



## Specialty Hospital

In partnership with Select Medical

### Política de asistencia financiera y cobro de deuda

Fecha de entrada en vigor: 01/05/2024

**Las copias impresas son solo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.**

#### Referencias/requisitos reglamentarios:

**Esta política cumple con la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y las Normativas del Tesoro relacionadas.**

### Política de asistencia financiera y cobro de deuda

La política de Rush Specialty Hospital se basa en proporcionar atención médicamente necesaria a los pacientes sin distinción de raza, credo o capacidad de pago. Los pacientes que no tienen los medios para pagar por los servicios prestados en Rush Specialty Hospital pueden solicitar asistencia financiera, que se otorgará según los términos y condiciones establecidos a continuación.

#### I. Antecedentes

- A. Rush Specialty Hospital es un hospital post-agudo de 100 camas autorizado como hospital de cuidados agudos a largo plazo que incluye 44 camas de cuidados agudos a largo plazo y una unidad de rehabilitación aguda de 56 camas conocida como Rush Specialty Hospital: Rehabilitación de Pacientes Hospitalizados (ARU) (denominados colectivamente en el presente documento Rush Specialty Hospital). Rush Specialty Hospital está dirigido y administrado de una manera que, en general, es coherente con los requisitos de la sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas y de las instituciones de caridad según la ley estatal.
- B. Rush Specialty Hospital se compromete a proporcionar atención médicamente necesaria. La "atención médicamente necesaria" se da a los pacientes sin distinción de raza, credo o capacidad de pago.
- C. Los principales beneficiarios de la Política de asistencia financiera son pacientes no asegurados o pacientes con seguro insuficiente que sean ciudadanos estadounidenses o residentes legales permanentes y cuyos ingresos familiares anuales no superan el 300% de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) publicadas periódicamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., vigentes a la fecha del servicio para otorgar asistencia financiera en virtud de esta Política. Los pacientes que tienen dificultades económicas o personales o circunstancias médicas especiales también pueden calificar para recibir asistencia. Bajo ninguna circunstancia se le cobrará más de los montos generalmente facturados por dicha atención a un paciente elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

- D. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Rush Specialty Hospital para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, y que contribuyan a los costos de su atención en función de su capacidad individual de pago.

## II. Definiciones

- A. El "ingreso familiar anual" se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que usa los siguientes ingresos al calcular las directrices federales de pobreza:
- Incluye las ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa domiciliaria y otras fuentes misceláneas.
  - Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
  - Los ingresos se determinan antes de impuestos.
  - Si una persona vive con su familia inmediata, los ingresos familiares anuales incluyen el ingreso de todos los miembros de la familia.
- B. "Solicitud" significa el proceso de presentar la solicitud bajo esta Política, que incluye (a) completar la solicitud de asistencia financiera de Rush Specialty Hospital en persona, en línea o por teléfono con un representante, o (b) enviar por correo o presentar una copia impresa completa de la solicitud a Rush Specialty Hospital.
- C. "CBO" significa Oficina Central de Facturación y Cobros.
- D. "Paciente de atención de caridad" es un paciente económicamente elegible que paga por cuenta propia o un paciente con costos médicos elevados.
- E. "Familia" se refiere a los pacientes de 18 años o más, su cónyuge o pareja de hecho, según lo define la Sección 297 del Código de Familia y a los hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en el hogar o no. En el caso de los pacientes menores de 18 años, "familia" se refiere a padre, madre, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre, de la madre o del pariente cuidador.
- F. "FPG" significará las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. publica periódicamente y que están vigentes en la fecha del servicio.

- G. "Pacientes asegurados" son personas que tienen algún seguro de salud privado o del gobierno.
- H. "Atención médicamente necesaria" significa aquellos servicios, según lo definido por Medicare, que son razonables y necesarios para diagnosticar y proporcionar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurativo para afecciones físicas o mentales de acuerdo con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente y generalmente aceptados en el momento en que se brindan los servicios. La atención médicamente necesaria no incluye los medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.
- I. "Política" se refiere a la presente Política de asistencia financiera y cobro de deudas vigente actualmente.
- J. Los "pacientes de pago propio" (Self-Pay Patients) son personas que no tienen cobertura de terceros por parte de un seguro médico, un plan de servicios de atención médica, Medicare ni Medicaid, y cuyas lesiones no son compensables para los propósitos de indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro según la determinación y documentación del hospital. Entre los pacientes de pago propio se pueden incluir a los pacientes de caridad.
- K. "Pacientes sin seguro" son personas que: (i) no tienen un seguro médico gubernamental o privado ; (ii) cuyos beneficios del seguro se han agotado; o (iii) cuyos beneficios de seguro no cubren la atención médicamente necesaria que el paciente busca.
- L. Los «pacientes sin seguro» son personas que están aseguradas, pero cuyo nivel de ingresos reúne los requisitos para recibir asistencia financiera.

