

Temat: POMOC FINANSOWA DLA PACJENTÓW	Strona 1 z 30	Numer zbioru zasad NMHC FIN 03.0012
Tytuł: POMOC FINANSOWA	Wersja: 02/01/2016	Data wejścia w życie: 09/01/2016
		Data usunięcia:

ZAKRES: dotyczy podmiotów wskazanych poniżej, jak również ich spółek zależnych i stowarzyszonych

<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Memorial Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Lake Forest Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Medical Group	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Central DuPage Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Regional Medical Group	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Delnor Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Kishwaukee Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Valley West Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Marianjoy Rehabilitation*	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Kishwaukee Physician Group
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Marianjoy Medical Group*	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Home Health & Hospice
<input type="checkbox"/> NM – Inne (wstawić nazwę) **Patrz sekcja „Osoby objęte zasadami” poniżej**	

* Dotyczy podmiotów Marianjoy Rehabilitation i Marianjoy Medical Group od 1 września 2018 r.

I. CEL:

Aby określić politykę Northwestern Memorial HealthCare w odniesieniu do udzielania pomocy finansowej osobom z niewystarczającymi zasobami finansowymi.

II. ZAŁOŻENIA:

- A. Firma Northwestern Memorial HealthCare i jej podmioty stowarzyszone (zwane łącznie dalej "NMHC") są zobowiązane do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych członków społeczności NMHC, którzy nie są w stanie zapłacić za medycznie niezbędną opiekę otrzymaną od podmiotów stowarzyszonych NMHC, w tym między innymi tych, którzy są nieubezpieczeni, posiadają niewystarczające ubezpieczenie, nie kwalifikują się do programu rządowego lub w inny sposób nie mogą dokonać płatności. Alokacja i priorytetyzacja pomocy finansowej będzie uwzględniać wiele potrzeb społeczności, misję NMHC jako akademickiego centrum medycznego, protokoły finansowe dotyczące alokacji zasobów oraz obowiązujące prawo i regulacje. Niezależnie od powyższego, firma NMHC zapewni, bez dyskryminacji, opiekę osobom wymagającym nagłej interwencji medycznej, niezależnie od ich kwalifikowalności do uzyskania pomocy finansowej w ramach tych zasad.
- B. Pomoc finansowa jest dostępna za pośrednictwem wielu programów (zwanymi łącznie „Programem pomocy finansowej” lub „Programem”), w tym następujących:
1. [*Bezpłatna I Objęta Zniżką Opieka Dla Pacjentów Ubezpieczonych*](#) (opis w Załączniku B)
 2. [*Bezpłatna I Objęta Zniżką Opieka Dla Pacjentów Nieubezpieczonych*](#) (opis w Załączniku C)
 3. [*Domniemana Kwalifikowalność*](#) (opis w Załączniku D)
 4. Przyszłe programy zatwierdzone przez wiceprezesa cyklu uzyskiwania dochodów, które zostaną uwzględnione w formie załączników.

Tytuł: POMOC FINANSOWA	Strona 2 Z 30	Numer zbioru zasad NMHC FIN 03.0012 Wersja: 2.0
----------------------------------	-------------------------	--

III. OSOBY OBJĘTE ZASADAMI:

Niniejsze zasady mają zastosowanie do wszystkich szczebli zarządzania NMHC i personelu tych podmiotów wymienionych w *Załączniku A-2*, które są zaangażowane w przydzielanie i priorytetyzację zasobów w celu zaspokojenia potrzeb społeczności. Niniejsze zasady nie mają zastosowania do lekarzy, którzy są członkami personelu w szpitalu stowarzyszonym NMHC, ale nie są zatrudnieni ani nie mają zawartej umowy ze stowarzyszonym gabinetem lekarskim NHMC. Niniejsze zasady mają zastosowanie do każdego podmiotu stowarzyszonego jako niezależnego podmiotu i o ile nie postanowiono inaczej w niniejszym dokumencie, każdy podmiot stowarzyszony oddzielnie spełnia wymagania niniejszego zbioru zasad. Wykaz usługodawców świadczących opiekę medyczną w nagłych przypadkach lub inną niezbędną opiekę medyczną u każdego podmiotu stowarzyszonego oraz informacje o tym, czy tacy usługodawcy są objęci niniejszymi zasadami, są prowadzone osobno przez Dział doradztwa finansowego i zostaną włączone do niniejszego dokumentu przez odniesienie jako *Załącznik G*.

IV. OBOWIĄZKI:

- A. Dział doradztwa finansowego NMHC jest odpowiedzialny za pomoc wnioskodawcom ubiegającym się o pomoc finansową przed lub w trakcie leczenia.
- B. Działy NHMC zajmujące się rozliczeniami, obsługą klienta i wizytami kontrolnymi opłacanymi przez pacjentów pomagają wnioskodawcom po zakończeniu świadczenia usług.
- C. Dział cyklu uzyskiwana dochodów, w tym dział i obszary wymienione w sekcjach IV.A. i IV.B., jest odpowiedzialny za zatwierdzanie wniosków o pomoc finansową i gromadzenie całej dokumentacji uzupełniającej.
- D. Dział cyklu uzyskiwania dochodów jest odpowiedzialny za opracowywanie podstawy obliczania kwot pobieranych od Pacjentów i uzasadnianie takich obliczeń na żądanie.

V. DEFINICJE:

Terminy zapisane wielkimi literami, które nie zostały zdefiniowane w niniejszym dokumencie, zostały zdefiniowane w [Załącznik A](#).

VI. POWIADOMIENIE:

Aby poinformować pacjentów, gwarantów, ich rodziny i szerszą społeczność o programie pomocy finansowej NMHC, szpitale stowarzyszone NMHC podejmą kroki w celu powiadomienia odwiedzających o tym zbiorze zasad i szerokiego rozpowszechnienia tego zbioru zasad. Szczególne środki powiadamiania są zgodne z obowiązującym prawem i są określone w *Załącznik E*.

VII. OKREŚLENIE KWALIFIKOWALNOŚCI:

- A. Kiedy ustala się kwalifikowalność: należy jak najszybciej ustalić kwalifikowalność wnioskodawcy do pomocy finansowej. W przypadku gdy Pacjent poszukuje usług innych niż pomoc w nagłych przypadkach, kwalifikowalność należy ustalić przed planowaniem i/lub świadczeniem usług, o ile jest to możliwe.
- B. Wymaganie dotyczące wniosku: o ile kwalifikowalności nie ustalono wcześniej lub o ile w niniejszym zbiorze zasad nie określono inaczej, Pacjent lub Gwarant jest zobowiązany do wypełnienia wniosku o pomoc finansową i dostarczenia dokumentacji uzupełniającej, która zawiera, zgodnie z prawem, informacje o sytuacji finansowej Wnioskodawcy (w tym, w stosownych przypadkach, informacje o rodzinie Wnioskodawcy) oraz inne informacje niezbędne do ustalenia kwalifikowalności do Pomocy finansowej. Terminy składania Wniosku

i inne ramy czasowe związane z Wnioskiem są zgodne z obowiązującymi przepisami i zawarte w [Załącznik F](#). Wniosek jest dostępny na formularzu dostarczonym przez NMHC i zgodny z przepisami ustawy dotyczącej zniżek dla pacjentów nieubezpieczonych szpitala Illinois i innymi obowiązującymi przepisami. O ile nie postanowiono inaczej w niniejszym dokumencie lub w załączniku, Wnioski będą przyjmowane wyłącznie od osób, które miały istniejącą relację z NMHC w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub mają zbliżającą się datę wizyty lub przyjęcia. Pacjenci wypełniają jeden (1) Wniosek, który jest uznawany przez wszystkie podmioty stowarzyszone NMHC.

