



## Specjalty Hospital

In partnership with Select Medical

### Polityka wsparcia finansowego i windykacji

Data wejścia w życie: 5/1/2024

**Kopie drukowane są wyłącznie w celach informacyjnych. Najnowszą wersję można znaleźć w wersji elektronicznej.**

#### Wymagania prawne/odniesienia:

**Niniejsza Polityka jest zgodna z sekcją 501(r) Kodeksu o dochodach wewnętrznych i powiązanymi przepisami skarbowymi.**

### Polityka wsparcia finansowego i windykacji

Polityka Szpitala Specjalistycznego Rush zakłada zapewnienie pacjentom niezbędnej opieki medycznej bez względu na rasę, wyznanie czy wypłacalność. Pacjenci, którzy nie mają środków na opłacenie usług świadczonych w Szpitalu Specjalistycznym Rush, mogą zwrócić się o wsparcie finansowe, które zostanie przyznane na zasadach określonych poniżej.

#### I. Historia

- A. Szpital Specjalistyczny Rush to szpital po leczeniu doraźnym, dysponujący 100 łózkami, posiadający licencję szpitala długoterminowej opieki doraźnej, w skład którego wchodzi 44 łóżka do opieki długoterminowej i oddział intensywnej terapii na 56 łóżek, znany jako Szpital Specjalistyczny Rush: Rehabilitacja Szpitalna (ARU) (łącznie zwanym w niniejszym dokumencie Szpitalem Specjalistycznym Rush). Szpital Specjalistyczny Rush jest prowadzony i zarządzany w sposób, który jest zasadniczo zgodny z wymogami art. 501(c)(3) Kodeksu o dochodach wewnętrznych i instytucjami charytatywnymi działającymi zgodnie z prawem stanowym.
- B. Szpital Specjalistyczny Rush jest zobowiązany do zapewnienia opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia. "Opieka niezbędna z medycznego punktu widzenia" jest świadczona pacjentom bez względu na rasę, pochodzenie, czy wypłacalność.
- C. Głównymi beneficjentami Polityki wsparcia finansowego są pacjenci nieubezpieczeni lub niedoublebezpieczeni, którzy są obywatelami Stanów Zjednoczonych lub mają stałe miejsce zamieszkania i których roczny dochód rodzinny nie przekracza 300% federalnych wytycznych dotyczących dochodów w ubóstwie (FPG), publikowanych od czasu do czasu przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych i obowiązujący w dniu doręczenia przyznanego wsparcia finansowego na mocy niniejszej Polityki. Do wsparcia mogą również kwalifikować się pacjenci doświadczający trudności finansowych lub osobistych, lub będący w szczególnej sytuacji zdrowotnej. W żadnym wypadku pacjent kwalifikujący się do wsparcia finansowego na mocy niniejszej Polityki nie zostanie obciążony kwotą wyższą niż kwoty ogólnie naliczane za taką opiekę.

- D. Od pacjentów oczekuje się stosowania się do procedur Szpitala Specjalistycznego Rush w celu uzyskania wsparcia finansowego lub innych form świadczenia oraz partycypowania w kosztach opieki w oparciu o ich indywidualną wypłacalność.

