

Rush University Medical Center/Rush Oak Park Hospital/Rush Copley Medical Center/Rush Medical Group

**Finanzas de la atención médica
Política y procedimiento para el acceso y la facturación de pacientes**

Sección: Programas de asistencia financiera

Asunto: Política de asistencia financiera

Fecha de entrada en vigencia: 07/01/2025

Objetivo

Las disposiciones de esta política se aplican a Rush University Medical Center (“RUMC”), Rush Oak Park Hospital (“ROPH”), Rush Centro Médico Copley (“RCMC”) y Rush Medical Group (“RMG”), conocidos en conjunto como “Rush”. Como parte de la misión de Rush de brindar atención médica integral y coordinada a nuestros pacientes, ofrecemos varios programas de asistencia financiera para ayudar a los pacientes con sus costos de atención médica para servicios necesarios desde el punto de vista médico o de emergencia. En Rush, tratamos a todos los pacientes con dignidad, independientemente de su capacidad de pago. Los servicios de emergencia nunca serán denegados o demorados en función de la capacidad de pago del paciente. Esta política describe las circunstancias en las que Rush puede proporcionar atención sin cargo o con un descuento en función de la necesidad financiera y clínica del paciente, denominados en conjunto “Programas de asistencia financiera” de Rush. Esta política define las pautas y criterios para reunir los requisitos para todos los componentes de los Programas de asistencia financiera de Rush. Toda asistencia financiera otorgada se aplicará únicamente a la responsabilidad del paciente por servicios de emergencia u otros servicios necesarios desde el punto de vista médico.

La asistencia financiera, como se indica a continuación, puede cubrir los deducibles y el coseguro de un paciente que quedan después del seguro. Los copagos del paciente no son elegibles para recibir asistencia financiera. Del mismo modo, la asistencia financiera no está disponible para los pacientes que reciben atención en Rush fuera de la red, excepto para los servicios emergentes. La asistencia financiera solo está disponible para pacientes cuyos servicios se consideran necesarios desde el punto de vista médico o de emergencia.

Esta política está destinada a cumplir con la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos, la Ley de descuento para pacientes sin seguro de hospitales de Illinois (“**Ley de descuentos**”) y la Ley de facturación justa al paciente de Illinois (“**Ley de facturación**”) y las reglamentaciones sancionadas en virtud de ellas y debe interpretarse y aplicarse de conformidad con dichas leyes y reglamentaciones. Los órganos de gobierno de cada instalación hospitalaria de Rush adoptará y revisará anualmente por separado esta política.

Esta Política describe: (i) los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera, y si dicha asistencia incluye servicios gratuitos o con descuento; (ii) la base para el cálculo de los importes cobrados a los pacientes; (iii) el método de solicitud de asistencia financiera; (iv) las acciones de cobro que Rush puede tomar en caso de falta de pago, incluidas las acciones de cobro civil, la presentación de informes a las agencias de verificación crediticia de consumidores y el posible aplazamiento de la atención no urgente o de emergencia; y (v) el enfoque de Rush para las determinaciones de elegibilidad presuntiva y los tipos de información que utilizará para evaluar la elegibilidad presuntiva.

Es posible que el paciente tenga que cumplimentar una solicitud y aportar la documentación justificativa que se indica a continuación para determinar si cumple los requisitos. Para los programas de atención caritativa presuntiva y descuento para pacientes sin seguro, Rush, a su entera discreción, puede eximir documentación justificativa, siempre que pueda verificar la elegibilidad mediante el uso de un servicio de terceros. Si un paciente califica para más de un programa, prevalecerá el programa que le brinde el mayor beneficio al paciente.

Rush cumplirá con todas las leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales aplicables a la conducta descrita en esta política. Si la prestación de asistencia financiera queda sujeta a requisitos adicionales de las leyes federales, estatales o locales, y esas leyes imponen requisitos más estrictos que los que se describen en esta política, dichas leyes regirán la forma en que Rush administra su programa de asistencia financiera.