C. Czas ważności zatwierdzenia:

1. Po zatwierdzeniu NMHC zapewnia pomoc finansową do czasu zabezpieczenia alternatywnych źródeł płatności. Od wnioskodawców oczekuje się współpracy przy stosowaniu i zabezpieczaniu alternatywnych źródeł płatności, jeżeli dotyczy. W związku z tym ustalenia dotyczące kwalifikowalności są ważne do rozpoczęcia kolejnego okresu rejestracji, w którym Wnioskodawca może uzyskać ubezpieczenie. Niezależnie od powyższego, obowiązują następujące ograniczenia:
 - a. Pomoc finansowa w zakresie usług ratowniczych może być ograniczona do pomocy w nagłych przypadkach i wszelkiej związanej z nią opieki stabilizacyjnej;
 - b. Pomoc finansowa w zakresie usług świadczonych przez szpital stowarzyszony NMHC może być zatwierdzona epizodycznie, a takie zatwierdzenie może podlegać dodatkowym wymaganiom programu i procedurom przesiewowym określonym w sekcji IX;
 - c. Ustalenia dotyczące kwalifikowalności nie mogą obowiązywać przez dłużej niż 12 miesięcy.
 2. Wnioskodawcy są zobowiązani do niezwłocznego poinformowania NMHC o zmianach w ich sytuacji finansowej, które mogą mieć wpływ na ich kwalifikowalność we wcześniej zatwierdzonym przedziale czasu. Jeśli Wnioskodawca nie poinformuje NMHC o zmianach w swojej sytuacji finansowej ciągu 30 dni od ich wystąpienia, może to wpłynąć na zdolność Wnioskodawcy do dalszego otrzymywania bezpłatnej lub objętej zniżką opieki lub na możliwość zakwalifikowania się do pomocy finansowej w przyszłości.
 3. Komisja ds. zasad przyznawania pomocy finansowej NMHC określa długość okresu ważności ustalenia kwalifikowalności dokonanego w oparciu o alternatywne metody kwalifikacji (patrz sekcja VII.D poniżej); długość tego okresu nie może jednak przekraczać dwunastu (12) miesięcy.
 4. Jeżeli kwalifikowalność Pacjenta zakończy się w trakcie leczenia, a podmiot świadczący usługę leczenia potwierdzi, że przekazanie opieki byłoby szkodliwe dla Pacjenta, Pacjent i/lub podmiot prowadzący leczenie mogą zażądać zrobienia wyjątku, który zostanie poddany ocenie przez Komisję ds. bezpłatnej opieki i będzie wymagał zatwierdzenia przez Dyrektora ds. medycznych NMHC lub wyznaczoną przez niego osobę oraz Wiceprezesa Działu cyklu uzyskiwania dochodów, zgodnie z Sekcją XV niniejszego zbioru zasad.
- D. Alternatywne metody kwalifikacji: NMHC (lub jego przedstawiciel), według własnego uznania, może ocenić kwalifikowalność Pacjenta lub Gwaranta do uzyskania Pomocy finansowej na innej podstawie niż wypełniony Wniosek. W takich przypadkach ustalenia dotyczące kwalifikowalności mogą obejmować wykorzystanie informacji dostarczonych przez agencje sprawozdawczości kredytowej, rejestry publiczne lub inne obiektywne i wystarczająco dokładne sposoby oceny kwalifikowalności Pacjenta lub Gwaranta do Programu.
- E. Zatajenie informacji: jeżeli w dowolnym momencie procesu rozpatrywania okaże się, że Wnioskodawca celowo zataił istotne informacje, podał nieprawdziwe informacje lub podał niedokładne informacje, o czym świadczą informacje uzyskane od agencji kredytowych lub z innych dostępnych źródeł, a Wnioskodawca nie jest w stanie rozwiązać rozbieżności w sposób zadowalający NMHC, Wnioskodawca może zostać zdyskwalifikowany z możliwości uzyskania pomocy finansowej, co skutkuje wznowieniem rutynowych działań windykacyjnych

do czasu usunięcia takich rozbieżności. Niezależnie od powyższego, NMHC nie odmawia pomocy finansowej na podstawie informacji, które uważa za niewiarygodne lub nieprawidłowe, lub na podstawie informacji uzyskanych od Wnioskodawcy pod przymusem lub w wyniku zastosowania praktyk wywierania przymusu (w tym opóźniania lub odmawiania opieki w nagłych przypadkach danej osobie, dopóki nie dostarczy ona żądanych informacji).

VIII. KWALIFIKUJĄCE SIĘ USŁUGI:

- A. Szpitale stowarzyszone NMHC zapewniają pomoc finansową wyłącznie w odniesieniu do usług niezbędnych medycznie, w przypadku których Wnioskodawca spełnia kryteria programu klinicznego i jest w inny sposób odpowiedzialny finansowo.
- B. Pomoc finansowa w zakresie przeszczepów i usług związanych z przeszczepami jest ustalana w ramach odrębnego procesu i może zostać uwzględniona jako załącznik do niniejszego zbioru zasad.
- C. Nic w niniejszym zbiorze zasad nie wymaga od NMHC świadczenia usług, które nie są rutynowo świadczone pacjentom.

IX. DODATKOWE WYMAGANIA DOTYCZĄCE PROGRAMU I PROCEDURY PRZESIEWOWE:

Pomoc finansowa w odniesieniu do niektórych procedur może podlegać dodatkowym wymogom programu i/lub procedurom przesiewowym. Dodatkowe wymogi dotyczące badań przesiewowych zostaną przekazane Pacjentom i lekarzom. Na przykład i bez ograniczeń takie wymogi i procedury przesiewowe mogą obejmować:

- A. Ponowne zbadanie obecnej sytuacji finansowej Pacjenta w celu zapewnienia dalszej kwalifikowalności do pomocy finansowej, w tym dostępności ubezpieczenia;
- B. Zabezpieczenie uzgodnień dotyczących płatności w odniesieniu do zaległych kwot należnych od Pacjenta lub w inny sposób ustanawiające plan płatności; lub
- C. Ocenę wybranych procedur w celu upewnienia się, że możliwości leczenia za pomocą innych metod zostały wyczerpane lub, jeśli wcześniej wypróbowano jakąś metodę, ocenę prawdopodobieństwa sukcesu i/lub tego, czy zastosowano zasoby z zakresu opieki po zakończeniu leczenia; lub
- D. Zabezpieczanie usług z odpowiedniego poziomu lub od odpowiedniego typu dostawcy.