## II. Definicje

- A. „Roczny dochód rodziny” określa się na podstawie definicji Biura Spisu Ludności, które przy obliczaniu federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa uwzględnia następujący dochód:
- Zarobki, zasiłek dla bezrobotnych, odszkodowanie pracownicze, ubezpieczenie społeczne, dodatkowy dochód z zabezpieczenia, pomoc publiczną, świadczenia dla weteranów, świadczenia rodzinne, rentę lub dochód emerytalny, odsetki, dywidendy, czynsze, tantiemy, dochód z majątku, trustów, pomoc edukacyjną, alimenty, alimenty na dziecko, pomoc spoza gospodarstwa domowego i inne różne źródła.
  - Świadczenia niepieniężne (takie jak bony żywnościowe i dotacje mieszkaniowe) nie są wliczane.
  - Dochód ustala się na podstawie kwoty przed opodatkowaniem.
  - Jeżeli dana osoba mieszka z najbliższą rodziną, „roczny dochód rodziny” obejmuje dochody wszystkich członków rodziny.
- B. „Wniosek” oznacza proces składania wniosku zgodnie z niniejszymi Zasadami, obejmujący: (a) wypełnienie wniosku o wsparcie finansową od Szpitala Specjalistycznego Rush osobiście, przez Internet lub przez telefon z przedstawicielem, lub (b) przesłanie wypełnionego dokumentu pocztą lub dostarczenie wypełnionego wniosku do Szpitala Specjalistycznego Rush.
- C. „CBO” oznacza Centralne Biuro Rozliczeń i Windykacji.
- D. „Pacjent opieki charytatywnej” – pacjent opieki charytatywnej to kwalifikujący się finansowo pacjent płacący samodzielnie lub pacjent wymagający wysokich kosztów leczenia.
- E. „Rodzina” oznacza pacjentów w wieku 18 lat i starszych, ich współmałżonka, partnera w rozumieniu art. 297 Kodeksu rodzinnego oraz dzieci pozostające na utrzymaniu w wieku poniżej 21 lat, niezależnie od tego, czy mieszkają w domu, czy nie. W przypadku pacjentów w wieku poniżej 18 lat rodzina oznacza rodzica, krewnych opiekunów i inne dzieci poniżej 21 roku życia rodzica lub krewnego opiekuna.
- F. „FPG” oznacza federalne wytyczne dotyczące dochodów w ubóstwie publikowane od czasu do czasu przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów

Zjednoczonych i obowiązujące w dniu ich wykonania.

- G. „Ubezpieczeni pacjenci” to osoby posiadające jakiegokolwiek rządowe lub prywatne ubezpieczenie zdrowotne.
- H. „Opieka konieczna z medycznego punktu widzenia” oznacza te usługi, zgodnie z definicją Medicare, które są uzasadnione i niezbędne do diagnozowania i zapewnienia leczenia zapobiegawczego, paliatywnego, leczniczego lub regenerującego w przypadku schorzeń fizycznych lub psychicznych, zgodnie z profesjonalnie uznanymi standardami opieki zdrowotnej powszechnie akceptowanymi w świadczone są usługi czasowe. Opieka medyczna nie obejmuje leków ambulatoryjnych na receptę.
- I. „Polityka” oznacza niniejszą Politykę wsparcia finansowego i w i n d y k a c j i w j e j aktualnie obowiązującym brzmieniu.
- J. „Pacjenci płacący samodzielnie” to osoby, które nie są objęte ubezpieczeniem świadczonym przez ubezpieczyciela zdrowotnego, planu usług opieki zdrowotnej, Medicare lub Medicaid i których obrażenia nie stanowią obrażeń podlegających kompensacie w ramach odszkodowania pracowniczego, ubezpieczenia samochodowego lub inne ubezpieczenie określone i udokumentowane przez szpital. Pacjenci płacący samodzielnie mogą obejmować pacjentów korzystających z opieki charytatywnej.
- K. „Pacjenci nieubezpieczeni” to osoby: (i) nie posiadające rządowego ani prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego; (ii) których świadczenia ubezpieczeniowe zostały wyczerpane; lub (iii) których świadczenia ubezpieczeniowe nie obejmują opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia, o którą ubiega się pacjent.
- L. „Pacjenci Niedoubezpieczeni” to osoby, które są ubezpieczone, jednak ich poziom dochodów spełnia kryteria kwalifikujące do otrzymania wsparcia finansowego.

### **III. Związek z innymi politykami**

- A. Zasady dotyczące usług ratownictwa medycznego – Szpital Specjalistyczny Rush nie zapewnia usług ratownictwa medycznego.
- B. Ubezpieczenie na leki na receptę – Pacjenci potrzebujący wsparcia w pokryciu kosztów leków na receptę mogą kwalifikować się do jednego z programów wsparcia dla pacjentów oferowanych przez firmy farmaceutyczne.

### **IV. Kryteria kwalifikacji do wsparcia finansowego**

Pacjenci wymagający opieki w Szpitalu Specjalistycznym Rush, którzy spełniają

poniższe wymagania, kwalifikują się do wsparcia opisanego w Sekcji VII niniejszej Polityki.

