymagającego natychmiastowej uwagi bądź świadczenia, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia;
 - świadczenia lub zabiegi, w ramach których istnieje rozsądny zamiennik, lub jeśli istnieje alternatywne świadczenie lub zabieg pokrywane przez ubezpieczyciela pacjenta;
 - świadczenia lub zabiegi, za które ubezpieczyciel odmawia zapłaty, ponieważ nie są one niezbędne z medycznego punktu widzenia.

Obliczanie rabatu

RCMC zapewnia Pomoc dla uprawnionych ubezpieczonych i nieubezpieczonych pacjentów, korzystając z dwóch metod obliczeniowych: (1) opłata wg ruchomej skali dla osób ubezpieczonych lub (2) w ramach pomocy dla nieubezpieczonych / pomocy katastroficznej. Jeśli pacjent jest uprawniony w ramach obydwu metod, RCMC zastosuje metodę najkorzystniejszą dla wnioskodawcy. W przypadku wszystkich wniosków wnioskodawca musi zapewnić informacje na temat zasobów, aby ustalić, czy zasoby te przekraczają 600% zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi federalnego progu ubóstwa.

Rabat dla pacjentów ubezpieczonych

Rabaty wg ruchomej skali dla osób ubezpieczonych są obliczane w następujący sposób:

1. Legalni mieszkańcy Illinois o dochodzie gospodarstwa domowego nieprzekraczającym 300% zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi federalnego progu ubóstwa są uprawnieni do 100% rabatu. Rabat zostanie zastosowany do współubezpieczenia i opłat redukcyjnych, a także świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia nieobjętych ubezpieczeniem.

2. Legalni mieszkańcy Illinois o dochodzie gospodarstwa domowego przekraczającym 300%, lecz niższym niż 600% zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi federalnego progu ubóstwa, są uprawnieni do 80% rabatu lub rabatu równego kwocie ogólnie naliczanej za świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia nieobjęte ubezpieczeniem, w zależności od tego, która z tych kwot jest korzystniejsza dla pacjenta.

Rabat dla pacjentów nieubezpieczonych

RCMC zapewnia Pomoc dla pacjentów nieubezpieczonych zgodnie z ustawą o rabatach dla nieubezpieczonych pacjentów szpitali Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act).

1. Legalni mieszkańcy Illinois o dochodzie gospodarstwa domowego nieprzekraczającym 300% zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi federalnego progu ubóstwa są uprawnieni do 100% rabatu.

Legalni mieszkańcy Illinois o dochodzie gospodarstwa domowego przekraczającym 300%, lecz niższym niż 600% zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi federalnego progu ubóstwa, są uprawnieni do 80% rabatu lub rabatu obliczanego na podstawie stosunku kosztów do opłat uzyskanego od stanu Illinois, z arkusza roboczego C, część I aktualnie złożonego raportu kosztów Medicare. Współczynnik rabatu dla osób nieubezpieczonych oznacza i jest obliczany jako 1,0 minus wynik stosunku kosztów do opłat szpitala pomnożony o 1,35. Naliczony zostanie rabat, który jest korzystniejszy dla pacjenta.

Program salda katastroficznego

1. W przypadku wnioskodawców o dochodzie gospodarstwa domowego przekraczających 300%, lecz niższym niż 600% zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi federalnego progu ubóstwa, łączna płatność nie powinna przekraczać 20% dochodu gospodarstwa domowego wnioskodawcy w okresie dowolnych dwunastu miesięcy.
2. Rabat w sytuacji katastroficzej jest obliczany zgodnie z poniższym przykładem: warunkiem kwalifikującym jest dług wyższy niż dochód w okresie 12 miesięcy; rabat jest równy łącznym opłatom minus 20% poziomu dochodu.