X. WYCZERPANIE MOŻLIWOŚCI ZE ŹRÓDEŁ ZEWNĘTRZNYCH:

- A. Pomoc finansowa będzie stosowana wyłącznie w przypadku kont opłacanych przez pacjentów po tym, jak wszystkie świadczenia/zasoby stron trzecich zostaną w uzasadniony sposób wyczerpane, co dotyczy między innymi świadczeń od towarzystw ubezpieczeniowych (np. z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczenia nieruchomości, ubezpieczenia samochodowego, odszkodowania dla pracowników lub ubezpieczenia zdrowotnego opłacanego przez pracodawcę), programów rządowych (np. Medicare, Medicaid lub innych programów federalnych, stanowych lub lokalnych) bądź wpływów z tytułu postępowań sądowych, ugód i/lub własnych wysiłków pozyskiwania środków (określanych łącznie mianem „zewnętrznych źródeł finansowania”). Pacjenci otrzymujący Pomoc finansową i wymagający niezbędnej opieki medycznej (innej niż pomoc w nagłych przypadkach) muszą, w miarę możliwości, zostać sprawdzeni pod kątem uprawnień do korzystania z programu Medicaid, Health Insurance Exchange lub innych dostępnych programów płatności, a jeśli okaże się, że dany Pacjent się do nich kwalifikuje, musi w pełni współpracować z wymogami rejestracji przed zaplanowaniem procedury i/lub rozpoczęciem świadczenia usług. Kwalifikujący się Pacjenci, którzy nie zarejestrują się lub odmówią rejestracji w programach Medicaid, Health Insurance Exchange lub innych dostępnych programach płatności, mogą nie kwalifikować się do Pomocy

finansowej. Pacjenci powinni otrzymać co najmniej jedno (1) pisemne zawiadomienie o konieczności zgłoszenia do programów Medicaid, Health Insurance Exchange lub innych dostępnych programów płatności, wraz z informacją o tym, że niedopełnienie tego obowiązku może zmniejszyć szansę na zakwalifikowanie się do Pomocy finansowej. Wszelkie ewentualne wysiłki mające na celu udzielenie Wnioskodawcy pomocy w zarejestrowaniu się w programie Medicaid, Health Insurance Exchange lub innych dostępnych programach płatności, są dokumentowane.

- B. Jeśli pacjent potrzebujący opieki innej niż pomoc w nagłych przypadkach jest objęty ubezpieczeniem HMO lub PPO, a NMHC nie jest dostawcą w sieci, wówczas Pacjent powinien być skierowany do uzyskania opieki u dostawców usług należących do sieci i nie kwalifikuje się do Pomocy finansowej. Pomoc finansowa nie jest dostępna w przypadku kosztów opieki otrzymanej poza siecią.

XI. OGRANICZENIE OPLAT:

Rabaty mogą się różnić w zależności od programu pomocy finansowej. Informacje na temat obliczania wysokości zniżek zostaną podane w różnych załącznikach do niniejszego zbioru zasad. Jednak we wszystkich programach pomocy finansowej kwoty pobierane przez szpitale stowarzyszone NHMS za opiekę świadczoną w nagłych przypadkach lub inną niezbędną opiekę medyczną świadczoną osobom kwalifikującym się do programu pomocy finansowej z rocznym dochodem gospodarstwa domowego mniejszym lub równym 600% obowiązującego federalnego poziomu ubóstwa nie mogą być większe niż kwoty ogólnie naliczane osobom, które mają ubezpieczenie obejmujące taką opiekę („Zniżki od kwot ogólnie naliczanych”).

XII. OPIEKA W NAGŁYCH PRZYPADKACH:

- A. Zgodnie z polityką NMHC dotyczącą zgodności z Ustawą o ratownictwie medycznym i pracy ratowników medycznych szpitale stowarzyszone NMHC muszą zapewnić, bez dyskryminacji, opiekę w nagłych przypadkach wszystkim osobom, niezależnie od tego, czy mogą one zapłacić za opiekę lub kwalifikują się do Pomocy finansowej.
- B. Szpitale stowarzyszone NMHC nie angażują się w działania, które zniechęcają osoby do korzystania z opieki w nagłych przypadkach, co obejmuje takie działania, jak:
1. Wymaganie zapłaty od pacjentów z oddziału ratunkowego przed przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem pomocy w nagłych wypadkach; lub
 2. Zezwalanie na działania windykacyjne na Oddziale Ratunkowym lub w innych obszarach placówki należącej do szpitala stowarzyszonego NMHC, w których takie działania mogłyby kolidować z zapewnieniem, bez dyskryminacji, opieki w nagłych przypadkach.

XIII. REFUNDACJE:

Wniosek o pomoc finansową stosuje się do wszystkich otwartych sald. Refundacje są poddane przeglądowi przez Komisję ds. bezpłatnej opieki NMHC i zapewniane zgodnie z wymogami prawa.

XIV. KOORDYNACJA USTALEŃ PODMIOTÓW STOWARZYSZONYCH:

Podmioty stowarzyszone NMHC koordynują swoje wysiłki w zakresie wzajemnego określania kwalifikowalności.

XV. WYJĄTKI I ODWOŁANIA:

Lekarze i/lub klinicyści NMHC mogą zwrócić się o pomoc finansową w imieniu Pacjenta; Pacjent musi jednak dostarczyć niezbędne informacje i dokumentację na poparcie wniosku. Jeśli lekarz lub Pacjent nie zgadza się z decyzją o kwalifikowalności lub określeniem programu lub jeśli lekarz lub

Pacjent wnioskuje o wyjątek od niniejszych zasad, odwołanie lub wnioski o wyjątek należy złożyć do Komisji ds. bezpłatnej opieki prośbę o dokonanie oceny, pod warunkiem zatwierdzenia przez wiceprezesa Działu cyklu uzyskiwania dochodów. Ustalenie to jest ostateczne i wiążące do czasu, gdy Pacjent lub lekarz dostarczy istotne nowe lub dodatkowe informacje potwierdzające kwalifikację do uzyskania pomocy (np. zmiana wysokości dochodów, utrata zatrudnienia i inne okoliczności, które znacząco zmieniają wcześniejszą weryfikację).

XVI. DZIAŁANIA W PRZYPADKU NIEPŁACENIA:

Polityka kredytowa i windykacyjna NMHC opisuje działania, które mogą zostać podjęte w przypadku niepłacenia należnych kwot. Członkowie ogółu społeczeństwa mogą uzyskać bezpłatną kopię Polityki kredytowej i windykacyjnej NMHC, kontaktując się z Działem doradztwa finansowego.

XVII. ZASTOSOWANIE DO ISTNIEJĄCYCH PROGRAMÓW:

Pomoc finansowa przyznawana pacjentom przed datą wejścia w życie niniejszych zasad nie może być zmniejszona, ale tylko w przedziale czasowym wskazanym w decyzji o jej przyznaniu. Po wygaśnięciu takiej pomocy finansowej zastosowanie mają niniejsze zasady.

XVIII. HARMONOGRAM AKTUALIZACJI ZASAD:

Niniejsze zasady zostaną będą przeglądane i aktualizowane co najmniej raz na pięć lat lub w razie potrzeby.

XIX. RAPORTOWANIE:

NMHC przekazuje wszystkie wymagane informacje dotyczące programu pomocy finansowej odpowiednim agencjom rządowym.