Las excepciones a esta política solo se harán en circunstancias extraordinarias y con la aprobación previa del vicepresidente del Ciclo de Ingresos, el director financiero o la persona designada.

Programas de asistencia financiera

A excepción de lo que se indica a continuación, se requiere prueba de residencia en Illinois (incluidos los 3 condados de Collar Indiana de Lake, LaPorte y Porter) para calificar para cualquiera de los programas descritos en esta política. “Residente de Illinois” significa cualquier persona que viva en Illinois y que tenga la intención de seguir viviendo en Illinois de forma indefinida. Mudarse a Illinois con el único fin de recibir los beneficios de atención médica no satisface los requisitos de residencia.

Los programas de asistencia financiera de Rush son los siguientes:

1. **Atención caritativa presuntiva:** la factura por gastos hospitalarios y profesionales se reducen en un 100% en casos puntuales solo para pacientes sin seguro. El paciente califica y no está obligado a completar una solicitud si se cumple uno de los siguientes criterios:

- El ingreso familiar está entre el 0 y el 200% de las pautas federales de pobreza.
- El paciente es elegible para Medicaid para otras fechas de servicio o los servicios no se consideran cubiertos por Medicaid.
- El paciente está inscripto o cumple con los criterios de elegibilidad para un programa de asistencia para personas de bajos ingresos (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC), Programa de Desayuno o Almuerzo gratuito de Illinois, Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos, Asistencia Médica Comunitaria o recibir un Subsidio de Ayuda).
- Personas sin hogar, fallecidos sin herencia o personas con discapacidades mentales sin nadie que actúe en su nombre.
- Personas encarceladas en una institución penitenciaria.

Esta política está destinada a servir como la Política de elegibilidad presuntiva de Rush, según lo requiere la ley de Illinois. Rush aplicará los criterios de elegibilidad presuntiva establecidos a los pacientes sin seguro tan pronto como sea posible después de recibir los servicios de atención médica de Rush y antes de que Rush emita facturas por dichos servicios.

2. **Descuento para pacientes sin seguro:** la factura por gastos hospitalarios y profesionales se reduce en un 80% en casos puntuales para pacientes que no tienen seguro y cuyos ingresos familiares sean iguales o menores al 600% de las pautas federales de pobreza. El paciente no está obligado a completar una solicitud de asistencia financiera si Rush puede demostrar a través de otros medios que el paciente cumple con estos requisitos.
3. **Programa de atención caritativa:** la factura por gastos hospitalarios y profesionales se reduce en un 100% en casos puntuales si se presenta toda la documentación necesaria (como se describe a continuación) para pacientes con o sin seguro y cuyos ingresos familiares sean iguales o menores al 300% de las pautas federales de pobreza. El beneficio de atención caritativa se puede aplicar después del pago por parte del seguro para cubrir los deducibles y el coseguro únicamente. Los copagos no son elegibles para este descuento.
4. **Programa de descuento sin seguro:** la factura por gastos hospitalarios y profesionales se reduce en un 80% en casos puntuales para pacientes que no tienen seguro y cuyos ingresos familiares sean mayores al 300% e iguales o menores al 400% de las pautas federales de pobreza.
5. **Programa de saldo por catástrofes:** la factura por gastos hospitalarios y profesionales se reduce a un máximo del 20% del ingreso doméstico en casos puntuales, durante un período de 12 meses consecutivos, si se presentan toda la documentación requerida.
6. **Programa de descuento de pago por cuenta propia:** todos los pacientes sin seguro que no califican para uno de los programas de asistencia financiera descritos anteriormente pueden calificar para un descuento del 50% independientemente del estado de residencia
7. Programas adicionales aprobados incluidos en el “Anexo 1”.