Zafakturowana należność wnioskodawcy (12 miesięcy)	220 000 USD
Dochód roczny (12 miesięcy)	200 000 USD
20% dochodu rodziny wnioskodawcy / należność	<u>44 000 USD</u>
<u>Kwota rabatu</u>	<u>176 000 USD</u>

Inne rabaty

Wszyscy nieubezpieczeni pacjenci otrzymają rabat 30% zastosowany do salda opłat, w czasie pierwszego rozliczenia, na podstawie całkowitych opłat za wszelkie świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia udzielone przez RCMC, pod warunkiem, że wszystkie inne źródła płatności przez stronę trzecią zostały wyczerpane.

Wszystkie inne rabaty dotyczące sald pacjentów są wyszczególnione w polityce RCMC dotyczącej korekt administracyjnych / rabatów od opłat.

Windykacja i inne działania podejmowane w razie braku zapłaty

RCMC ma prawo do przeprowadzenia windykacji niezapłaconych i przeterminowanych należności bezpośrednio lub za pośrednictwem zewnętrznej firmy windykacyjnej. Jeżeli wniosek nie zostanie wypełniony i złożony w terminie, RCMC może dochodzić zwrotu pieniędzy od pacjenta. RCMC może umieścić konto pacjenta na liście agencji kredytowej lub biura informacji kredytowej. RCMC zastrzega sobie prawo do ustanowienia zastawu na świadczeniach/wpływach z ubezpieczenia (samochodowego, odpowiedzialności cywilnej, na życie i zdrowotnego) w związku z procesem windykacji w zakresie, w jakim istnieje ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. Wobec osób uprawnionych do pomocy finansowej nie wnosi się pozwu ani nie domaga się ustanowienia zastawu.

Przed wszczęciem lub wznowieniem jakichkolwiek wyjątkowych czynności windykacyjnych wymienionych w niniejszej polityce (z wyjątkiem odroczenia lub odmowy opieki z powodu nieuiszczenia należności za poprzednio udzieloną opiekę) RCMC wystosuje pisemne zawiadomienie do pacjenta (i) określające konkretne czynności windykacyjne, które zamierza wszcząć (lub wznowić), (ii) zawierające termin, po którego upływie takie czynności zostaną wszczęte (lub wznowione), oraz (iii) przedstawiające uproszczone podsumowanie niniejszej polityki („**Zawiadomienie o wszczęciu wyjątkowych czynności windykacyjnych**”). RCMC podejmie również uzasadnione starania w celu powiadomienia pacjenta o niniejszej polityce.

W przypadku braku zapłaty za poprzednio udzieloną opiekę RCMC może odroczyć opiekę niezbędną z medycznego punktu widzenia lub odmówić takiej opieki (bądź zażądać zapłaty przed jej zapewnieniem), nie dotyczy to jednak świadczeń w nagłych przypadkach. RCMC nie musi dostarczać opisanego powyżej Zawiadomienia o wszczęciu wyjątkowych czynności windykacyjnych przed odroczeniem opieki lub jej odmową (bądź żądaniem zapłaty przed jej udzieleniem) w przypadku wcześniejszego braku płatności za opiekę. RCMC dostarczy jednak odrębne zawiadomienia opisane poniżej, po których może odroczyć opiekę lub odmówić jej udzielenia (bądź zażądać zapłaty przed jej udzieleniem) w trybie natychmiastowym. Wymóg zawiadomienia mający zastosowanie w przypadku takich czynności windykacyjnych jest spełniony, jeśli RCMC dostarczy pacjentowi kopię wniosku, powiadomi pacjenta o możliwości uzyskania pomocy oraz zapewni uproszczone podsumowanie niniejszej polityki.

Rozpowszechnienie polityki

RCMC podejmie następujące kroki w celu zagwarantowania, że członkowie obsługiwanych społeczności są świadomi programu Pomocy i mają dostęp do niniejszej polityki oraz związanych z nią dokumentów.