XX. MONITOROWANIE I NIEISTOTNE AKTUALIZACJE:

- A. Komisja ds. zasad przyznawania pomocy finansowej jest odpowiedzialna za ciągłe monitorowanie tych zasad. Dokonuje ona przeglądu praktyk, których dotyczą niniejsze zasady, w tym tego, czy:
1. stosuje się kontrole w celu oceny kwalifikowalności pacjenta;
 2. informacje na temat pacjentów kwalifikujących się do otrzymania i/lub otrzymujących pomoc finansową są śledzone i utrzymywane;
 3. informacja o możliwości uzyskania pomocy finansowej jest przekazywana społeczności i pacjentom;
 4. istnieją przepisy, w myśl których nie wolno zniechęcać członków społeczności do szukania opieki w nagłych przypadkach; oraz
 5. działania windykacyjne podejmowane są w odpowiedni sposób wobec pacjentów otrzymujących pomoc finansową.
- B. Wiceprezes Działu cyklu uzyskiwania dochodów może dokonać nieistotnych aktualizacji tych zasad (np. w celu odzwierciedlenia aktualnych federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, zmian adresów itp.).

XXI. ODNIESIENIA:

- A. Ustawa dotycząca zniżek dla pacjentów nieubezpieczonych szpitala Illinois [210 ILCS 89/]

- B. Ustawa dotycząca sprawiedliwego naliczania opłat dla pacjentów szpitala Illinois [210 ILCS 88/]
- C. Sekcja 501(r) przepisów prawa podatkowego
- D. Ustawa o zabezpieczeniu społecznym [42 U.S.C. 1395dd]

XXII. ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik A: Definicje

Załącznik A-1: Federalne Wytyczne Dotyczące Ubóstwa

ZAŁĄCZNIK A-2: PODMIOTY STOWARZYSZONE NMHC

Załącznik B: Bezpłatna I Objęta Zniżką Opieka Dla Pacjentów Ubezpieczonych

Załącznik C: Bezpłatna I Objęta Zniżką Opieka Dla Pacjentów Nieubezpieczonych

Załącznik D: Domniemana Kwalifikowalność

ZAŁĄCZNIK E: OGÓLNE POWIADOMIENIE — SZPITALA STOWARZYSZONE NMHC

ZAŁĄCZNIK F: ODPOWIEDNIE RAMY CZASOWE I INDYWIDUALNE WYMAGANIA DOTYCZĄCE POWIADAMIANIA PACJENTÓW — SZPITALA STOWARZYSZONE NMHC

Załącznik G: Listy Dostawców

Załącznik H: Pomoc finansowa w zakresie badań laboratoryjnych

XXIII. ZATWIERDZENIE:

Strona odpowiedzialna: Andrew Scianimanico
Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów

Oceniający: Członkowie Komisji ds. finansów
Członkowie Komisji kontroli podatkowej i regulacyjnej
Członkowie Komisji ds. zasad przyznawania pomocy finansowej
Wiceprezes, Dział finansów
Starszy wiceprezes, Dział administracji
Biuro radcy prawnego
Dział zgodności i uczciwości korporacyjnej

Podmioty zatwierdzające: Dean M. Harrison
Prezes i dyrektor generalny
Northwestern Memorial HealthCare
Zatwierdzenie elektroniczne: 11.02.2016

John Orsini
Starszy wiceprezes i dyrektor finansowy
Northwestern Memorial HealthCare
Zatwierdzenie elektroniczne: 29.01.2016

Tytuł: POMOC FINANSOWA	Strona 8 Z 30	Numer zbioru zasad NMHC FIN 03.0012 Wersja: 2.0
----------------------------------	-------------------------	--

XXIV. HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 01.05.2011 – lokalne zasady NMH wycofane

Poprawiono 12/29/2014 – Dotyczy zasad obowiązujących od 01.02.2016 - Zastępuje NMHC 03.0012 wer. 1.0 – 01.06.2011 –
Bezpłatna i objęta zniżką opieka

Poprawiono: 17.08.2016 – Dotyczy zasad obowiązujących od 01.09.2016 - Aktualizacja w celu uwzględnienia NM-CDH,
NM-Delnor i NM-RMG; brak innych aktualizacji zawartości

01.09.2018: Zaktualizowano zakres – Dotyczy podmiotów Marianjoy Rehabilitation i Marianjoy Medical Group od
01.09.2018.

ZAŁĄCZNIK A: DEFINICJE

Bezpłatna opieka: zniżka od opłat naliczanych w wysokości sto procent (100%).

Dochód gospodarstwa domowego: dochód przypadający na gospodarstwo domowe Wnioskodawcy na podstawie definicji stosowanych przez Amerykańskie Biuro Spisu Powszechnego. Dochód gospodarstwa domowego obejmuje wszystkie dochody przed opodatkowaniem, zasiłek dla bezrobotnych, odszkodowania dla pracowników, ubezpieczenie społeczne, zapomogę uzupełniającą, wypłaty z tytułu pomocy publicznej, wypłaty dla weteranów, renty rodzinne, dochód z tytułu emerytury lub renty, odsetki, dywidendy, czynsze, należności licencyjne, dochody z nieruchomości, fundusze powiernicze, pomoc edukacyjną, alimenty, pomoc od osób spoza gospodarstwa domowego i dochód z różnych innych źródeł. Świadczenia niepieniężne (takie jak SNAP i dopłaty mieszkaniowe) nie są uznawane za dochód gospodarstwa domowego. W szczególności dochód gospodarstwa domowego jest równy dochodowi brutto wymienionemu w najnowszym zeznaniu podatkowym Wnioskodawcy, po odjęciu alimentów na dziecko i dodaniu kwot odsetek zwolnionych z podatku; niepodlegających opodatkowaniu płatności z tytułu emerytury i renty, wypłat z konta IRA i płatności z tytułu ubezpieczeń społecznych; a także innych dochodów nieujętych w dochodzie brutto, ale dostępnych dla Wnioskodawcy. Jeżeli jednak Wnioskodawca wskaże, że dochód brutto wymieniony w najnowszym zeznaniu podatkowym Wnioskodawcy nie jest dokładny (np. Wnioskodawca nie jest już zatrudniony lub otrzymuje inną kwotę wynagrodzenia), dochód gospodarstwa domowego oblicza się na podstawie innej dostępnej dokumentacji (np. odcinki wynagrodzenia, oświadczenia o braku zatrudnienia itp.), również po odjęciu alimentów i dodaniu kwot odsetek zwolnionych z podatku; niepodlegających opodatkowaniu płatności z tytułu emerytury i renty, wypłat z konta IRA i płatności z tytułu ubezpieczeń społecznych; a także innych dochodów nieujętych w dochodzie brutto, ale dostępnych dla Wnioskodawcy. Dochód gospodarstwa domowego obejmuje dochód wszystkich członków gospodarstwa domowego.

Federalne wytyczne dotyczące ubóstwa: Federalne wytyczne dotyczące ubóstwa okresowo aktualizowane w Rejestrze Federalnym przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych zgodnie z 42 USC 9902(2). Wytyczne te, załączone jako Załącznik A-1, są dostosowywane corocznie w ciągu trzydziestu (30) dni od wydania nowych federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa w Rejestrze Federalnym oraz na stronie internetowej Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych.

Gwarant: osoba odpowiedzialna finansowo za usługi świadczone na rzecz Pacjenta.