Resumen del proceso de solicitud de asistencia financiera

Responsabilidades del paciente. Para ser elegible para la asistencia financiera, la persona debe:

- a. Agotar todos los esfuerzos para reducir su saldo de pago por cuenta propia de la siguiente manera:
 - i. Solicitar una asistencia estatal, federal o local a la que la persona pueda ser elegible.
 - ii. Maximizar los beneficios del seguro al cumplir con todas las solicitudes de documentación y buscar todas las fuentes de financiamiento disponibles (seguro de salud, hogar o automóvil, indemnización por accidente de trabajo, responsabilidad de terceros, etcétera).
 - iii. Destinar todos los ingresos a campañas de recaudación de fondos para la atención médica.
- b. Proporcionar toda la documentación obligatoria.
 - i. Completar el formulario de solicitud de asistencia financiera de Rush.
 - ii. Proporcionar todos los datos de respaldo obligatorios para verificar la elegibilidad, incluida la documentación de respaldo que verifique los ingresos.

Las copias de la solicitud de asistencia financiera, las instrucciones y los datos de respaldo requeridos están disponibles en línea en www.rush.edu/financial-assistance, solicitando una copia en persona en cualquiera de las áreas de admisión o registro de pacientes de los hospitales Rush, o solicitando una copia gratuita por correo comunicándose con el Departamento de Acceso a Pacientes de Rush Hospital. A continuación se proporciona información de contacto adicional.

- c. Cooperar con Rush y proporcionar la información y documentación solicitadas de manera oportuna.
 - i. Los pacientes pueden presentar una solicitud hasta 240 días después de la fecha en que Rush emite su primer estado de cuenta posterior al alta.
 - ii. No se iniciará ninguna acción de cobro hasta al menos 120 días después de que un centro de Rush proporcione su primer estado de cuenta posterior al alta.
- d. Completar el formulario de solicitud requerido con veracidad.
 - i. Si un paciente proporciona información falsa de manera intencional, no será elegible para recibir la asistencia financiera, toda asistencia financiera que se haya otorgado puede revertirse y la persona puede volverse responsable de pagar la factura completa.
 - ii. Si Rush recibe una solicitud incompleta, proporcionará al paciente o a su representante legal una lista de la información o documentación faltante y le dará al paciente 30 días para enviar la información que falte. Si el paciente no proporciona oportunamente la información faltante, Rush puede iniciar acciones de cobro como se describe a continuación.
- e. Intentar de buena fe cumplir con los términos de un plan de pago razonable si la persona califica solo para un descuento parcial.
- f. Notificar a Rush de inmediato de cualquier cambio en su situación financiera para que Rush pueda evaluar el impacto del cambio en la elegibilidad de la persona para recibir asistencia financiera o un plan de pago.

Al recibir un formulario de solicitud completa, Rush hará todo lo posible para comunicarle de inmediato al paciente el estado de la solicitud del paciente y la determinación de elegibilidad.

Si el paciente es aprobado para recibir atención caritativa, Rush aplicará el descuento de asistencia financiera aplicable a todos los saldos abiertos. Los reembolsos de un pago anterior en las cuentas, con la excepción de los copagos, se revisarán y proporcionarán según las disposiciones de la ley y sobre la base de la aprobación de la Solicitud para los pagos que se realizaron antes de la finalización de la Solicitud.

La atención caritativa está inicialmente aprobada durante un período de 4 meses y seguirá siendo válida durante 12 meses antes de que se requiera una nueva Solicitud, siempre que en la Solicitud se haya actualizado la información financiera cada 4 meses después de la aprobación inicial.

Si se determina que un paciente tiene la capacidad de pagar por los servicios necesarios desde el punto de vista médico, dicha determinación no impide una reevaluación futura de la capacidad de pago del paciente. El paciente tiene derecho a

discutir su determinación de elegibilidad comunicándose con un asesor financiero a la dirección y el número de teléfono que se indican a continuación.