A. Uprawnienie do 100% zniżki na opiekę charytatywną

1. Pacjenci ubezpieczeni i nieubezpieczeni, których dochód rodzinny nie przekracza 300% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa.
2. Pacjenci, którzy nie są ubezpieczeni i spełniają jedno z poniższych kryteriów
  - a. Dochód rodziny nie przekracza 200% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa
  - b. Pacjent kwalifikuje się do Medicaid
  - c. Pacjent zapisany lub uprawniony do programu pomocy dla osób o niskich dochodach (tj. WIC, SNAP, program bezpłatnego śniadania/lunchu IL, program wsparcia energetycznego w domu dla osób o niskich dochodach, lokalna pomoc medyczna lub otrzymujący pomoc w formie dotacji).

B. Uprawnienie do 80% zniżki na opiekę charytatywną

1. Pacjenci nieubezpieczeni, których dochód rodzinny nie przekracza 600% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa
2. Pacjenci, którzy nie są ubezpieczeni i których dochód rodziny przekracza 300% i jest równy lub niższy od 400% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa i nie

C. Dodatkowe sposoby zakwalifikowania się do wsparcia — pacjent, który w inny sposób nie kwalifikuje się do wsparcia finansowego na mocy niniejszej Polityki, ale nie jest w stanie pokryć kosztów opieki niezbędnej z medycznego punktu widzenia, może zwrócić się o pomoc w następujących okolicznościach:

1. Wyjątkowe okoliczności – Pacjenci, którzy zgłaszają, niezwykle trudną sytuację osobistą lub finansową (w tym w przypadku nieuleczalną chorobę lub inny katastrofalny stan zdrowia).
2. Szczególne okoliczności medyczne — Pacjenci, którzy ubiegają się o leczenie, które może zapewnić wyłącznie personel medyczny Szpitala Specjalistycznego Rush lub którzy mogliby skorzystać z kontynuacji usług medycznych Szpitala Specjalistycznego Rush w celu zapewnienia ciągłości opieki.

Wnioski o wsparcie wynikające z wyjątkowych okoliczności lub szczególnych okoliczności medycznych będą rozpatrywane indywidualnie dla każdego przypadku, na podstawie decyzji podjętej przez Menedżera CBO.

D. Badanie przesiewowe Medicaid — przedstawiciel może skontaktować się z nieubezpieczonymi pacjentami poszukującymi opieki w szpitalu specjalistycznym Rush w celu ustalenia, czy mogą kwalifikować się do Medicaid lub innych stanowych programów leczenia. Aby kwalifikować się do wsparcia finansowego na mocy niniejszej Polityki, nieubezpieczeni pacjenci muszą wziąć udział w procesie

kwalifikacyjnym Medicaid.

## V. **Sposób składania** wniosku

### A. Wsparcie finansowe oparte o kryterium dochodowe

1. Każdy pacjent ubiegający się o wsparcie finansowe uzależnione od dochodów w dowolnym momencie planowania lub procesu rozliczeniowego może wypełnić wniosek o wsparcie finansowe i zostanie poproszony o podanie informacji na temat rocznego dochodu rodziny za okres trzech i dwunastu miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę rozpoczęcia procesu kwalifikacyjnego. Jako dowód rocznego dochodu rodziny można wykorzystać usługi weryfikacji dochodów u zewnętrznego dostawcy. Wniosek o wsparcie finansowe można znaleźć w naszych obszarach przyjęć, w Internecie pod adresem <https://www.rushspecialtyhospital.com/patients-and-caregivers/financial-assistance/> lub u przedstawiciela w naszej placówce lub biurze służbowym.

Wymagany jest dowód uprawnień poprzez dokumentację zeznań podatkowych, dochodów rodziny i aktywów finansowych niezwiązanych z emeryturą (tj. rachunków czekowych/oszczędnościowych, akcji i certyfikatów depozytowych, funduszy inwestycyjnych, rachunków oszczędnościowych/kont z elastycznymi wydatkami na zdrowie lub rachunków spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych). Wymagane są wszystkie odpowiednie dokumenty.