Komisja ds. bezpłatnej opieki: komisja, której zadaniem jest zajmowanie się kwestiami dotyczącymi stosowania tych zasad w konkretnych kwestiach dotyczących pacjentów. Komisja ds. bezpłatnej opieki zajmuje się rozpatrywaniem odwołań i wyjątków od zasad.

Komisja ds. zasad przyznawania pomocy finansowej: komisja składająca się z przedstawicieli podmiotów stowarzyszonych NMHC i NMHC, która wydaje zalecenia dotyczące tego zbioru zasad i zapewnia dostosowanie operacyjne między podmiotami stowarzyszonymi przy ich wdrażaniu. Komisja ds. zasad przyznawania pomocy finansowej składa się z przedstawicieli Działu operacyjnego, Biura radcy prawnego, Działu audytu wewnętrznego, Biura zgodności i uczciwości korporacyjnej oraz działu spraw zewnętrznych. Komisja ds. zasad przyznawania pomocy finansowej przekazuje informacje na temat podejmowanych działań Komisji ds. podatków i regulacji.

Kwoty ogólnie naliczane / zniżka od kwot ogólnie naliczanych: zniżka, dzięki której opłaty za opiekę świadczoną w nagłych przypadkach lub inną niezbędną opiekę medyczną świadczoną przez szpital stowarzyszony NMHC podczas wizyty ambulatoryjnej lub pobytu szpitalnego dla osób kwalifikujących się do pomocy w ramach niniejszych zasad, nie będą większe niż kwoty ogólnie rozliczane osobom, które mają ubezpieczenie Medicare lub komercyjne ubezpieczenie obejmujące taką opiekę („Kwoty ogólnie naliczane”). Obliczanie wysokości zniżki od kwoty ogólnie naliczanej musi być zgodne z prawem opartym na metodzie retrospektywnej. Każdy szpital stowarzyszony NMHC oblicza własne zniżki od kwot ogólnie naliczanych. Pisemne wyjaśnienie metody stosowanej przez każdy szpital stowarzyszony NMHC można uzyskać, kontaktując się z Działem doradztwa finansowego NMHC. Stowarzyszone gabinety lekarskie stosują Zniżki od kwot ogólnie naliczanych mające zastosowanie do NMHC.

Medycznie niezbędne: wszelkie szpitalne lub ambulatoryjne usługi opieki zdrowotnej, w tym leki lub artykuły medyczne, o których mowa w tytule XVIII Federalnej ustawy o zabezpieczeniu społecznym dla beneficjentów z taką samą prezentacją kliniczną jak Pacjent. Usługa „medycznie niezbędna” nie obejmuje żadnej z następujących czynności: 1) usługi niemedyczne, takie jak usługi społeczne i zawodowe; lub (2) planowa operacja plastyczna, ale nie chirurgia plastyczna mająca na celu skorygowanie zniekształceń spowodowanych urazem, chorobą lub wrodzoną wadą lub deformacjami.

Mieszkaniec stanu Illinois: mieszkaniec stanu Illinois jest pacjentem, który mieszka w stanie Illinois i który zamierza pozostać w stanie Illinois na czas nieokreślony. Przeprowadzenie się do stanu Illinois wyłącznie w celu otrzymania świadczeń zdrowotnych nie spełnia wymogu pobytu zgodnie z Ustawą dotyczącą zniżek dla pacjentów nieubezpieczonych szpitala Illinois („HUPDA”). Ustawa dotycząca zniżek dla pacjentów nieubezpieczonych szpitala Illinois wymaga, aby pacjent nieubezpieczony był mieszkańcem stanu Illinois, ale nie wymaga, aby Pacjent legalnie przebywał w Stanach Zjednoczonych. Pacjenci mogą być zobowiązani do przedstawienia dowodu pobytu w stanie Illinois, jak przewidziano w ustawie HUPDA. W myśl tej definicji przeprowadzenie się do stanu Illinois wyłącznie w celu otrzymania świadczeń zdrowotnych nie spełnia wymogu pobytu.

Nadzwyczajne działania windykacyjne: działania, które szpital stowarzyszony NMHC może podjąć wobec danej osoby w celu uzyskania zapłaty za rachunek za opiekę objętą programem pomocy finansowej. Takie nadzwyczajne działania windykacyjne są dokładniej zdefiniowane w Polityce finansowa NMHC: kredyty i windykacja i mogą obejmować, na przykład, wymaganie zapłaty za wcześniej świadczoną opiekę i/lub nałożenie zastawu na własność.

Nagły przypadek: definicję nagłego przypadku można znaleźć w sekcji 1867 ustawy o zabezpieczeniu społecznym (42 U.S.C. 1395d).

Naliczone opłaty: opłata za usługę, która jest oparta na głównym harmonogramie opłat szpitala stowarzyszonego NMHC obowiązującym w momencie świadczenia usługi i którą podmiot stowarzyszony konsekwentnie i jednolicie pobiera od pacjentów przed zastosowaniem jakichkolwiek umownych zniżek, rabatów lub potrąceń.

Nieubezpieczony pacjent: pacjent nieobjęty polisą ubezpieczenia zdrowotnego lub niebędący beneficjentem w ramach publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia zdrowotnego lub innego programu ubezpieczenia zdrowotnego, w tym planów ubezpieczenia zdrowotnego z wysokim udziałem własnym, odszkodowania dla pracownika, ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innej odpowiedzialności cywilnej.

Okres składania wniosków: okres, w którym szpital stowarzyszony NMHC musi zaakceptować i przetworzyć Wniosek złożony przez daną osobę, aby można było dolożyć uzasadnionych starań w celu ustalenia, czy dana osoba kwalifikuje się do pomocy finansowej. W odniesieniu do jakiegokolwiek opieki świadczonej danej osobie przez szpital stowarzyszony NMHC, Okres składania wniosków rozpoczyna się w dniu, w którym zapewniono tej osobie opiekę i kończy się w 240-tym dniu od dnia doręczenia (tj. pocztą, elektronicznie lub osobiście) tej osobie pierwszego oświadczenia rozliczeniowego za świadczoną opiekę.

Opieka objęta zniżką: opieka świadczona w cenie niższej niż opłaty naliczane, poza opieką bezpłatną. Zniżki obejmują zniżkę na koszt opieki i zniżkę od kwoty ogólnie naliczanej.

Osoby niebędące mieszkańcami: osoba niebędąca mieszkańcem jest pacjentem, który nie zamieszkuje w stanie Illinois.

Pacjent: osoba otrzymująca usługi.

Podmioty stowarzyszone: podmioty kontrolowane przez, kontrolujące lub pod wspólną kontrolą z NMHC. Podmioty stowarzyszone NMHC, do których niniejsze zasady mają zastosowanie, są wymienione w [Załączniku A-2](#). Na potrzeby niniejszych zasad termin „Podmioty stowarzyszone” nie obejmuje podmiotów stowarzyszonych NMHC, które z powodów prawnych lub innych nie mogą wdrożyć tych zasad.