### **III. Relación con otras políticas**

- A. Política relacionada con los servicios médicos de emergencia: no se proporcionan servicios de emergencia en Rush Specialty Hospital.
- B. Cobertura de medicamentos con receta: los pacientes que necesitan asistencia con los costos de sus medicamentos con receta pueden calificar para alguno de los programas de asistencia al paciente que ofrecen las compañías farmacéuticas.

### **IV. Criterios de elegibilidad para asistencia financiera**

Los pacientes que buscan atención en Rush Specialty Hospital que cumplen con los requisitos a continuación son elegibles para la asistencia descrita en la Sección VII de esta Política.

- A. Elegibilidad para el descuento del 100 % en atención de caridad
  - 1. Los pacientes asegurados y no asegurados y cuyos ingresos familiares no

superen el 300 % de Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza.

2. Pacientes que no están asegurados y cumplen uno de los siguientes criterios
  - a. El ingreso familiar no supera el 200 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza
  - b. El paciente es elegible para Medicaid
  - c. El paciente está inscrito en, o elegible para, un programa de asistencia para personas de bajos ingresos (es decir, WIC, SNAP, IL Free Breakfast/Lunch Program, Low Income Home Energy Assistance Program, Community Based medical Assistance o reciben Subvención.

**B. Elegibilidad para el descuento del 80 % en atención de caridad**

1. Los pacientes no asegurados y cuyos ingresos familiares no superen el 600 % de Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza.
2. Pacientes no asegurados y cuyos ingresos familiares sean superiores al 300 % e iguales o inferiores al 400 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza.

**C. Formas adicionales de calificar para recibir asistencia.** Un paciente que de otra manera no califica para recibir asistencia financiera en virtud de esta política, pero no puede pagar el costo de la atención médicamente necesaria puede solicitar asistencia en las siguientes circunstancias:

1. Circunstancias excepcionales: pacientes que transmiten que están pasando por dificultades personales o financieras extremas (incluida una enfermedad terminal u otra afección médica catastrófica).
2. Circunstancias médicas especiales: pacientes que buscan un tratamiento que solo puede proporcionar el personal médico de Rush Specialty Hospital o que se beneficiarían de los servicios médicos continuos de Rush Specialty Hospital para la continuidad de la atención.

Las solicitudes de asistencia debido a circunstancias excepcionales o circunstancias médicas especiales se evaluarán caso por caso con una determinación hecha por el gerente de la CBO.

**D. Evaluación de Medicaid**: un representante puede comunicarse con los pacientes sin seguro que soliciten atención en Rush Specialty Hospital para determinar si califican para Medicaid o para otros programas estatales de atención médica. Los pacientes sin seguro deben cooperar con el proceso de elegibilidad de Medicaid para ser elegibles para asistencia financiera según esta política.

**V. Método para la presentación de una solicitud**

## A. Asistencia financiera basada en ingresos

1. Cualquier paciente que busque asistencia financiera basada en los ingresos en cualquier momento en el proceso de programación o facturación puede completar la solicitud de asistencia financiera y se le pedirá que proporcione información sobre el Ingreso familiar anual para el período de tres meses y doce meses inmediatamente anterior a la fecha de revisión de elegibilidad. Los servicios de verificación de ingresos de terceros se pueden usar como evidencia de ingresos familiares anuales. La solicitud de asistencia financiera se puede encontrar en nuestras áreas de admisión, en línea en <https://www.rushspecialtyhospital.com/patients-and-caregivers/financial-assistance/> o mediante un representante en nuestro centro u oficina de negocios.

La prueba de elegibilidad se requiere a través de la documentación de las declaraciones de impuestos, los ingresos familiares y los activos financieros no relacionados con la jubilación (es decir, cuentas corrientes/de ahorro, acciones y certificados de depósito, fondos mutuos, cuentas de ahorro de salud/de gastos flexibles o cuentas de cooperativas de crédito). Se requieren todos los documentos aplicables.