Servicios excluidos de la asistencia financiera

A los efectos de esta política, “necesario desde el punto de vista médico” significa cualquier servicio hospitalario para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos los productos farmacéuticos o suministros que un hospital le proporciona a un paciente, cubiertos por el Título XVIII de la Ley Federal del Seguro Social para beneficiarios con la misma presentación clínica que el paciente sin seguro. En consecuencia, los siguientes servicios no se consideran “necesarios desde el punto de vista médico” según esta política:

- Servicios definidos por Medicare como no cubiertos. Por ejemplo:
 - Procedimientos opcionales
 - Cirugía de derivación gástrica
 - Procedimientos experimentales, incluidos procedimientos y dispositivos o implantes no aprobados por la FDA
 - Cirugía estética opcional (pero no cirugía plástica diseñada para corregir la desfiguración causada por una lesión, enfermedad, defecto o deformidad congénita)
 - Servicios no médicos, como servicios sociales y vocacionales
 - Programa para trastornos alimenticios
 - Implantes de lentes oftalmológicos
 - Esterilidad
 - Atención de ortodoncia
 - Técnicas quirúrgicas asistidas por robot, si existen otros tratamientos convencionales
- Otras exclusiones:
 - Servicios destinados únicamente a mejorar la apariencia (es decir, estéticos), servicios opcionales para tratar una afección de conveniencia o una afección que no requiere atención inmediata o servicios no necesarios desde el punto de vista médico.
 - Servicios o procedimientos para los cuales existe un sustituto razonable o si hay un servicio o procedimiento alternativo que está cubierto por la compañía de seguros del paciente.
 - Servicios o procedimientos no cubiertos por el seguro por falta de necesidad médica.
- Los grupos de médicos privados y los consultorios médicos no están obligados a ofrecer descuentos de acuerdo con esta política de asistencia financiera. La lista completa de estos proveedores excluidos está disponible en el “Anexo 2” al final de este documento.

Si desea obtener una lista completa de los servicios hospitalarios excluidos, comuníquese con un asesor financiero o representante de Servicio al cliente a los números de teléfono que figuran en la página final de este documento.

Cálculo de los montos cobrados a los pacientes

A ninguna persona que se determine que es elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico que el monto generalmente facturado a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. El saldo al que se aplica un descuento es equivalente a los cargos facturados registrados en la cuenta de un paciente menos los pagos y ajustes anteriores del seguro del paciente (si corresponde). Según la ley de Illinois, el monto máximo que Rush puede cobrar de los pacientes sin seguro es el 20% de los ingresos familiares, durante un período de 12 meses.

Rush determina el monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB) a las personas mediante la revisión de las reclamaciones pagadas de un período anterior de 12 meses para determinar la tasa de pago real que Medicare y las aseguradoras privadas están aplicando colectivamente a los cargos facturados de Rush. La intención es garantizar que el descuento proporcionado a los pacientes elegibles para la asistencia financiera sea igual o mayor que el descuento proporcionado a los pacientes con seguro. La tasa de pago actual de AGB en formato porcentual está disponible en línea en: www.rush.edu/financial-assistance/AGB. Los pacientes también pueden obtener más información sobre este cálculo

comunicándose con un asesor financiero o un representante de servicio al cliente a los números de teléfono que figuran en la página final de este documento.

Cobros y otras acciones emprendidas en caso de falta de pago

Rush tiene derecho a intentar obtener el cobro de saldos impagos y vencidos directamente o a través de una agencia de cobranza externa. Si el Formulario de solicitud de asistencia financiera no se completa y envía a tiempo, Rush puede reclamar al paciente. Rush puede incluir la cuenta de un paciente en una agencia de crédito o de calificación. Rush se reserva el derecho de solicitar embargos a los beneficios o ingresos del seguro (automóvil, responsabilidad civil, vida y salud) en relación con su proceso de cobro en la medida en que exista un seguro de responsabilidad civil a terceros. No se solicitarán ni se presentarán otros juicios personales o gravámenes contra las personas elegibles para recibir asistencia financiera.

Antes de participar o reanudar las acciones de cobro extraordinarias que se mencionan en este punto (excepto el aplazamiento o la denegación de atención por falta de pago de los montos de la atención anterior), Rush emitirá una notificación por escrito al paciente que (i) describe las actividades de cobro específicas que pretende iniciar (o reanudar), (ii) proporciona una fecha límite después de la cual se iniciarán (o reanudarán) dichas acciones e (iii) incluye un resumen en lenguaje sencillo de esta política (el “Aviso de inicio de la ECA”). Rush también procurará razonablemente notificar al paciente sobre la política de asistencia financiera y cómo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera. Rush podrá iniciar actividades de cobro al menos 30 días después de la fecha en que emita la Aviso de inicio de la ECA, ya sea por correo postal o electrónico.