Podsumowanie w prostym języku: jasne, zwięzłe i łatwe do zrozumienia pisemne oświadczenie, które powiadamia daną osobę, że szpital stowarzyszony NMHC oferuje pomoc finansową, i zawiera następujące

informacje: (i) krótki opis wymogów kwalifikowalności i pomocy oferowanej w ramach niniejszego zbioru zasad; (ii) krótkie podsumowanie sposobu ubiegania się o pomoc w ramach tego zbioru zasad; (iii) bezpośrednie umieszczenie adresu strony internetowej (lub adresu URL) oraz lokalizacji fizycznych (w tym numerów pokoi), w których można uzyskać kopię niniejszego zbioru zasad i wniosków o pomoc finansową; (iv) instrukcje dotyczące sposobu uzyskania bezpłatnej kopii zasad przyznawania pomocy finansowej i wniosku drogą pocztową; (v) informacje kontaktowe (w tym numery telefonów i, w stosownych przypadkach, lokalizacje fizyczne) urzędów lub służb, które mogą udzielić danej osobie pomocy w procesie składania wniosku; (vi) dostępność tłumaczeń; oraz (vii) oświadczenie, że żaden pacjent kwalifikujący się do pomocy finansowej nie zostanie obciążony kwotą większą niż kwoty ogólnie naliczone.

Pomoc finansowa: kwoty przyznawane na bezpłatną lub objętą zniżką opiekę świadczoną pacjentom, którzy spełniają kryteria Pomocy finansowej NMHC w ramach różnych programów (łącznie określanych jako „Program pomocy finansowej” lub „Program”) i nie są w stanie zapłacić za całość lub część usług z zakresu opieki zdrowotnej. Pomoc finansowa nie obejmuje nieściągalnych długów ani niepobieralnych opłat, które zostały zarejestrowane jako przychód, ale odpisane z powodu niepłacenia przez Pacjenta; różnicy między kosztem opieki świadczonej w ramach Medicaid lub innych programów rządowych lub w ramach Medicare a dochodami pochodzącymi z tych programów; lub korekt umownych z płatnikami zewnętrznymi.

Stowarzyszone gabinety lekarskie NMHC: podmioty stowarzyszone NMHC świadczące opiekę kliniczną w warunkach ambulatoryjnych w gabinecie lekarskim. Stowarzyszone gabinety lekarskie NMHC, do których niniejsze zasady mają zastosowanie, są wymienione w Załączniku A-2.

Szpital stowarzyszony NMHC: podmioty stowarzyszone NMHC zarejestrowane jako szpital. Szpitale stowarzyszone NMHC, do których niniejsze zasady mają zastosowanie, są wymienione w Załączniku A-2.

Ubezpieczony pacjent: pacjent objęty polisą ubezpieczenia zdrowotnego lub beneficjent w ramach publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia zdrowotnego lub innego programu ubezpieczenia zdrowotnego, w tym planów ubezpieczenia zdrowotnego z wysokim udziałem własnym, odszkodowania dla pracownika, ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innej odpowiedzialności cywilnej.

Usługi ratownicze: usługi ratownicze obejmują usługi otrzymane za pośrednictwem Oddziału ratunkowego w nagłych przypadkach, usługi, których nie można odmówić lub inne usługi określone przez wiceprezesa Działu cyklu uzyskiwania dochodów i określone w załączniku do tych zasad od czasu do czasu.

Usługi w cenie pakietowej do opłacenia przez pacjenta: wiele usług oferowanych razem za jedną cenę, która jest obniżona w taki sposób, że jednolita cena jest niższa niż suma cen wszystkich poszczególnych usług, które składają się na pakiet usług.

Usługi, których nie można odmówić: usługi spełniające kryteria NMHC w zakresie usług, których świadczenia nie można odmówić, które mogą być zmieniane od czasu do czasu.

Wielkość rodziny: liczba osób wymienionych w pozycji „Status zeznania” w najnowszym zeznaniu podatkowym Wnioskodawcy. Jeżeli zeznanie podatkowe nie jest dostępne, wielkość rodziny jest liczbą osób zamieszkałych w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy. Jeśli Wnioskodawca jest osobą na utrzymaniu innej osoby według jej zeznania podatkowego, wówczas wielkość rodziny może odnosić się do liczby członków gospodarstwa domowego osoby utrzymującej.

Wniosek: wniosek o udzielenie wsparcia finansowego.

Wnioskodawca: wnioskodawcą jest osoba składająca wniosek o pomoc finansową, w tym Pacjent i/lub Gwarant Pacjenta.

Zniżka na koszty opieki: rabat równy kwocie obliczonej przez pomnożenie całkowitego stosunku kosztu do naliczonej opłaty z każdego raportu kosztów Medicare podmiotu stowarzyszonego NMHC przez opłaty na rachunkach kwalifikujących się do pomocy finansowej. Niezależnie od powyższego, NMHC może, dla ułatwienia czynności administracyjnych, ustanowić jedną zniżkę na koszty opieki, która jest

Tytuł: POMOC FINANSOWA ZALĄCZNIK A: DEFINICJE	Strona 12 Z 30	Numer zbioru zasad NMHC FIN 03.0012 Wersja: 2.1
---	--------------------------	--

najkorzystniejsza dla Pacjenta. Zniżka na koszty opieki jest równa lub większa od zniżki od kwoty ogólnie naliczanej.

ZALĄCZNIK A:

Definicje

Właściciel:

Andrew Scianimanico

Tytuł:

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów

Data wejścia w życie: 01.01.2018

ZATWIERDZENIE:

Andrew Scianimanico

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów

Zatwierdzenie: 01.01.2018

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 03.03.2015

Poprawiono: 29.12.2017

ZAŁĄCZNIK A-1: FEDERALNE WYTYCZNE DOTYCZĄCE UBÓSTWA

	Ubóstwo federalne w 2020 r. Poziomy dochódów (FPL)	Do 250% FPL	251%–600% FPL
Wielkość rodziny	Dochód gospodarstwa domowego		
1	\$12,760	\$31,900	\$31,900 - \$76,560
2	\$17,240	\$43,100	\$43,100 - \$103,440
3	\$21,720	\$54,300	\$54,300 - \$130,320
4	\$26,200	\$65,500	\$65,500 - \$157,200
5	\$30,680	\$76,700	\$76,700 - \$184,080
6	\$35,160	\$87,900	\$87,900 - \$210,960
7	\$39,640	\$99,100	\$99,100 - \$237,840
8	\$44,120	\$110,300	\$110,300 - \$264,720
Każdy dodatkowy członek rodziny, dodać	\$4,480	\$11,200	\$11,200 - \$26,880

ODNIESIENIA:

42 USC 9902(2)

ZAŁĄCZNIK A-1:

Federalne wytyczne dotyczące ubóstwa uzyskiwania dochodów

Właściciel:

Andrew Scianimanco

Tytuł:

Wiceprezes, Dział cyklu

Data wejścia w życie: 15.01.2020**ZATWIERDZENIE:**

Andrew Scianimanco

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów

Zatwierdzenie elektroniczne: 06.03.2020

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 03.03.2015

Poprawiono: 24.04.2017

Poprawiono: 02.2018, 23.01.2019, 28.01.2020

ZAŁĄCZNIK A-2: PODMIOTY STOWARZYSZONE NMHC

A. Szpitale stowarzyszone

1. Northwestern Memorial Hospital
2. Northwestern Medicine Lake Forest Hospital
3. Northwestern Medicine Central DuPage Hospital
4. Northwestern Medicine Delnor Hospital
5. Kishwaukee Hospital
6. Valley West Hospital
7. Northwestern Medicine - Ben Gordon Center
8. Marianjoy Rehabilitation