- ❖ RCMC udostępni społeczności niniejszą politykę na stronie internetowej www.rush.edu/financial-assistance wraz z wnioskiem do pobrania (formularz i instrukcje) oraz uproszczonym podsumowaniem niniejszej polityki. Materiały te będą dostępne bezpłatnie.
- ❖ RCMC powiadomi i poinformuje osoby odwiedzające o programie Pomocy za pomocą tablic informacyjnych w miejscach przeznaczonych do przyciągania uwagi osób odwiedzających.
- ❖ RCMC udostępni niniejszą politykę, jej uproszczone podsumowanie oraz wnioski w języku angielskim, hiszpańskim, tagalskim i polskim, zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej.
- ❖ Wszelkie zestawienia rozliczeniowe dla osób dokonujących płatności samodzielnych będą zawierały informacje o programie pomocy finansowej.
- ❖ RCMC umieści informacje o dostępności pomocy finansowej w przewodnikach dla pacjentów przekazywanych pacjentom przy rejestracji.

Kontakt

W celu otrzymania egzemplarza wniosku należy odwiedzić stronę www.rush.edu/financial-assistance.
Egzemplarze wniosku w formie papierowej są dostępne w dowolnym miejscu rejestracji.

Wypełnione wnioski należy wysłać lub przekazać na adres:

Rush Copley Medical Center
2000 Ogden Avenue
Aurora, IL 60504
(630) 978-4990, od poniedziałku do piątku, 8.00–16.30
Adres e-mail: RC_Business_Office@rush.edu

W celu uzyskania tabeli opieki charytatywnej na bieżący rok wyszczególniającej ruchomą skalę federalnego progu ubóstwa (FPL) na bieżący rok, rabat według ogólnie rozliczanych kwot oraz rabat dla osób nieubezpieczonych należy zadzwonić pod numer podany powyżej.

W razie pytań dotyczących rozliczenia prosimy o kontakt:

Obsługa klienta
(630) 978-4990, od poniedziałku do piątku, 8.00–16.30
Adres e-mail: RC_Business_Office@rush.edu

Załączniki:

Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa wg wielkości rodziny
Stawka rabatu wg stosunku kosztów do opłat
Stawka rabatu wg ogólnie rozliczanych kwot
Wykaz świadczeniodawców, którzy nie przestrzegają polityki dotyczącej pomocy finansowej RCMC

Definicje

Ogólnie rozliczane kwoty / rabat wg ogólnie rozliczanych kwot: rabat niezbędny w celu zagwarantowania, że opłaty za świadczenia w nagłych przypadkach lub świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia udzielane podczas leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego dla osób uprawnionych do Pomocy zgodnie z niniejszą polityką nie przekraczają ogólnie rozliczanych kwot stosowanych wobec osób posiadających ubezpieczenie Medicare lub ubezpieczenie komercyjne obejmujące taką opiekę. Obliczenia rabatu wg ogólnie rozliczanych kwot będą zgodne z prawem na podstawie metody „look-back” (kontrola historii).

Wnioskodawca: wnioskodawca to osoba składająca wniosek, w tym pacjent i/lub poręczyciel pacjenta.

Wniosek: wniosek o Pomoc.

Okres rozpatrywania wniosku: okres, w którym RCMC musi przyjąć i rozpatrzyć wniosek w celu podjęcia uzasadnionych starań do określenia uprawnienia Wnioskodawcy do Pomocy. Okres rozpatrywania wniosku rozpoczyna się od daty świadczenia opieki dla danej osoby i kończy się 240. dnia po dacie pierwszego zestawienia należności po wypisaniu ze szpitala.

Naliczone opłaty: opłaty naliczone za usługę zgodnie ze schematem opłat obowiązującym w momencie świadczenia usługi, przed ubieganiem się o wszelkie umowne dodatki, rabaty i potrącenia.

Rabat na koszt opieki (osoby nieubezpieczone): rabat równy kwocie obliczonej przez pomnożenie łącznego stosunku kosztów do opłat z raportu RCMC dotyczącego kosztów Medicare przez opłaty klienta określonego jako kwalifikującego się do Pomocy. Niezależnie od powyższego RCMC może, w celu ułatwienia postępowania administracyjnego, ustalić pojedynczy rabat wg kosztów opieki, który jest najkorzystniejszy dla pacjenta. Rabat wg kosztu opieki będzie równy lub większy niż rabat wg ogólnie rozliczanych kwot.