Wnioskodawcy mogą być zobowiązani do uiszczenia rocznej płatności, jeżeli ich aktywa przekraczają określone progi. Jeżeli wymagana jest płatność roczna, należy jej dokonać w ciągu 90 dni od daty złożenia wniosku. Wszelkie płatności dokonane w ciągu poprzedniego roku będą uwzględniane na poczet płatności rocznej. Opieka charytatywna jest początkowo zatwierdzona na okres 4 miesięcy.

2. W przypadku rozbieżności między dwoma źródłami informacji przedstawiciel Szpitala Specjalistycznego Rush może zażądać dodatkowych informacji na potwierdzenie rocznego dochodu rodziny.

### B. Wyjątkowe okoliczności

Personel Szpitala Specjalistycznego Rush uruchomi proces aplikacyjny w przypadku każdego pacjenta, u którego stwierdzono ryzyko poniesienia wysokich kosztów lub który zgłasza skrajne trudności osobiste lub finansowe. Personel Szpitala Specjalistycznego Rush zbierze od pacjenta informacje na temat trudnej sytuacji finansowej i osobistej. Ustaleń dokonuje Menedżer CBO zgodnie z wytycznymi Dyrektora Finansowego lub osoby przez niego wyznaczonej. Pacjent zostanie powiadomiony o ostatecznej decyzji.

### C. Szczególne okoliczności medyczne

Szpital Specjalistyczny Rush uruchomi proces aplikacji w przypadku każdego pacjenta, który w trakcie planowania lub przyjęcia do szpitala zostanie zidentyfikowany jako cierpiący na potencjalne szczególne schorzenia, a jego przedstawiciel zwróci się do lekarza, który zapewnia lub będzie zapewniał leczenie lub opiekę, o zalecenie, czy pacjent potrzebuje leczenia, które może świadczyć wyłącznie personel medyczny Szpitala Specjalistycznego Rush lub w przypadku których kontynuacja usług medycznych Szpitala Specjalistycznego Rush zapewni ciągłość opieki. O szczególnych schorzeniach decyduje lekarz prowadzący. W przypadku niekwalifikowania się do wsparcia finansowego ze względu na szczególną sytuację medyczną pacjent zostanie poinformowany pisemnie.

### D. Niekompletne lub brakujące wnioski

Jeżeli Szpital Specjalistyczny Rush otrzyma niekompletny wniosek, przedstawiciel Szpitala Specjalistycznego Rush przekaze pacjentowi lub jego przedstawicielowi prawnemu listę brakujących informacji lub dokumentów, zaś pacjent będzie miał 30 dni na uzupełnienie brakujących informacji. Jeżeli pacjent nie uzupełni w terminie brakujących informacji, Szpital Specjalistyczny Rush może rozpocząć działania windykacyjne.

## VI. Proces kwalifikowania

- A. Wywiad finansowy — przedstawiciel Szpitala Specjalistycznego Rush podejmie próbę skontaktowania się telefonicznie lub osobiście ze wszystkimi Nieubezpieczonymi Pacjentami w celu omówienia procesu kwalifikowania się do wsparcia finansowego w momencie planowania rozmowy finansowej. Przedstawiciel poprosi o informacje, w tym o wielkość rodziny, źródła dochodu rodziny i wszelkie inne okoliczności finansowe lub łączące, które potwierdzają uprawnienia na mocy niniejszej Polityki i pomogą w wypełnieniu wniosku. W momencie wizyty lub przy przyjęciu pacjenta zostaną poproszeni o kontakt z przedstawicielem Szpitala Specjalistycznego Rush i podpisanie wniosku.
- B. Otrzymane wnioski — każdy wniosek, niezależnie od tego, czy został wypełniony osobiście, przez Internet, dostarczony czy wysłany pocztą, zostanie przekazany przedstawicielowi Szpitala Specjalistycznego Rush w celu przeglądu i przetworzenia.
- C. Określenie kwalifikacji — przedstawiciel szpitala specjalistycznego Rush oceni i rozpatrzy wszystkie wnioski o wsparcie finansowe. Pacjent zostanie powiadomiony pisemnie o ostatecznej decyzji.