B. Stowarzyszone gabinety lekarskie

1. Northwestern Medical Group
2. Northwestern Medicine Regional Medical Group
3. Kishwaukee Physician Group
4. Marianjoy Medical Group

ZAŁĄCZNIK A-2:
Podmioty stowarzyszone NMHC
uzyskiwania dochodów

Właściciel: Andrew Scianimanco
Tytuł: Wiceprezes, Dział cyklu

Data wejścia w życie: 01.09.2018

ZATWIERDZENIE:

Andrew Scianimanco
Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów
Data zatwierdzenia: 01/09/2018

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 03.03.2015
Poprawiono: 12.07.2016
Poprawiono: 29.12.2017
Poprawiono: 01.09.2018,
Zmieniono: 29.01.2019

ZAŁĄCZNIK B: BEZPŁATNA I OBJĘTA ZNIŻKĄ OPIEKA DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

I. BEZPŁATNA I OBJĘTA ZNIŻKĄ OPIEKA

NMHC zapewnia bezpłatną oraz objętą niżką opiekę ubezpieczonym pacjentom, jak przewidziano w *Załączniku B*.

II. USŁUGI

- A. Z wyjątkiem przypadków przewidzianych w sekcji II.B niniejszego Załącznika poniżej, bezpłatna i objęta niżką opieką dla ubezpieczonych pacjentów jest dostępna w przypadku wszystkich usług niezbędnych medycznie.
- B. Bezpłatna i objęta niżką opieką dla ubezpieczonych pacjentów nie jest dostępna w przypadku następujących usług:
1. Usługi, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia;
 2. Usługi poza siecią;
 3. Usługi apteki specjalistycznej; z takim wyjątkiem, że leki przeciwwirusowe przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu C podawane biorcom przeszczepów, którzy mają ujemny wynik testu w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C, ale otrzymują narząd od dawcy z dodatnim wynikiem testu w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C w NMHC, można rozważyć w ramach niniejszego zbioru zasad, po tym jak w odpowiednim czasie poczyniono wszelkie uzasadnione wysiłki w celu zabezpieczenia ubezpieczenia lub innego zwrotu kosztów takich leków. Dostarczanie takich leków musi być skoordynowane przez aptekę specjalistyczną Northwestern.
 4. W odniesieniu do stowarzyszonych gabinetów lekarskich NMHC, leczenie niepłodności (z wyłączeniem niektórych kosztów zachowania płodności); zabiegi korygujące wzrok, w tym między innymi LASIK; i usługi laboratoryjne świadczone przez laboratorium niezrzeszone z NMHC, trwałe sprzęt medyczny, okulary, soczewki kontaktowe i aparaty słuchowe;
 5. Współubezpieczenie lub udział własny pacjenta, chyba że Wnioskodawca kwalifikuje się do uzyskania bezpłatnej opieki;
 6. Współpłatności;
 7. Usługi w cenie pakietowej do opłacenia przez pacjenta; oraz
- C. Leki spoza listy pokrywanych leków podawane po wypisaniu pacjenta w celu jego przeniesienia podlegają niżce na koszty opieki.

III. WYMAGANIA DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA

- A. Ubezpieczeni pacjenci, którzy są mieszkańcami stanu Illinois i którzy otrzymują usługi niezbędne medycznie, kwalifikują się do bezpłatnej i objętej niżką opieką. Niezależnie od powyższego, nie ma wymogu co do miejsca zamieszkania w przypadku ubezpieczonych wnioskodawców otrzymujących pomoc w nagłych przypadkach.
- B. Z wyjątkiem ubezpieczonych pacjentów otrzymujących pomoc w nagłych wypadkach, ubezpieczeni pacjenci niebędący mieszkańcami stanu Illinois (w tym między innymi pacjenci

przenoszeni poza granice stanu) i którzy otrzymują usługi niezbędne medycznie nie kwalifikują się do bezpłatnej opieki.

IV. OBLICZANIE BEZPŁATNEJ I OBJĘTEJ ZNIŻKĄ OPIEKI

NMHC zapewnia bezpłatną i objętą zniżką opiekę kwalifikującym się ubezpieczonym pacjentom z wykorzystaniem dwóch metod: „pomoc dla osób ubezpieczonych z zastosowaniem opłat według skali ruchomej” oraz „pomoc dla osób ubezpieczonych w przypadku wydarzeń katastroficznych”. Jeśli Wnioskodawca kwalifikuje się do uzyskania pomocy w ramach obu metod, NMHC zastosuje metodę, która jest najbardziej korzystna dla Wnioskodawcy. Pomimo kwalifikacji w ramach którejkolwiek z metod, jeżeli istnieje powód, aby sądzić, że Wnioskodawca może mieć aktywa w wysokości przekraczającej 600% aktualnie obowiązujących federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa mających zastosowanie do wielkości rodziny Wnioskodawcy i ma do nich dostęp, aby zapłacić za usługi medyczne, NMHC może wymagać od Wnioskodawcy dostarczenia informacji na temat takich aktywów, a Komisja ds. bezpłatnej opieki może rozważyć te aktywa przy podejmowaniu decyzji, czy i w jakim stopniu zapewnić Wnioskodawcy bezpłatną lub objętą zniżką opiekę.

A. POMOC DLA OSÓB UBEZPIECZONYCH Z ZASTOSOWANIEM OPŁAT WEDŁUG SKALI RUCHOMEJ

Pomoc w ramach wniosku o zastosowanie opłat według skali ruchomej oblicza się w następujący sposób:

1. Bezpłatna opieka: ubezpieczeni mieszkańcy stanu Illinois, których dochód gospodarstwa domowego jest równy lub mniejszy niż 250% aktualnych federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa mających zastosowanie do wielkości rodziny Wnioskodawcy, kwalifikują się do 100% zniżki. Zniżka jest stosowana w przypadku współubezpieczeń i udziałów własnych, jak również w przypadku usług niezbędnych z medycznego punktu widzenia, które nie są objęte ubezpieczeniem.
2. Opieka objęta zniżką: w przypadku usług niezbędnych medycznie, które nie są objęte ubezpieczeniem, ubezpieczeni mieszkańcy Stanu Illinois z dochodem gospodarstwa domowego przekraczającym 250% i mniejszym lub równym 600% aktualnych federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa mających zastosowanie do wielkości rodziny Wnioskodawcy, kwalifikują się do zniżki w wysokości równej lub przewyższającej zniżkę od kwot ogólnie naliczanych.

B. POMOC DLA OSÓB UBEZPIECZONYCH W PRZYPADKU WYDARZEŃ KATASTROFICZNYCH

1. W przypadku ubezpieczonego pacjenta kwalifikującego się do bezpłatnej lub objętej zniżką opieki z dochodem gospodarstwa domowego przekraczającym 250% i mniejszym lub równym 600% aktualnych federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa mających zastosowanie do wielkości rodziny Wnioskującego, całkowita kwota należności nie może przekraczać, w okresie dwunastu miesięcy, kwoty stanowiącej 25% dochodu gospodarstwa domowego Wnioskodawcy.
2. NMHC uwzględnia w obliczeniach dotyczących wydarzeń katastroficznych całkowitą kwotę należności, jaką Wnioskodawca musi zapłacić szpitalom stowarzyszonym NMHC i stowarzyszonym gabinetom lekarskim NMHC. W przypadku uwzględnienia skorygowana całkowita kwota należności jest przydzielana proporcjonalnie na podstawie zaległych kwot należnych odpowiednio szpitalom stowarzyszonym NMHC i stowarzyszonym gabinetom lekarskim NMHC.