Opieka objęta rabatem: opieka świadczona za kwotę mniejszą niż naliczone opłaty inne niż Pomoc. Rabaty obejmują rabat wg kosztów opieki i rabat wg ogólnie rozliczanych kwot.

Świadczenia w nagłych przypadkach: świadczenia w nagłych przypadkach obejmują usługi świadczone przez izbę przyjęć w nagłym wypadku lub inne usługi wskazane w załączniku do niniejszej polityki.

Wyjątkowe czynności windykacyjne: czynności, które RCMC może podjąć wobec osoby fizycznej, związane z uzyskaniem pełnej płatności za rachunek objęty Pomocą. Działania te mogą obejmować wymóg płatności za wcześniej świadczone usługi i/lub nałożenie zastawu na własność pacjenta.

Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa: wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa aktualizowane okresowo w rejestrze federalnym przez amerykański Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej na mocy 42 USC 9902(2). Wytyczne te są dołączone w oddzielnej tabeli i będą zmieniane co roku po wydaniu zaktualizowanych wytycznych w rejestrze federalnym oraz na stronie amerykańskiego Wydziału Zdrowia i Pomocy Społecznej.

Pomoc: kwoty zapewniane pacjentom spełniającym kryteria w ramach programu Pomocy, którzy nie są w stanie zapłacić za całość lub część usług opieki zdrowotnej.

Poręczyciel: osoba, która jest odpowiedzialna finansowo za usługi świadczone na rzecz pacjenta.

Dochód gospodarstwa domowego: dochód powiązany z gospodarstwem domowym wnioskodawcy zgodnie z definicją stosowaną przez amerykańskie Biuro ds. Spisu Ludności (Bureau of the Census). Dochód gospodarstwa domowego obejmuje wszystkie przychody przed opodatkowaniem, odszkodowania z tytułu bezrobocia, odszkodowania pracownicze, zapomogę uzupełniającą z ubezpieczenia społecznego, płatności pomocy publicznej, zasiłki dla kombatantów, renty dla dzieci, renty lub emerytury, odsetki, dywidendy, czynsze, tantiemy, dochód z nieruchomości, fundusze powiernicze, pomoc na edukację, alimenty, pomoc spoza gospodarstwa domowego oraz inne różne źródła. Świadczenia niegotówkowe (takie jak SNAP i dodatki mieszkaniowe) nie są uznawane za dochód gospodarstwa domowego.

Jeśli wnioskodawca wskaże, że dostosowany dochód brutto podany w ostatnim rozliczeniu podatkowym wnioskodawcy nie jest dokładny (np. wnioskodawca nie jest już zatrudniony lub otrzymuje inną kwotę), dochód gospodarstwa domowego powinien zostać obliczony na podstawie innej dostępnej dokumentacji (np. odcinków wynagrodzenia, zestawień zasiłków z tytułu bezrobocia itd.). Dochód gospodarstwa domowego obejmuje dochód wszystkich członków rodziny.

Mieszkaniec Illinois: mieszkaniec Illinois to pacjent mieszkający w Illinois, który zamierza na stałe mieszkać w Illinois. Przeniesienie do Illinois w wyłącznym celu otrzymania świadczeń opieki zdrowotnej nie spełnia wymagań dotyczących miejsca zamieszkania zgodnie z ustawą o rabatach dla nieubezpieczonych pacjentów szpitali Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act, HUPDA). HUPDA wymaga, aby nieubezpieczony pacjent był mieszkańcem Illinois, jednak *nie* wymaga, aby pacjent był legalnym mieszkańcem Stanów Zjednoczonych. Pacjenci mogą być zobowiązani do przedstawienia dowodu zamieszkania w Illinois, zgodnie z HUPDA. Przeniesienie do Illinois

w wyłącznym celu otrzymania świadczeń opieki zdrowotnej nie spełnia wymagań dotyczących miejsca zamieszkania, zgodnie z tą definicją.

