

Centro Médico Rush Copley Política y procedimiento

Título: Política del programa de ayuda financiera o atención de beneficencia

Autor: Terry Wilson

Fecha de inicio: 06/2016

Fecha de la próxima revisión: 12/1/2024

Objetivo

El Centro Médico Rush Copley se compromete con el cuidado de toda la comunidad. A fin de atender a quienes tal vez no cuenten con un seguro de salud u otros medios para pagar su atención, el Centro Médico Rush Copley ofrece un programa integral de ayuda financiera o atención de beneficencia a aquellos pacientes elegibles. Esta política se ha desarrollado para ayudar a pacientes o garantes que carecen de los recursos económicos necesarios para cumplir con el pago mínimo requerido por los servicios prestados en el Centro Médico Rush Copley, y para facilitar las pautas para los procesos de solicitud de ayuda financiera o atención de beneficencia y ajuste de saldos.

Política

El Centro Médico Rush Copley prestará servicios médicos sin discriminación, independientemente de la capacidad de pago de las personas, cada vez que soliciten servicios médicos y estos se consideren médicamente necesarios. El programa de ayuda financiera o atención de beneficencia está disponible para aquellas personas que cumplan con los requisitos de elegibilidad en virtud de esta política y que hayan completado y presentado una solicitud. Los representantes de los pacientes de el Centro Médico Rush Copley se encuentran a disposición para trabajar en estrecha colaboración con los pacientes a fin de revisar las opciones de pago y determinar su elegibilidad.

Procedimiento

Elegibilidad

A. Cualquier persona que recibe servicios médicamente necesarios en el Centro Médico Rush Copley será considerada para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia siempre que cumpla con los requisitos de elegibilidad que se describen en esta política. Se entregarán la política y la solicitud a todas las personas, previa solicitud, sin distinción de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad o estado migratorio.

B. Aquellos que soliciten ayuda financiera o atención de beneficencia deberán esperar lo siguiente:

1. Completar una solicitud para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia, proporcionando toda la documentación requerida.
2. Presentar la solicitud completa dentro de los 240 días posteriores al servicio.

3. Recibir una respuesta donde se apruebe o rechace la solicitud no menos de 60 días antes de que se pueda iniciar un proceso de cobro extraordinario.

4. A pesar de que los descuentos de la ayuda financiera o atención de beneficencia puedan variar en función del tipo de ayuda ofrecida, todos los cargos por los servicios para afecciones médicas de emergencia o servicios médicamente necesarios, proporcionados a los pacientes que son elegibles para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia con niveles de ingresos del 600 % o menos del nivel federal de pobreza, no superarán los “montos generalmente facturados”.

5. Si, en algún momento durante el proceso de revisión, hallásemos que se ha falsificado una solicitud o que se ha presentado información imprecisa, la solicitud para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia será rechazada y, de ser necesario, se iniciará o reanudará el proceso de cobro normal o extraordinario.

C. El programa de ayuda financiera o atención de beneficencia se proporciona en función de los ingresos brutos familiares de los últimos doce (12) meses, que se utilizan para calcular el total del descuento. La solicitud para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia conservará su validez durante 12 meses antes de que se requiera una nueva solicitud.

D. La determinación de la elegibilidad del solicitante se hará tan pronto como sea posible una vez que se proporcione y verifique toda la información requerida.

E. El programa de ayuda financiera o atención de beneficencia no cubre todos los servicios médicos. Por ejemplo, es posible que su médico u otros proveedores que no pertenecen al hospital no participen en el programa de ayuda financiera o atención de beneficencia de el Centro Médico Rush Copley.

F. Las entidades incluidas en este programa son las siguientes: Para el propósito de esta póliza, Rush Copley incluya a Copley Memorial Hospital, Rush-Copley Medical Group NFP, y todas las corporaciones subsidiarias.

G. Los pacientes deben notificar a el Centro Médico Rush Copley cualquier cambio significativo en su situación financiera en un plazo de treinta (30) días posteriores a dicho cambio.

Proceso de solicitud:

1. El proceso para participar en el programa de ayuda financiera o atención de beneficencia puede ser iniciado por el paciente, un familiar, médicos o departamentos del hospital (es decir, Administración, Servicio Social y Servicio Pastoral). Cualquier asesor financiero o miembro del personal de Servicios Financieros para el Paciente puede comenzar el proceso de solicitud inicial y evaluar la elegibilidad.