Los solicitantes pueden ser responsables de un pago anual si los activos superan determinados umbrales. Si se requiere un pago anual, deberá efectuarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha de finalización de la solicitud. Los pagos efectuados durante el año anterior se tendrán en cuenta para el pago anual. La atención de caridad se aprueba inicialmente por un período de 4 meses.

2. Si existe una discrepancia entre dos fuentes de información, un representante de Rush Specialty Hospital puede solicitar información adicional para respaldar los Ingresos Familiares Anuales.

## B. Circunstancias excepcionales

El personal de Rush Specialty Hospital iniciará una Solicitud para cualquier paciente identificado por haber incurrido o estar en riesgo de incurrir en un saldo alto o por reportar una dificultad personal o financiera extrema. El personal de Rush Specialty Hospital recopilará información sobre las circunstancias financieras y las dificultades personales del paciente. Las determinaciones están a cargo del gerente de CBO bajo la dirección del director de finanzas (CFO, por sus siglas en inglés) o de la persona que este designe. Se notificará al paciente sobre la determinación final.

## C. Circunstancias médicas especiales

El personal de Rush Specialty Hospital iniciará una solicitud para cualquier paciente que, durante el proceso de programación o admisión, se identifique que tiene posibles circunstancias médicas especiales, y un representante solicitará una recomendación del médico que está proporcionando o proporcionaría el tratamiento o la atención en cuanto a si el paciente necesita un tratamiento que solo puede proporcionar el personal médico de Rush Specialty Hospital o si se beneficiaría de los servicios médicos continuos de Rush Specialty Hospital para la continuidad de la atención. Las determinaciones sobre circunstancias médicas especiales las toma el médico tratante. Se le notificará al paciente por escrito si no califica para recibir asistencia financiera debido a circunstancias médicas especiales.

D. Solicitudes incompletas o faltantes

Si Rush Specialty Hospital recibe una solicitud incompleta, un representante de Rush Specialty Hospital proporcionará al paciente o a su representante legal una lista de la información o documentación faltante y dará al paciente 30 días para presentar la información faltante. Si el paciente no proporciona a tiempo la información que falta, Rush Specialty Hospital podrá iniciar acciones de cobro.

## VI. Proceso de determinación de elegibilidad

- A. Entrevista financiera: un representante de Rush Specialty Hospital intentará comunicarse por teléfono o en persona con todos los pacientes no asegurados para discutir el proceso de elegibilidad para la asistencia financiera en el momento de la programación para una entrevista financiera. El representante solicitará información, incluyendo el tamaño de la familia, las fuentes de ingresos familiares y cualquier otra circunstancia financiera o atenuante que respalde la elegibilidad según esta Política y ayudará a completar una solicitud. Al momento de la cita o al momento de la admisión, se les pedirá a los pacientes que visiten al representante de Rush Specialty Hospital y firmen la Solicitud.
- B. Solicitudes recibidas: cualquier solicitud, ya sea completada en persona, en línea, entregada o enviada por correo, se enviará a un representante de Rush Specialty Hospital para su evaluación y procesamiento.
- C. Determinación de elegibilidad: un representante de Rush Specialty Hospital evaluará y procesará todas las solicitudes de asistencia financiera. Se notificará al paciente por medio de una carta sobre la determinación de elegibilidad.

Como se usa en este documento, el "monto generalmente facturado" tiene el significado establecido en el IRC §501(r)(5) y cualquier reglamentación o directriz emitidas por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o el Servicio de Impuestos Internos que define ese término. Consulte el Anexo A para obtener una explicación detallada de cómo se calcula el "monto generalmente facturado". El Apéndice A se actualiza anualmente y también está disponible en línea en <https://www.rushspecialtyhospital.com/patients-and-caregivers/financial-assistance/>

en nuestras áreas de admisión y, a pedido del interesado, solicitándolo a un representante de Rush Specialty Hospital.

Una vez que Rush Specialty Hospital haya determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera basada en ingresos, esa determinación es válida por 4 meses a partir de la fecha de revisión de la elegibilidad. Después de 4 meses, el paciente puede completar una nueva Solicitud para buscar asistencia financiera adicional.