De acuerdo con la Política de autorización financiera, Rush puede diferir o denegar la atención necesaria desde el punto de vista médico (o exigir un pago antes de la prestación), pero no la atención de emergencia, debido a la falta de pago de un paciente por una atención anterior. El Aviso de inicio de ECA descrito anteriormente no es necesario antes de que Rush difiera o deniegue atención basada en la falta de pago anterior (o requerir un pago antes de la prestación). Sin embargo, Rush proporcionará avisos por separado, que se describen a continuación, después de los cuales puede diferir o denegar la atención de inmediato (o solicitar el pago antes de la prestación).

El requisito de notificación específico para esta acción de cobro se cumple si Rush proporciona una copia de su formulario de solicitud de asistencia financiera al paciente, le notifica por escrito que la asistencia financiera está disponible y proporciona la fecha límite después de la cual no aceptará una solicitud de asistencia financiera para la atención antes proporcionada. Rush también debe proporcionar un resumen en lenguaje sencillo de esta política al paciente y notificar oralmente al paciente sobre esta política y cómo puede obtener ayuda para completar la solicitud.

La fecha límite para presentar una solicitud de asistencia financiera no debe ser más de 30 días antes de la fecha de la notificación por escrito o 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta para la atención prestada anteriormente. Si una solicitud de asistencia financiera se presenta a tiempo, Rush la procesará de manera expedita para minimizar cualquier riesgo para la salud del paciente.

Planes de pago

Los planes de pago mensual están disponibles para personas con saldos de pacientes pendientes. Si desea obtener información adicional, consulte nuestros recursos de facturación para pacientes en <https://www.rush.edu/patients-visitors/billing>.

Confidencialidad

Rush respeta la confidencialidad y la dignidad de sus pacientes y entiende que la necesidad de solicitar asistencia financiera puede ser un tema delicado. El personal de Rush proporcionará acceso a la información relacionada con la asistencia financiera solo a quienes estén directamente involucrados en el proceso de determinación y cumplirá con todos los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) para el manejo de información de salud personal.

Publicidad de la política

Cada hospital de Rush dará amplia publicidad a este programa dentro de la comunidad a la que sirve. Con ese fin, Rush tomará las siguientes medidas para garantizar que los miembros de las comunidades a las que atenderán sus hospitales estén al tanto del programa y tengan acceso a esta política y a los documentos relacionados.

- Rush pondrá una copia de esta Política a disposición de la comunidad publicándola en línea en www.rush.edu/financial-assistance junto con copias descargables de la solicitud de asistencia financiera (formulario e instrucciones), y un resumen en lenguaje sencillo de esta Política. No habrá tarifas para acceder a estos materiales.
- Los hospitales de Rush notificarán e informarán a los visitantes sobre este programa a través de exhibiciones públicas visibles en lugares diseñados para atraer la atención de los visitantes.
- Rush pondrá esta política a disposición, tanto en forma impresa como en línea, así como el resumen en lenguaje sencillo y los Formularios de solicitud de asistencia financiera en inglés, español, chino-mandarín, tagalo y polaco.
- Cada estado de cuenta de las cuentas de pago por cuenta propia incluirá información sobre el Programa de asistencia financiera.
- Cada hospital incluirá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera en las guías para pacientes que se proporcionan a los pacientes en la sala de emergencias, la admisión hospitalaria o las áreas de registro.