2. Los solicitantes deben completar y devolver la solicitud con toda la documentación correspondiente requerida a un asesor financiero o miembro del personal de Servicios Financieros para el Paciente dentro de los 240 días del servicio.

3. Las solicitudes son revisadas y evaluadas por asesores financieros teniendo en cuenta el monto (si existiera) correspondiente a la ayuda financiera o atención de beneficencia, y luego se entregan al Administrador y al Director de Servicios Financieros para el Paciente para su

aprobación final. El Centro Médico Rush Copley se reserva el derecho a verificar los registros de crédito y cualquier otra fuente para verificar los ingresos y activos.

4. Una vez que el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente tome la determinación final en cuanto a qué punto de ayuda financiera o atención de beneficencia se concederá o no, el paciente recibe una notificación por correo, y se aplica el ajuste de descuento correspondiente a la ayuda financiera o atención de beneficencia a los saldos pendientes.

5. Los solicitantes pueden recibir aprobación para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia en diversas oportunidades, siempre y cuando se haya verificado toda la documentación financiera requerida para cada nuevo servicio recibido, y siempre que los documentos financieros originales o actualizados no tengan más de cuatro (4) meses desde la presentación anterior.

6. Si se determina que el solicitante cuenta con los recursos económicos para pagar los servicios, tal determinación no impide que se realice una evaluación futura de la capacidad de pago del solicitante.

7. Una ficha con todas las solicitudes aprobadas y rechazadas incluye, como mínimo, el monto correspondiente a la ayuda financiera o atención de beneficencia que se concede o niega y las razones.

8. Las solicitudes aprobadas y la documentación correspondiente para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia se conservan durante siete (7) años.

H. La información incluida en la solicitud requiere verificación. Si corresponde, se utilizarán los siguientes documentos para verificar los ingresos y activos. Cada solicitud será revisada en función de las circunstancias individuales al momento de presentar la solicitud, y es posible que se requiera información adicional. Ninguna información debe tener más de cuatro (4) meses desde su recepción, y el solicitante debe comunicar al hospital cualquier cambio significativo en su situación financiera en un plazo de treinta (30) días posteriores a dicho cambio.

1. Identificación válida con fotografía emitida por el gobierno: Licencia de conducir, pasaporte o identificación emitida por el gobierno.

2. Última o más reciente declaración anual de impuestos (1040, 1040EZ) con todos los formularios W-2 y anexos adjuntos.

3. Los dos últimos talones de cheques de pago o cheques por desempleo, o una declaración por escrito de las ganancias de su empleador de los dos (2) meses anteriores.

4. Documentos donde se apruebe o rechace el subsidio de desempleo o la indemnización por accidente laboral (si corresponde) o la ayuda del Departamento de Asistencia Pública.

5. La declaración de los beneficios mensuales de Seguro Social o la negación de los beneficios (si corresponde).

6. Todos los estados de cuenta de cuentas corrientes, de ahorros o declaraciones de ganancias de inversión y cuentas del período de los dos (2) meses anteriores.

7. Una copia actual de una tarjeta del Departamento de Asistencia Pública de Illinois o la finalización y elegibilidad para reembolso en virtud del programa del Departamento de Salud y Servicios Sociales, Sección 1011.

8. En caso de documentación o cartas faltantes de alojamiento y comida que proporcionen la documentación correspondiente, o bien una carta faltante o incompleta de la situación donde se detalle el motivo por el que no se proporcionó la documentación requerida, se requerirá que el solicitante o su designado completen y firmen estos documentos.

9. La solicitud para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia debe estar firmada por el solicitante o su designado a modo de verificación de que toda la información incluida sea exacta y veraz y de que dicha persona solicite ayuda financiera o atención de beneficencia en virtud de esta política.

10. En caso de que el solicitante haya fallecido y no tenga un cónyuge supérstite ni bienes, cualquier familiar o representante del hospital puede completar la solicitud de ayuda financiera o atención de beneficencia en nombre del paciente fallecido.

I. Las pautas de ingresos para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia se actualizarán cada vez que se publiquen cambios en los Lineamientos Federales de Pobreza en el Registro Federal.

J. El solicitante tiene la obligación de haber solicitado otros programas de asistencia antes de considerar la ayuda financiera o atención de beneficencia. Los ajustes de los descuentos de la ayuda financiera o atención de beneficencia solo están disponibles para aquellas personas que hayan agotado todas las demás formas de pago de terceros, lo que puede incluir solicitudes a Medicare, el intercambio del seguro de salud, otra responsabilidad de terceros, la cobertura de indemnizaciones por accidentes laborales, el Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Children's Health Insurance Program, SCHIP), la Asistencia Pública de Illinois o cualquier otro tipo de programa público en función de su elegibilidad, y para quienes presenten documentación sobre su falta de recursos económicos para pagar.