## **VII. Base para calcular los montos cobrados a los pacientes, el alcance y la duración de la asistencia financiera**

Los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera basada en los ingresos según la Política recibirán asistencia de acuerdo con los siguientes criterios de ingresos.

### Elegibilidad para el descuento del 100 % en atención de caridad para pacientes sin seguro

- A. Si un paciente no tiene seguro y su ingreso familiar anual no supera 200 % de las FPG, recibirá atención gratuita o una cancelación del 100 % de la responsabilidad del paciente después de que el seguro haya pagado por los servicios prestados. Los criterios y el proceso para determinar la elegibilidad de un paciente para la atención de caridad son los siguientes:
1. Se verifica que los ingresos familiares del paciente no excedan el 200 % del FPL con la declaración de impuestos federales más reciente presentada o los comprobantes de pago recientes.
  2. El paciente es elegible para Medicaid para otras fechas de servicio o servicios considerados no cubiertos por Medicaid.
  3. El paciente está inscrito en, o elegible para, un programa de asistencia para personas de bajos ingresos (es decir, WIC, SNAP, IL Free Breakfast/Lunch Program, Low Income Home Energy Assistance Program, Community Based medical Assistance o recibe Subvención).
  4. Personas sin hogar, fallecidas, sin patrimonio o mentalmente incapacitadas sin nadie que actúe en su nombre.

### Elegibilidad para el descuento del 100 % en atención de caridad para pacientes sin seguro

1. Si el paciente no tiene seguro médico o está asegurado, y los ingresos familiares anuales del paciente no superan el 300 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza. El beneficio de atención de caridad puede aplicarse

después del pago por parte del seguro para cubrir únicamente los deducibles y el coseguro. Los copagos no son elegibles para este descuento.

2. Los ingresos familiares del paciente se verificarán con la documentación fiscal, los ingresos familiares y los activos financieros no relacionados con la jubilación. Se requieren todos los documentos aplicables.

#### Elegibilidad para el descuento del 80 % en atención de caridad para pacientes sin seguro

1. Si el paciente no tiene seguro y los ingresos familiares anuales del paciente no superan el 600 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza, se aplicará un 80 % de descuento por atención de caridad después del pago por parte del seguro para cubrir únicamente los deducibles y el coseguro. Los copagos no son elegibles para este descuento.
2. Si el paciente no tiene seguro y los ingresos familiares anuales del paciente son mayores al 300 % e iguales o inferiores al 400 % de las Pautas federales de ingresos que definen el nivel de pobreza, se aplicará un 80 % de descuento por atención de caridad después del pago por parte del seguro para cubrir únicamente los deducibles y el coseguro. Los copagos no son elegibles para este descuento.

### **VIII. Determinación de elegibilidad para asistencia financiera antes de la acción por falta de pago**

- A. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera

Rush Specialty Hospital busca determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia bajo esta Política antes o en el momento de la admisión o el servicio. Si no se ha determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera antes del alta o del servicio, Rush Specialty Hospital facturará por la atención. Si el paciente está asegurado, Rush Specialty Hospital le facturará a la aseguradora del paciente por los gastos incurridos. Después de la adjudicación por parte de la aseguradora del paciente, cualquier responsabilidad restante del paciente se le facturará directamente al paciente. Si el paciente no tiene seguro, Rush Specialty Hospital le facturará al paciente directamente por los gastos incurridos. Los pacientes recibirán una serie de hasta cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días a partir del alta del paciente, que se entregarán en la dirección que esté en el expediente del paciente. Solo los pacientes con un saldo impago recibirán un estado de cuenta. Los estados de facturación incluyen un resumen simplificado de esta Política y cómo solicitar asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente de la Política al momento de la admisión y en comunicaciones escritas y verbales con el paciente con respecto a la factura del paciente y una respuesta por escrito a cualquier solicitud de asistencia financiera bajo esta Política presentada dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta con respecto al saldo pendiente o, si



es posterior, la fecha en que una agencia de cobro que trabaja en nombre de Rush Specialty Hospital devuelve el saldo pendiente de pago al hospital.