W niniejszym dokumencie „kwota ogólnie naliczana” ma znaczenie określone w §501(r)(5) Kodeksu o dochodach wewnętrznych oraz wszelkich przepisach lub innych wytycznych wydanych przez Departament Skarbu Stanów Zjednoczonych lub Urząd Skarbowy, definiujących ten termin. Szczegółowe wyjaśnienie sposobu obliczania

„ogólnej kwoty naliczanej” znajduje się w Załączniku A. Załącznik A jest aktualizowany co roku i jest również dostępny w Internecie pod adresem <https://www.rushspecialtyhospital.com/patients-and-caregivers/financial-assistance/> lub w naszych strefach przyjęć, a także na żądanie można uzyskać u przedstawiciela Szpitala Specjalistycznego Rush.

Kiedy Szpital Specjalistyczny Rush ustali, że pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej uzależnionej od dochodów, decyzja ta obowiązuje przez 4 miesiące od daty ustalenia kwalifikacji. Po 4 miesiącach od pacjenta może być wymagane wypełnienie nowego wniosku w celu uzyskania dodatkowego wsparcia finansowego.

## **VII. Podstawa obliczenia kwot obciążających pacjentów, zakres i czas trwania wsparcia finansowego**

Pacjenci uprawnieni do otrzymania wsparcia finansowego zależnego od dochodów w ramach Polityki otrzymują pomoc zgodnie z następującymi kryteriami dochodowymi.

### Uprawnienie do 100% zniżki na opiekę charytatywną dla pacjentów nieubezpieczonych

- A. Jeśli pacjent nie jest ubezpieczony, a roczny dochód rodziny nie przekracza 200% FPG, otrzyma bezpłatną opiekę lub umorzenie zobowiązania pacjenta w wysokości 100% za wykonane usługi. Kryteria i proces ustalania, czy pacjent kwalifikuje się do opieki charytatywnej, są następujące:
1. Sprawdza się, czy nie dochód rodziny pacjenta nie przekracza 200% FPL na podstawie ostatniego złożonego federalnego zeznania podatkowego lub ostatnich pasków płacowych.
  2. Pacjent jest uprawniony do Medicaid w innych terminach świadczenia usług lub usług uznawanych za nieobjęte Medicaid.
  3. Pacjent zapisany lub uprawniony do programu pomocy dla osób o niskich dochodach (tj. WIC, SNAP, program bezpłatnego śniadania/lunchu IL, program wsparcia energetycznego w domu dla osób o niskich dochodach, lokalna pomoc medyczna lub otrzymujący pomoc w formie dotacji)
  4. Bezdomny, zmarły, bez majątku lub upośledzony umyślowo i nie ma nikogo, kto mógłby działać w imieniu pacjenta.

### Uprawnienie do 100% zniżki na opiekę charytatywną dla pacjentów nieubezpieczonych lub ubezpieczonych

1. Jeśli pacjent nie jest ubezpieczony lub ubezpieczony, a roczny dochód rodziny pacjenta nie przekracza 300% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa.

Świadczenie Charity Care może być stosowane po pokryciu go przez ubezpieczenie i obejmuje wyłącznie udziały własne i współubezpieczenie. Płatności wspólne nie kwalifikują się do tej zniżki.

2. Dochód rodziny pacjenta zostanie zweryfikowany na podstawie dowodu dokumentacji podatkowej, dochodu rodziny i nieemerytalnego majątku finansowego. Wymagane są wszystkie stosowne dokumenty.

#### Uprawnienie do 80% zniżki na opiekę charytatywną dla pacjentów nieubezpieczonych

1. Jeśli pacjent nie jest ubezpieczony, a roczny dochód rodziny pacjenta nie przekracza 600% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, po opłaceniu przez ubezpieczenie naliczone zostanie 80% zniżki na opiekę charytatywną w celu pokrycia wyłącznie udziałów własnych i współubezpieczenia. Płatności wspólne nie kwalifikują się do tej zniżki.
2. Jeśli pacjent nie jest ubezpieczony, a roczny dochód rodziny pacjenta przekracza 300% i jest równy lub niższy od 400% wartości federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, po uregulowaniu płatności przez ubezpieczenie zostanie naliczona zniżka w wysokości 80% na opiekę charytatywną w celu pokrycia wyłącznie odliczeń i współubezpieczenia. Płatności wspólne nie kwalifikują się do tej zniżki.