K. La ayuda financiera o atención de beneficencia no será aprobada hasta que se hayan recibido todos los pagos de terceros pertinentes y solo se aplicará a los saldos personales una vez que se hayan registrado dichos pagos. Los montos aprobados no deberán superar el saldo restante del paciente.

L. La ayuda financiera o atención de beneficencia no está disponible ni se aplica a cualquiera de los servicios que habitualmente no estarían cubiertos por el programa de Medicare, como los servicios de salud médicamente necesarios para los beneficiarios. La ayuda financiera o atención de beneficencia tampoco se aplica a los servicios que no son médicamente necesarios, tales como los servicios electivos, cosméticos o no médicos, como los servicios sociales o profesionales, salvo en los casos que se indican a continuación.

M. Las cuentas de los pacientes posteriores al cobro pueden ser revisadas en cualquier momento. Si se determina que existe suficiente información disponible del paciente para cumplir las pautas de ingresos, se podrá otorgar la ayuda financiera o atención de beneficencia en función de la información conocida y verificada.

N. Antes de iniciar un proceso de cobro extraordinario, el Centro Médico Rush Copley hará todo cuanto sea razonablemente posible para determinar si el solicitante es elegible para recibir la

ayuda financiera o atención de beneficencia. Los solicitantes dispondrán de un mínimo de 120 días a partir de la fecha del primer resumen de cuenta posterior a recibir el alta para presentar una solicitud de revisión antes de que se inicie un proceso de cobro extraordinario.

O. Después de la recepción de una solicitud completada, se determinará si el solicitante es elegible tan pronto como sea posible, siempre que la solicitud esté completa, lo que permitirá un mínimo de 30 días para que el solicitante reciba una notificación por escrito de la determinación y antes del inicio de un proceso de cobro extraordinario.

P. El Centro Médico Rush Copley no reembolsará ningún pago anterior a las cuentas de forma previa a la aprobación de una solicitud para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia cuando los pagos se hayan realizado antes de completar la solicitud.

Requisitos de residencia

1. Los solicitantes que hayan recibido servicios médicamente necesarios y a) sean residentes legales de Illinois o, b) no sean residentes legales de Illinois, pero residan en Illinois y tengan la intención de permanecer allí y no se hayan mudado solamente para recibir atención médica, son elegibles para obtener ayuda económica/servicios de beneficencia. No hay requisitos de residencia para los pacientes que reciban servicios de atención de emergencia.
2. Excluyendo a los solicitantes que reciban servicios de atención de emergencia, los solicitantes que no sean residentes legales de Illinois y que no residan en Illinois con la intención de permanecer allí, o que se hayan mudado solamente para recibir atención médica, no son elegibles para obtener ayuda económica/servicios de beneficencia.

Posible elegibilidad

Es posible que los solicitantes que cumplan con los requisitos y criterios que se describen más abajo puedan ser elegibles para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia. Aquellos solicitantes con posibilidad de ser elegibles no necesitan completar la solicitud para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia, siempre que demuestren que cumplen con los requisitos que se detallan a continuación.

Requisitos de elegibilidad para el ajuste de descuento del 100 %

1. El solicitante es indigente;
2. ha fallecido y no tiene bienes;
3. padece una incapacitación mental y no cuenta con alguien que lo represente;
4. es elegible para la cobertura de Medicaid, aunque no al momento de recibir el servicio o para los servicios no cubiertos;
5. se encuentra detenido en una institución penitenciaria;
6. se encuentra inscrito en uno de los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos con criterios de elegibilidad por debajo del 200 % de los Lineamientos Federales de Pobreza vigentes en ese momento:
 - a. Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC);
 - b. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP);

- c. Programas de Illinois de Almuerzos y Desayunos Gratuitos;
- d. Programa de Asistencia Energética para Familias con Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP);
- e. Asistencia Temporal para Familias Carenciadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF); o
- f. se encuentra inscrito en un programa comunitario organizado que brinda acceso a una atención médica que evalúa y documenta las situaciones financieras limitadas con bajos ingresos como criterio para la adhesión.

Proceso de solicitud de descuentos:

El Centro Médico Rush Copley ofrece descuentos a los solicitantes a modo de ayuda financiera o atención de beneficencia de la siguiente manera y en virtud de esta política.