Contáctenos

A fin de obtener una copia de los formularios de la solicitud de asistencia financiera, visite www.rush.edu/financial-assistance. Las copias en papel de la solicitud también están disponibles en los siguientes lugares:

Departamento de urgencias: 1.^{er} piso Torre

Rush Medical Labs: Edificio Profesional, Habitación 439

Departamento de admisión: 4.^{to} piso Atrio, Habitación 416

Radiología ambulatoria: Edificio Profesional, Habitación 461

Rush Oak Park Admisión/Registro/Departamento de emergencias: 520 S Maple Ave, Oak Park (hospital principal)

Asesores financieros de Rush Oak Park - 520 S Maple Ave, Oak Park (hospital principal)

Rush Copley Medical Center: 2000 Ogden Ave, Aurora, IL 60504 (disponible en todas las ubicaciones de registro)

Rush University Medical Center, Rush Oak Park Hospital y proveedores afiliados de Rush Medical Group

Las solicitudes completadas deben devolverse o enviarse por correo a:

Rush University Medical Center

1653 W. Congress Pkwy

415 Atrium Building: Asesores financieros

Chicago, IL 60612

(312) 942-5967, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

O envíenos un correo electrónico a financial_counselor@rush.edu

Las preguntas sobre facturación deben remitirse a:

Servicio al cliente

(312) 942-5693 o (866) 761-7812, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

O envíenos un correo electrónico a billing_info@rush.edu

Rush Copley Medical Center y proveedores afiliados de Rush Medical Group

Las solicitudes completadas deben devolverse o enviarse por correo a:

Rush Copley Medical Center

2000 Ogden Avenue

Aurora, IL 60504

(630) 978-4990, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

O envíenos un correo electrónico a RC_Business_Office@rush.edu

Las preguntas sobre facturación deben remitirse a:

Servicio al cliente
(630) 978-4990, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Envíenos un correo electrónico a RC_Business_Office@rush.edu

Definiciones

Acción extraordinaria de cobro: aquellas acciones que Rush puede tomar contra una persona relacionadas con la obtención del pago total de una factura cubierta por la Asistencia. Estos esfuerzos pueden incluir exigir el pago de la atención prestada anteriormente o fijar un gravamen sobre la propiedad de un paciente.

Cargos facturados: las tarifas cobradas por un servicio basadas en el cargo maestro vigente en el momento del servicio antes de aplicar un subsidio, descuento o deducción contractual.

Garante: la persona que es financieramente responsable de los servicios prestados a un paciente.

Ingresos del hogar: ingresos atribuibles al hogar del Solicitante según las definiciones utilizadas por la Oficina del Censo de EE. UU. Los ingresos del hogar incluyen todas las ganancias antes de impuestos, la indemnización por desempleo, la indemnización por accidente de trabajo, el seguro social, la Seguridad de Ingreso Suplementario, los pagos de asistencia pública, los pagos para veteranos, los beneficios de sobrevivientes, los ingresos de pensión o jubilación, las participaciones, los dividendos, las rentas, las regalías, los ingresos de patrimonios, los fideicomisos, la asistencia educativa, la pensión alimenticia, la asistencia fuera del hogar y otras fuentes diversas. Los beneficios no monetarios (como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) y subsidios de vivienda) no se consideran ingresos del hogar.

Si el Solicitante indica que el ingreso bruto ajustado que figura en la declaración de impuestos más reciente del Solicitante no es preciso (por ejemplo, el Solicitante ya no está empleado o se le paga una suma diferente), el Ingreso del hogar se calculará sobre la base de otra documentación disponible (por ejemplo, recibos de sueldo, declaraciones de desempleo, etcétera). Los ingresos del hogar incluyen los ingresos de todos los miembros del hogar.

Montos generalmente facturados o Descuentos de montos generalmente facturados: El descuento requerido para garantizar que los cargos por la atención de los Servicios de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico proporcionada durante una visita ambulatoria o una estadía hospitalaria para personas elegibles para la Asistencia en virtud de esta Política no son más que los montos generalmente facturados a las personas que tienen Medicare o un seguro comercial que cubre dicha atención. El cálculo del Descuento de montos generalmente facturados se realizará de acuerdo con la ley basada en el método retrospectivo.

Necesario desde el punto de vista médico: todo servicio de atención médica hospitalario o ambulatorio, incluidos los productos farmacéuticos o suministros, cubiertos por el Título XVIII de la Ley federal del seguro social para beneficiarios con la misma presentación clínica que el paciente. Un servicio “necesario desde el punto de vista médico” no incluye: (1) servicios no médicos, como los servicios sociales y vocacionales; o (2) cirugía estética opcional, pero no cirugía plástica diseñada para corregir la desfiguración causada por una lesión, enfermedad o defecto o deformidad congénita.