### **VIII. Ustalenie uprawnienia do wsparcia finansowego przed wniesieniem powództwa z tytułu zaległości**

- A. Wystawienie rachunku i podjęcie uzasadnionych wysiłków w celu ustalenia kwalifikowalności wsparcia finansowego

Szpital Specjalistyczny Rush stara się ustalić, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy zgodnie z niniejszymi Zasadami przed lub w momencie przyjęcia lub świadczenia usługi. Jeśli przed wypisem lub usługą pacjent nie zostanie uznany za kwalifikującego się do wsparcia finansowego, Szpital Specjalistyczny Rush wystawi rachunek za opiekę. Jeżeli pacjent jest ubezpieczony, Szpital Specjalistyczny Rush wystawi ubezpieczycielowi pacjenta rachunek za poniesione opłaty. Po wydaniu orzeczenia przez ubezpieczyciela pacjenta, zostanie on w pełni obciążony pozostałym do zapłaty zobowiązaniem. Jeżeli pacjent jest ubezpieczony, Szpital Specjalistyczny Rush wystawi ubezpieczycielowi pacjenta rachunek za poniesione opłaty. Pacjenci otrzymają serię maksymalnie czterech rozliczeń w okresie 120 dni rozpoczynającym się po wypisaniu pacjenta, dostarczonych na adres podany w rejestrze pacjenta. Rozliczenie otrzymają wyłącznie pacjenci z niezapłaconym zobowiązaniem. Rozliczenia zawierają proste podsumowanie niniejszej Polityki oraz sposób ubiegania się o wsparcie finansowe. Rozsądne wysiłki mające na celu ustalenie kwalifikowalności obejmują: powiadomienie pacjenta o Polityce przy przyjęciu oraz w formie pisemnej i ustnej komunikacji z pacjentem w sprawie



rachunku pacjenta oraz pisemna odpowiedź na każdy wniosek o pomoc finansową na podstawie niniejszej Polityki złożony w ciągu 240 dni od pierwszego rozliczenia w odniesieniu do niespłaconego salda lub, jeśli jest późniejsza, data, w której firma windykacyjna działająca w imieniu Szpitala Specjalistycznego Rush zwraca szpitalowi nieuregulowaną zaległość.

#### B. Działania windykacyjne w przypadku nieuregulowanych zaległości

Jeżeli po przesłaniu maksymalnie czterech rozliczeń w ciągu 120 dni pacjent ma nieuregulowaną zaległość, saldo pacjenta zostanie przekazane firmie windykacyjnej reprezentującej Szpital Specjalistyczny Rush, która będzie dochodzić płatności. Agencje windykacyjne reprezentujące Szpital Specjalistyczny Rush mają możliwość prowadzenia windykacji przez okres do 18 miesięcy od momentu przesłania salda do agencji windykacyjnej. Szpital Specjalistyczny Rush zapewni, że jakkolwiek zewnętrzna agencja windykacyjna, kancelaria prawna lub osoba zaangażowana przez szpital w celu uzyskania zaległych zobowiązań za usługi szpitalne wyrazi pisemną zgodę na przestrzeganie postanowień niniejszych zasad dotyczących windykacji. Pacjent może ubiegać się o wsparcie finansowe zgodnie z niniejszą Polityką nawet po skierowaniu nieuregulowanego zobowiązania pacjenta do agencji windykacyjnej. Po upływie co najmniej 120 dni od pierwszego zestawienia rachunków po wypisaniu ze szpitala, na którym widać niezapłacone opłaty, i w zależności od konkretnego przypadku, Szpital Specjalistyczny Rush może dochodzić windykacji w drodze pozwu, jeśli pacjent ma nieuregulowane zobowiązanie i nie chce współpracować przy próbach kontaktu przez Szpital Specjalistyczny Rush lub działającą w jego imieniu agencję windykacyjną.