Servicios

1. A excepción de lo dispuesto en la siguiente sección, la ayuda financiera o atención de beneficencia a los solicitantes deberá estar disponible para todos los servicios médicamente necesarios y los servicios de atención de emergencia.
2. La ayuda financiera o atención de beneficencia no estará disponible para los siguientes servicios: Servicios electivos o que no sean médicamente necesarios, servicios fuera de la red, servicios con precios por paquete a su cargo o cualquier otro copago, coseguro o deducible del paciente asegurado, a menos que el paciente cumpla con los requisitos para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia.
3. La tabla de caridad del año en curso que detalla el año actual nivel federal de pobreza escala de deslizamiento, la cantidad de descuento AGB y la cantidad de descuento no asegurado, está disponible bajo petición @ 630-978-4990.

Cálculo del descuento

El Centro Médico Rush Copley ofrece descuentos a modo de ayuda financiera o atención de beneficencia a los pacientes asegurados elegibles y a los pacientes no asegurados, mediante el uso de dos métodos: (1) la escala móvil para asegurados o (2) la ayuda en caso de catástrofe. Si el paciente cumple con los requisitos en virtud de ambos métodos, El Centro Médico Rush Copley aplicará el método que sea más beneficioso para el paciente. Todos los solicitantes deberán proporcionar información de los activos para determinar si esos activos superan el 600 % de los Lineamientos Federales de Pobreza vigentes en ese momento.

Escala móvil de descuentos para asegurados

Los descuentos en virtud de la escala de ingresos del asegurado se calculan de la siguiente manera:

1. Los residentes legales de Illinois con ingresos familiares del 300 % o menos según los Lineamientos Federales de Pobreza vigentes son elegibles para acceder a un descuento del 100 %. El descuento se aplicará a los coseguros y deducibles, así como a los servicios médicamente necesarios no cubiertos por el seguro.
2. Los residentes legales de Illinois con ingresos familiares superiores al 300 % pero menores o iguales al 600 % de los Lineamientos Federales de Pobreza vigentes son elegibles para

acceder a un descuento equivalente a los “montos generalmente facturados” para los servicios médicamente necesarios no cubiertos por el seguro.

Cálculo del descuento para no asegurados

El Centro Médico Rush Copley proporcionará ayuda financiera o atención de beneficencia a pacientes no asegurados de conformidad con la Ley de Descuentos para Pacientes de Hospitales de Illinois.

1. Los residentes legales de Illinois con ingresos familiares del 300 % o menos según los Lineamientos Federales de Pobreza vigentes son elegibles para acceder a un descuento del 100 %.

2. Los residentes legales de Illinois con ingresos familiares superiores al 300 % pero menores o iguales al 600 % de los Lineamientos Federales de Pobreza vigentes son elegibles para acceder a un descuento que se calcula en función de la relación costo-cargo del estado de Illinois, que deriva de la Planilla C, Parte I, del último informe de costos de Medicare. El factor de descuento para no asegurados se calcula como 1.0 menos el producto de la relación costo-cargo de un hospital multiplicado por 1.35.

Descuento en caso de catástrofe

1. Para los solicitantes con ingresos familiares superiores al 300 % pero menores o iguales al 600 % de los Lineamientos Federales de Pobreza vigentes, el pago total no deberá superar el 25 % de los ingresos familiares del solicitante durante un período de doce meses.

2. En el siguiente ejemplo, se calcula el descuento de las necesidades en caso de catástrofe: Para cumplir con los requisitos, la deuda debe ser mayor que los ingresos en un período de 12 meses; el descuento debe ser igual a los cargos totales, menos el 20 % del nivel de ingresos.

Obligación facturada al solicitante (12 meses)	\$220,000
Ingresos anuales (12 meses)	\$200,000
Obligación/ingresos familiares del solicitante 20%	\$44,000
Descuento total	\$176,000

Publicando la Póliza

Rush Copley tomara los siguientes pasos para asegurar que miembros de la comunidad en la que servimos estén informados del programa y tengan acceso a esta póliza y a los documentos relacionados.)

Rush Copley hará disponible a la comunidad una copia de esta póliza al compartirla por internet conjunto con copias descargables del formulario de ayuda financiera (el formulario e instrucciones), al igual un resumen de esta póliza en lenguaje simple.)

Rush Copley notificará e informará a los visitantes de este programa a través de anuncios públicos en los lugares designados para atraer la atención de los visitantes

Rush Copley hará disponible, por escrito y por internet, esta póliza, el resumen en lenguaje simple, y el formulario de ayuda financiera en inglés y español.