#### B. Acciones de cobro para saldos pendientes de pago

Si un paciente tiene un saldo pendiente después de que se hayan enviado hasta cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días, el saldo del paciente se remitirá a una agencia de cobro que representa a Rush Specialty Hospital, la cual demandará el pago. Las agencias de cobro que representan a Rush Specialty Hospital tienen la capacidad de realizar el cobro por hasta 18 meses desde el momento en que se envía el saldo pendiente a la agencia de cobro. Rush Specialty Hospital se asegurará de que cualquier agencia de cobro externa, estudio de abogados o persona contratada por el hospital para obtener el pago de facturas pendientes por servicios hospitalarios acepte por escrito cumplir con las disposiciones de cobro de esta política. Un paciente puede presentar una solicitud de asistencia financiera en virtud de esta política incluso después de que su saldo pendiente de pago se haya remitido a una agencia de cobro. Después de que hayan transcurrido al menos 120 días desde el primer estado de cuenta posterior al alta, que muestre los cargos pendientes de pago, y en cada caso particular, Rush Specialty Hospital puede solicitar el cobro mediante una demanda cuando un paciente tenga un saldo impago y no coopere con las solicitudes de información o pago de Rush Specialty Hospital o una agencia de cobro que trabaje en su nombre

En ningún caso se retrasará o negará la atención médicamente necesaria a ningún paciente antes de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente puede calificar para recibir asistencia financiera. En Rush Specialty Hospital, un paciente no asegurado que busca programar nuevos servicios y no se presume elegible para recibir asistencia financiera, será contactado por un representante que le notificará sobre la Política y lo ayudará a iniciar una Solicitud de asistencia financiera, si este lo solicita.

#### C. Información y consultas sobre facturas

Las facturas proporcionadas por Rush Specialty Hospital incluirán la fecha o fechas en que se prestaron los servicios de atención médica con una breve descripción de los servicios hospitalarios, el monto adeudado por los servicios hospitalarios, la información de contacto del hospital para atender las consultas sobre facturación, una declaración en la que se detalle cómo un paciente no asegurado puede solicitar la consideración de la política de asistencia financiera del hospital, un aviso de que el paciente puede obtener una factura detallada previa solicitud. Si Rush Specialty Hospital le factura al paciente, entonces el hospital debe proporcionar una declaración detallada de los cargos por los servicios de hospitalización prestados por el hospital al recibir la solicitud del paciente.

El paciente puede consultar o impugnar una factura poniéndose en contacto con la Oficina Central de Negocios llamando al 1-888-868-1103 o escribiendo a [LTACH-CBOCorrespondence@selectmedical.com](mailto:LTACH-CBOCorrespondence@selectmedical.com). Todas las facturas y avisos de cobro del hospital incluirán un número de teléfono gratuito y una dirección a la que enviar las consultas. Rush Specialty Hospital devolverá las llamadas realizadas por los pacientes lo antes posible, pero a más tardar 2 días hábiles después de que se haya efectuado la llamada. Si el proceso de consulta de facturación de Rush Specialty Hospital implica correspondencia del paciente, el hospital debe responder dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción de la correspondencia del paciente.

Las quejas o dudas sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera del hospital pueden comunicarse a Health Care Bureau of the Illinois <https://illinoisattorneygeneral.gov/File-A-Complaint/index> o llamando al 1-877-305-5145.

#### D. Revisión y aprobación

El representante de Rush Specialty Hospital tiene la autoridad para revisar y determinar si se han realizado esfuerzos razonables para evaluar si un paciente es elegible para recibir asistencia de acuerdo con la Política, de modo que las acciones extraordinarias de cobro por un saldo impago puedan comenzar.

### IX. Médicos no cubiertos por la Política de asistencia financiera de Rush Specialty Hospital

Ciertos servicios son prestados en el hospital por médicos que no son empleados de Rush University Medical Center y, por lo tanto, esos servicios no están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cobro de deudas de Rush Specialty Hospital. Sin embargo, los servicios de dichos médicos pueden estar cubiertos por las políticas de asistencia financiera de Rush University Medical Center.

Los médicos que prestan servicios en Rush Specialty Hospital que no están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cobro de deudas de Rush Specialty Hospital están identificados en el **Apéndice B, Lista de Proveedores**, por su nombre. La lista se actualiza trimestralmente y también está disponible en línea en <https://www.rushspecialtyhospital.com/patients-and-caregivers/financial-assistance/>. En nuestras áreas de admisión y, a pedido del interesado, solicitándolo a un representante de Rush Specialty Hospital.