Pacjent ubezpieczony: pacjent objęty polisą ubezpieczenia zdrowotnego lub beneficjent publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeń zdrowotnych lub innego programu zdrowotnego, w tym ubezpieczenia o dużej opłacie redukcyjnej, odszkodowania pracownicze, ubezpieczenie od wypadków lub inne ubezpieczenia stron trzecich.

Legalny mieszkaniec Illinois: legalny mieszkaniec Illinois to pacjent mieszkający legalnie w Stanach Zjednoczonych oraz mający główne miejsce zamieszkania w stanie Illinois. W odniesieniu do cudzoziemców „legalne zamieszkanie” obejmuje osoby mające ważne wizy oraz będące stałymi mieszkańcami i pracownikami tymczasowymi. „Legalne zamieszkanie” nie obejmuje cudzoziemców, którzy są gośćmi lub posiadają wizy studenckie. Przeniesienie do Illinois w wyłącznym celu otrzymania świadczeń opieki zdrowotnej nie spełnia wymagań dotyczących miejsca zamieszkania, zgodnie z tą definicją.

Świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia: usługi opieki szpitalnej lub ambulatoryjnej, w tym leki lub materiały objęte tytułem XVIII federalnej ustawy o ubezpieczeniu społecznym, dla beneficjentów o tych samych objawach klinicznych co pacjent. „Świadczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia” nie obejmuje poniższych: (1) świadczeń innych niż świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia, takich jak społeczne lub zawodowe; lub (2) planowych zabiegów kosmetycznych, z wyłączeniem operacji plastycznych, których celem jest usunięcie oszpecenia spowodowanego obrażeniem, wadą lub deformacją wynikającą z choroby wrodzonej.

Osoba niebędąca mieszkańcem: osoba niebędąca mieszkańcem to pacjent, który nie jest ani legalnym mieszkańcem Illinois, ani mieszkańcem Illinois.

Pacjent: osoba korzystająca z usług.

Uproszczone podsumowanie: jasne, precyzyjne i łatwe do zrozumienia pisemne oświadczenie, które informuje pacjenta, że RCMC oferuje Pomoc, i zapewnia poniższe informacje: (i) skrócony opis wymagań uprawniających i pomocy oferowanej w ramach tej polityki; (ii) skrócone podsumowanie sposobu ubiegania się o pomoc w ramach tej polityki; (iii) bezpośrednią listę stron internetowych lub adresów URL oraz lokalizacji fizycznych, w których można uzyskać kopię niniejszej polityki oraz wniosków; (iv) instrukcje dotyczące sposobu uzyskania bezpłatnej kopii polityki oraz wniosku pocztą; (v) dane kontaktowe (w tym numery telefonu i lokalizacje fizyczne, jeśli mają zastosowanie) biur lub działów, które mogą zapewnić pomoc w ramach procesu składania wniosków; (vi) dostępność tłumaczeń; oraz (vii) oświadczenie, że pacjenci nieuprawnieni do Pomocy zostaną obciążeni kwotami przekraczającymi ogólnie rozliczane kwoty.

Usługi opłacane samodzielnie w ramach pakietu cen: różne usługi oferowane po jednej cenie objętej rabatem, dzięki któremu pojedyncza cena jest niższa niż suma cen wszystkich pojedynczych usług tworzących pakiet usług.

Pacjent nieubezpieczony: pacjent nieobjęty polisą ubezpieczenia zdrowotnego bądź osoba niebędąca beneficjentem publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeń zdrowotnych lub innego programu zdrowotnego, w tym ubezpieczenia o dużej opłacie redukcyjnej, odszkodowania pracowniczego, ubezpieczenia od wypadków lub innego ubezpieczenia stron trzecich.