En la factura en la que el paciente está a cargo del pago de la cuenta, se incluirá información sobre el programa de ayuda financiera.

Rush Copley incluirá información sobre la disponibilidad de ayuda financiera en el guía de paciente que se proporcionan durante el registro.)

Anexos:

Lineamientos Federales de Pobreza por número de integrantes de la familia

Tasa de descuento de la relación costo-cargo

Tasa de descuento de los montos generalmente facturados

Lista de proveedores de servicio medio que No siguen la póliza de ayuda financiera de el Centro Médico Rush Copley

Definiciones

Montos generalmente facturados/descuento de los montos generalmente facturados: El descuento requerido para garantizar que los cargos por la atención de afecciones médicas de emergencia u otra atención médicamente necesaria ofrecida durante una visita ambulatoria u hospitalización a las personas elegibles para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia en virtud de esta política no superan los montos generalmente facturados para las personas que cuentan con Medicare o con un seguro comercial que cubra dicha atención ("montos generalmente facturados"). El cálculo del descuento del monto generalmente facturado se realizará de conformidad con la normativa basada en el método de revisión retroactiva.

Solicitante: El solicitante es la persona que presenta una solicitud para recibir ayuda financiera, lo que incluye al paciente o al garante del paciente.

Solicitud: Solicitud para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia.

Período de solicitud: Período durante el cual el Centro Médico Rush Copley debe aceptar y procesar una solicitud presentada por una persona a fin de hacer todo lo razonablemente posible para determinar si la persona es elegible para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia. El período de solicitud comienza en la fecha en que la persona recibe la atención y finaliza 240 días después de la fecha del primer resumen de cuenta posterior a recibir el alta.

Cargo(s) facturado(s): Cargos aplicados por un servicio basado en los aranceles vigentes al momento del servicio antes de aplicar bonificaciones, descuentos o deducciones contractuales.

Descuento en el costo de atención: Descuento igual al monto que se calcula multiplicando la relación costo-cargo del informe de costos de Medicare del hospital con los cargos en cuentas identificadas como susceptibles de recibir ayuda financiera o atención de beneficencia. Sin perjuicio de lo anterior, el Centro Médico Rush Copley puede, para facilidad administrativa,

establecer un único descuento por costo de atención que resulte más beneficioso para el paciente. El descuento del costo de la atención médica deberá ser igual o mayor que el descuento del monto generalmente facturado.

Atención con descuento: Atención prestada a un costo menor que los cargos facturados aparte de la ayuda financiera o atención de beneficencia. Los descuentos incluyen el descuento del costo de la atención y el descuento del monto generalmente facturado.

Afección médica de emergencia: La afección médica de emergencia es tal como se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).

Servicios de emergencia: Los servicios de emergencia incluyen los servicios recibidos a través del Departamento de Afecciones Médicas de Emergencia u otros servicios que se identifican y establecen en un apéndice de esta política.

Proceso de cobro extraordinario: Proceso que El Centro Médico Rush Copley puede iniciar contra una persona a fin de obtener el pago total de una factura cubierta por la ayuda financiera o atención de beneficencia. Estos esfuerzos pueden incluir exigir el pago por la atención prestada anteriormente o la aplicación de un gravamen sobre los bienes de un paciente.

Número de integrantes de la familia: Número de personas que aparecen enumeradas en la “calificación impositiva” en la declaración de impuestos más reciente del solicitante. Si no se dispone de una declaración de impuestos, el número de integrantes de la familia será el número de personas que residan en la residencia del solicitante. Si otra persona declara al solicitante como dependiente en su declaración de impuestos, el número de integrantes de la familia puede incluir a los familiares de la persona que declara la dependencia.

Lineamientos Federales de Pobreza: Lineamientos Federales de Pobreza actualizados periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos bajo la autoridad de 42 USC 9902 (2). Los lineamientos se adjuntan en una tabla separada y se adaptan anualmente tras la publicación de los Lineamientos Federales de Pobreza en el Registro Federal y en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos.

Ayuda financiera o atención de beneficencia: Montos proporcionados a los pacientes que cumplen los criterios para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia en virtud de los diversos programas, que no cuentan con recursos económicos para pagar la totalidad o una parte de los servicios de atención médica.

Garante: Persona financieramente responsable de los servicios prestados a un paciente.