Paciente asegurado: un paciente cubierto por una póliza de seguro médico o un beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos los planes de seguro de salud con deducible alto, indemnización por accidente de trabajo, seguro de responsabilidad civil por accidentes u otra responsabilidad de terceros.

Paciente sin seguro: Un paciente no cubierto por una póliza de seguro médico o que no es beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficio de salud u otro programa de cobertura de salud, incluidos los planes de seguro de salud con deducible alto, indemnización por accidente de trabajo, seguro de responsabilidad civil por accidentes u otra responsabilidad de terceros.

Paciente: la persona que recibe los servicios.

Pautas federales de pobreza: Las Pautas federales de pobreza se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en virtud de la autoridad del artículo 9902(2) del título 42 del Código de Estados Unidos (United States Code, USC). Las pautas se adjuntan en una tabla separada y se ajustarán anualmente después de la publicación de las pautas actualizadas sobre la pobreza en el Registro Federal y en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Período de solicitud: el período durante el cual Rush debe aceptar y procesar una Solicitud con el fin de haber realizado esfuerzos razonables para determinar si el Solicitante es elegible para la Asistencia. El Período de solicitud comienza en la fecha en que se brindó la atención a la persona y finaliza 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.

Residente de Illinois: un residente de Illinois es cualquier persona que viva en Illinois y que tenga la intención de seguir viviendo en Illinois de forma indefinida. Mudarse a Illinois con el único fin de recibir los beneficios de atención médica no satisface el requisito de residencia de la Ley de descuento para pacientes sin seguro de hospitales de Illinois (Hospital Uninsured Patient Discount Act, "HUPDA"). La HUPDA requiere que el paciente sin seguro sea residente de Illinois, pero *no* requiere que el Paciente resida legalmente en los Estados Unidos. Es posible que se requiera que los pacientes proporcionen un comprobante de residencia en Illinois según lo dispuesto en la HUPDA. Mudarse a Illinois con el único fin de recibir los beneficios de atención médica no satisface el requisito de residencia de esta definición. Rush incluye los tres condados de Collar adicionales de Lake, LaPorte y Porter.

Resumen en lenguaje sencillo: una declaración escrita clara, concisa y fácil de entender que notifica a una persona a quien Rush ofrece asistencia y proporciona la siguiente información: (i) breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida en virtud de esta Política; (ii) un breve resumen de cómo solicitar la Asistencia en virtud de esta Política; (iii) una lista directa de una dirección o URL de un sitio web y ubicaciones físicas donde se puede obtener una copia de esta Política y las Solicitud; (iv) instrucciones sobre cómo obtener una copia gratuita de la Política y la Solicitud por correo; (v) información de contacto (incluidos los números de teléfono y la ubicación física, si corresponde) de las oficinas o departamentos que pueden proporcionarle a una persona el proceso de Solicitud; (vi) disponibilidad de traducciones; y (vii) una declaración de que a ningún Paciente elegible para Asistencia se le cobrará más que los montos generalmente facturados.

Servicios de emergencia: los Servicios de emergencia incluyen los servicios recibidos a través del Departamento de emergencias por afecciones médicas de emergencia u otros servicios identificados y establecidos en un apéndice de esta política.

Solicitante: el Solicitante es la persona que presenta una Solicitud, incluido el paciente o el garante del paciente.

Solicitud: una solicitud de asistencia.

Adenda 1: Rush University Medical Center, Rush Oak Park Hospital y proveedores afiliados

Descuentos adicionales disponibles

Los programas disponibles incluyen lo siguiente:

Descuento no cubierto

Para determinados servicios no cubiertos o no necesarios desde el punto de vista médico, incluidos, entre otros, los procedimientos estéticos, la fertilización in vitro y las cirugías bariátricas, Rush desarrolló paquetes de precios. Para otros servicios no cubiertos o no necesarios desde el punto de vista médico para los cuales el precio del paquete no está disponible, los pacientes pueden ser elegibles para un descuento de hasta el 50% en los cargos. Este descuento, así como los precios de cualquier paquete, se aplican a todos los pacientes, independientemente del estado de residencia o seguro.