W żadnym przypadku opieka medyczna niezbędna nie zostanie opóźniona ani odmówiona pacjentowi przed podjęciem uzasadnionych wysiłków w celu ustalenia, czy pacjent może kwalifikować się do wsparcia finansowego. W szpitalu specjalistycznym Rush z nieubezpieczonym pacjentem, który chce zaplanować nowe usługi i który nie został uznany za kwalifikującego się do wsparcia finansowego, skontaktuje się przedstawiciel, który powiadomi pacjenta o Polityce i pomoże pacjentowi w złożeniu wniosku o wsparcie finansowe, jeśli zostanie o to poproszony.

#### C. Zapytania i informacje dotyczące rachunków

Rachunki wystawiane przez Szpital Specjalistyczny Rush muszą zawierać datę lub daty świadczenia usług opieki zdrowotnej, krótki opis usług szpitalnych, kwotę należną za usługi szpitalne, dane kontaktowe szpitala w celu kierowania zapytań dotyczących rozliczeń, oświadczenie szczegółowo określające, w jaki sposób nieubezpieczony pacjent może ubiegać się o w ramach polityki wsparcia finansowego szpitala, oraz informację, że pacjent może na żądanie otrzymać szczegółowy rachunek. Jeżeli Szpital Specjalistyczny Rush wystawia pacjentowi rachunek, na żądanie pacjenta szpital ma obowiązek przedstawić szczegółowe zestawienie opłat za usługi świadczone przez szpital.

Pacjent może zapytać o rachunek lub zakwestionować go, kontaktując się z Centralnym Biurem Służbowym pod numerem 1-888-868-1103 lub pod adresem [LTACH-CBOCorrespondence@selectmedical.com](mailto:LTACH-CBOCorrespondence@selectmedical.com). Wszystkie rachunki szpitalne i powiadomienia o pobraniu będą zawierać bezpłatny numer i adres, pod którym można wysyłać zapytania pocztowe. Szpital Specjalistyczny Rush odpowiada na telefony wykonane przez pacjentów tak szybko, jak to możliwe, nie później jednak niż w ciągu 2 dni roboczych od połączenia. Jeżeli zapytanie dotyczące rozliczeń w Szpitalu Specjalistycznym Rush obejmuje korespondencję od pacjenta, szpital ma obowiązek odpowiedzieć w ciągu 10 dni roboczych od otrzymania korespondencji pacjenta.

Skargi lub wątpliwości dotyczące procesu składania wniosku o zniżkę dla nieubezpieczonego pacjenta lub procesu ubiegania się o wsparcie finansowe szpitala można zgłaszać do Biura Opieki Zdrowotnej stanu Illinois <https://illinoisattorneygeneral.gov/File-A-Complaint/index> lub pod numerem 1-877-305-5145 .

#### D. Przegląd i zatwierdzanie

Przedstawiciel Szpitala Specjalistycznego Rush jest uprawniony do sprawdzenia i ustalenia, czy podjęto uzasadnione wysiłki w celu oceny, czy Pacjent kwalifikuje się do pomocy zgodnie z Polityką, tak aby mogły rozpocząć się nadzwyczajne działania windykacyjne w zakresie nieuregulowanego zobowiązania.

### IX. **Lekarze nieobjęci Polityką pomocy finansowej Szpitala Specjalistycznego Rush**

Niektóre usługi świadczone są w szpitalu przez lekarzy zatrudnionych przez Rush University Medical Center, w związku z czym usługi te nie są objęte Polityką dotyczącą wsparcia finansowego i windykacji Szpitala Specjalistycznego Rush. Jednakże te usługi lekarskie mogą być objęte polityką pomocy finansowej Rush University Medical Center.

Lekarze świadczący usługi w szpitalu specjalistycznym Rush, którzy *nie* są objęci Polityką dotyczącą wsparcia finansowego i windykacji Szpitala Specjalistycznego Rush, są wymienieni imiennie w **Załączniku B, Lista dostawców**. Lista jest aktualizowana co kwartał i jest również dostępna w Internecie pod adresem <https://www.rushspecialtyhospital.com/patients-and-caregivers/financial-assistance/>. W naszych strefach przyjęć oraz na żądanie, prosząc o kontakt z przedstawicielem Szpitala Specjalistycznego Rush.