Ingresos familiares: Ingresos atribuibles a la familia del solicitante sobre la base de las definiciones utilizadas por la Oficina del Censo de los EE. UU. Los ingresos familiares incluyen todas las ganancias antes de impuestos, la indemnización por accidente laboral, el Seguro Social, el Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income, SSI), los pagos de asistencia pública, los pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia fuera del hogar y otras fuentes de ingresos. Los beneficios no monetarios (tales como SNAP y los subsidios a la vivienda) no se consideran ingresos familiares.

Si el solicitante indica que los ingresos brutos ajustados que se indican en la declaración de impuestos más reciente no son exactos (por ejemplo, el solicitante deja de trabajar o recibe un

monto diferente en concepto de pagos), los ingresos familiares se calcularán sobre la base de otra documentación disponible (por ejemplo, recibos de pago, declaraciones de desempleo, etc.). Los ingresos familiares incluyen los ingresos de todos los miembros del grupo familiar.

Residente de Illinois: Un residente de Illinois es un paciente que reside en Illinois y que planea continuar residiendo en Illinois por tiempo indefinido. El traslado a Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no cumple con el requisito de residencia en virtud de la Ley de Descuentos de Hospital para Pacientes sin Seguro Médico (Hospital Uninsured Patient Discount Act, HUPDA) de Illinois. La HUPDA exige que el paciente no asegurado sea residente de Illinois, aunque *no* exige que el paciente sea residente legal de los Estados Unidos. Es posible que los pacientes deban presentar un comprobante de residencia en Illinois según lo que establece la HUPDA. El traslado a Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no cumple con el requisito de residencia en virtud de esta definición.

Paciente asegurado: Paciente cubierto por una póliza de seguro de salud o beneficiario del seguro público o privado de salud, beneficios de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos los planes de seguro de salud de deducibles altos, las indemnizaciones por accidentes laborales, el seguro de responsabilidad por accidentes u otra responsabilidad frente a terceros.

Residente legal de Illinois: Un residente legal de Illinois es un paciente con residencia legal en los Estados Unidos y cuya residencia principal se encuentra en el estado de Illinois. Con respecto a los extranjeros, el término “residente legal” deberá incluir a las personas que tienen visas vigentes y que son residentes permanentes y trabajadores temporales. El término “residente legal” no deberá incluir a extranjeros que cuenten con visas de turista o estudiante. El traslado a Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no cumple con el requisito de residencia en virtud de esta definición.

Servicio médicamente necesario: Todos los servicios de atención médica a pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos los productos o suministros farmacéuticos cubiertos en el Título XVIII de la Ley Federal de Seguridad Social para los beneficiarios con el mismo cuadro clínico que el paciente. Un servicio “médicamente necesario” no incluye nada de lo siguiente: (1) servicios no médicos, como los servicios sociales y profesionales; o (2) cirugía cosmética electiva, aunque no la cirugía plástica diseñada para corregir la desfiguración causada por una lesión, enfermedad o defecto congénito o deformidad.

No residentes: Un paciente no residente es aquel que no es ni residente legal de Illinois ni residente temporal de Illinois.

Paciente: Persona que recibe los servicios.

Resumen en lenguaje sencillo Declaración escrita clara, concisa y fácil de entender que notifica a una persona que el Centro Médico Rush Copley ofrece ayuda financiera o atención de beneficencia y ofrece la siguiente información: (i) una breve descripción de la elegibilidad y la asistencia cubierta en virtud de esta política; (ii) un breve resumen de cómo solicitar ayuda en virtud de esta política; (iii) una lista directa de una dirección de Internet o URL y ubicaciones físicas para obtener una copia de esta política y de las solicitudes para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia; (iv) instrucciones sobre cómo obtener una copia gratuita de la política y la solicitud para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia por correo; (v) información de contacto (incluidos los números de teléfono y ubicación física, si corresponde)

de las oficinas o departamentos que pueden ofrecer ayuda en el proceso de solicitud; (vi) disponibilidad de traducciones; y (vii) una declaración de que a un paciente elegible para recibir ayuda financiera o atención de beneficencia no se le cobrará más que los montos generalmente facturados.

Servicios con precios por paquete de pago particular: Diversos servicios ofrecidos por un precio único, que se descuenta de manera tal que el precio único sea menor que la suma de los precios de todos los servicios por separado que comprenden el paquete de servicios.

Paciente no asegurado: Paciente no cubierto por una póliza de seguro de salud o que no es beneficiario de un seguro público o privado de salud, beneficios de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos los planes de seguro de salud con deducibles altos, las indemnizaciones por accidentes laborales, el seguro de responsabilidad por accidentes u otra responsabilidad frente a terceros.