No se pueden utilizar otros descuentos junto con el precio del paquete. Además, los descuentos en asistencia financiera, el descuento para pacientes sin seguro y el descuento sin cobertura no se pueden usar juntos. Es posible que se requiera la totalidad o una parte del pago por adelantado. Se recomienda a los pacientes que buscan obtener estos descuentos que hablen con un asesor financiero o servicio al cliente antes de que se brinde el servicio.

Enfermedad ultrarrara

Solo los pacientes inscritos en un ensayo clínico a través de Rush para una enfermedad ultrarrara, según la definición de los Institutos Nacionales de Salud, no necesitan presentar un comprobante de residencia en Illinois, pero igualmente deben cumplir con todos los demás requisitos establecidos en esta Política para calificar para el Descuento por atención caritativa presuntiva, atención caritativa o descuento para pacientes sin seguro de Rush.

**Rush University Medical Center, Rush Oak Park Hospital Rush University o proveedores afiliados
Política y procedimiento para el acceso y la facturación de pacientes**

Sección: Programas de asistencia financiera. Adenda 2

Asunto: Política de asistencia financiera

Fecha: 07/01/2025

Lista de proveedores que NO siguen la política de asistencia financiera de Rush

Las prácticas de facturación y los descuentos asociados con el Programa de asistencia financiera de Rush NO se aplican a los siguientes médicos o grupos de médicos o sus médicos afiliados. Por lo tanto, todo honorario profesional asociado con estos médicos o grupos de médicos quedaría excluido de la póliza.

Grupos de médicos:

All For Women Healthcare	Illinois Cardiovascular Specialists	The Gynecology Inst. of Chicago, Ltd
Ann & Robert H Lurie Children's Hospital	Illinois Retina Associates, SC	Thomas R. Mizen, M.D. & Assoc., LLC
Advocate Physician Partners	Innovative Care, LLC	UIC Physician Group
Apollo Emergency Physicians	Kehoe & Djordjevic, SC	University Anesthesiologists, SC
Aurora Emergency Physicians	Lake Street Family Physicians, SC	University Cardiologists
Benedict L Gierl MD and Associates	Marianjoy Medical Group	University Ophthalmology Assoc.
Cardiothoracic & Vas. Surg Assoc., SC	MD2 Chicago	University Pathology Diagnostics, SC
Center for Derm. & Aesthetic Med. LLC	Midwest Orthopaedics at Rush, LLC	UroPartners, LLC
Chicago Cornea Consultants, Ltd	Midwest Podiatry Services, LTD	Valley Imaging Associates
Chicago Eye Specialists	Millennium Park Medical Assoc., SC	Whole Beauty Institute
Chicago Glaucoma Consultants	MWM Medical, SC	Woman to Woman Healthcare
Christy Cardiology, Ltd	NAPA Anesthesia	Women's Health Consultants
Comprehensive Cntr for Women's Med, LLC	NCH Neurosciences Center	Your Health and Wellness
Dreyer Medical Group	Neurological Surgery & Spine Surgery	Zavala Internists, SC
Duly Health	North Shore Medical Associates	
Edmund J. Lewis & Associates, SC	Northstar Anesthesia	
Elmhurst Neuroscience Institute	NYE Partners	
Empact Emergency Phys. Partners	Palmer & Zavala, SC	
Encinas Medical Center	Pathology Associates of Aurora, LLC	
Esperanza Health Centers	Plastic and Reconstructive Surgery	
Eye Care, Ltd	Quest Diagnostics	
Eye Center Physicians, Ltd	Quintessential Care	
Fabric	Rehab Associates of Chicago	
From Pain to Wellness, LLC	Rheumatology Associates, SC	
Geriatric Care Partners	Select Medical	