Tytuł: POMOC FINANSOWA ZALĄCZNIK B: BEZPŁATNA I OBJĘTA ZNIŻKĄ OPIEKA	Strona 17 Z 30	Numer zbioru zasad NMHC FIN 03.0012 Wersja: 2.4
--	--------------------------	--

ZALĄCZNIK B:

Bezpłatna i objęta zniżką opieka
dochodów

Właściciel:

Andrew Scianimanco

Tytuł:

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania

Data wejścia w życie: 01.08.2019

ZATWIERDZENIE:

Andrew Scianimanco

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów

Data zatwierdzenia: 18.07.2019

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 03.03.2015

Poprawiono: 17.08.2016

Poprawiono: 29.12.2017, 18.07.2019

ZAŁĄCZNIK C: BEZPŁATNA I OBJĘTA ZNIŻKĄ OPIEKĄ DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH

I. BEZPŁATNA I OBJĘTA ZNIŻKĄ OPIEKĄ DLA OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH

NMHC zapewnia bezpłatną oraz objętą niżką opieką nieubezpieczonym pacjentom, jak przewidziano w *Załączniku C*.

II. USŁUGI

- A. Z wyjątkiem przypadków przewidzianych w sekcji II.B niniejszego Załącznika poniżej, bezpłatna i objęta niżką opieką dla nieubezpieczonych pacjentów jest dostępna w przypadku wszystkich usług niezbędnych medycznie.
- B. Bezpłatna i objęta niżką opieką dla nieubezpieczonych pacjentów nie jest dostępna w przypadku następujących usług:
1. Usługi apteki specjalistycznej NMHC;
 2. W odniesieniu do stowarzyszonych gabinetów lekarskich NMHC, leczenie niepłodności (z wyłączeniem niektórych kosztów zachowania płodności); zabiegi korygujące wzrok, w tym między innymi LASIK; i usługi laboratoryjne świadczone przez laboratorium niezrzeszone z NMHC, trwałe sprzęt i artykuły medyczne, okulary, soczewki kontaktowe i aparaty słuchowe;

III. WYMAGANIA DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Bezpłatna i objęta niżką opieką są dostępne dla tych nieubezpieczonych pacjentów, którzy są mieszkańcami stanu Illinois. Osoby niezamieszkujące stanu Illinois i nieposiadające ubezpieczenia nie kwalifikują się do bezpłatnej lub objętej niżką opieką. Niezależnie od powyższego, nie ma wymogu co do miejsca zamieszkania w przypadku nieubezpieczonych wnioskodawców otrzymujących pomoc w nagłych przypadkach.

IV. OBLICZANIE BEZPŁATNEJ I OBJĘTEJ ZNIŻKĄ OPIEKI

NMHC, zgodnie z Ustawą dotyczącą zniżek dla pacjentów nieubezpieczonych szpitala Illinois, zapewnia bezpłatną i objętą niżką opieką nieubezpieczonym pacjentom. NMHC zapewnia bezpłatną i objętą niżką opieką kwalifikującym się nieubezpieczonym Wnioskodawcom z wykorzystaniem dwóch metod: „pomoc dla osób nieubezpieczonych z zastosowaniem opłat według skali ruchomej” oraz „pomoc dla osób nieubezpieczonych w przypadku wydarzeń katastroficznych”. Jeśli Wnioskodawca kwalifikuje się do uzyskania pomocy w ramach obu metod, NMHC zastosuje metodę, która jest najbardziej korzystna dla Wnioskodawcy. Pomimo kwalifikacji w ramach którejkolwiek z metod, jeżeli istnieje powód, aby sądzić, że Wnioskodawca może mieć aktywa w wysokości przekraczającej 600% aktualnie obowiązujących federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa mających zastosowanie do wielkości rodziny Wnioskodawcy i ma do nich dostęp, aby zapłacić za usługi medyczne, NMHC może wymagać od Wnioskodawcy dostarczenia informacji na temat takich aktywów, a Komisja ds. bezpłatnej opieki może rozważyć te aktywa przy podejmowaniu decyzji, czy i w jakim stopniu zapewnić Wnioskodawcy bezpłatną lub objętą niżką opieką.

A. POMOC DLA OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH Z ZASTOSOWANIEM OPLAT WEDŁUG SKALI RUCHOMEJ

1. Bezpłatna opieka: Wnioskodawca, którego dochód gospodarstwa domowego jest równy lub mniejszy niż 250% aktualnych federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa mających zastosowanie do wielkości rodziny Wnioskodawcy, kwalifikuje się do bezpłatnej opieki.

2. Zniżka na koszty opieki: Wnioskodawca, którego dochód gospodarstwa domowego jest wyższy niż 250% ale niższy lub równy 600% aktualnych federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa mających zastosowanie do wielkości rodziny wnioskodawcy, kwalifikuje się do otrzymania Zniżki na koszty opieki.

B. POMOC DLA OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH W PRZYPADKU WYDARZEŃ KATASTROFICZNYCH

1. W przypadku Wnioskodawców kwalifikujących się do uzyskania pomocy zgodnie z sekcją IV.A.2 powyżej, całkowita kwota należności nie może przekroczyć, w okresie dwunastu miesięcy, 25% dochodu gospodarstwa domowego Pacjenta.
2. NMHC uwzględni w obliczeniach dotyczących wydarzeń katastroficznych całkowitą kwotę należności, jaką Pacjent musi zapłacić szpitalom stowarzyszonym NMHC i stowarzyszonym gabinetom lekarskim NMHC. W przypadku uwzględnienia skorygowana całkowita kwota należności jest przydzielana proporcjonalnie na podstawie zaległych kwot należnych odpowiednio szpitalom stowarzyszonym NMHC i stowarzyszonym gabinetom lekarskim NMHC.

V. ODNIESIENIA

- A. Ustawa dotycząca sprawiedliwego naliczania opłat dla pacjentów szpitala Illinois [210 ILCS 88/]
- B. Ustawa dotycząca zniżek dla pacjentów nieubezpieczonych szpitala Illinois [210 ILCS 89/]

ZAŁĄCZNIK C:

Zniżka dla pacjentów nieubezpieczonych
dochodów

Właściciel:

Andrew Scianimanico

Tytuł:

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania

Data wejścia w życie: 01.09.2019

ZATWIERDZENIE:

Andrew Scianimanico

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów

Data zatwierdzenia: 01.01.2018

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 03.03.2015

Poprawiono: 17.08.2016

Poprawiono: 29.12.2017, 01.08.2019

ZAŁĄCZNIK D: DOMNIEMANA KWALIFIKOWALNOŚĆ

I. DOMNIEMANA KWALIFIKOWALNOŚĆ

Przyjmuje się, że pacjent nieubezpieczony spełniający wymagania i kryteria z sekcji III i IV poniżej, kwalifikuje się do bezpłatnej opieki zgodnie z niniejszym *Załącznikiem D*. Pacjenci, co do których istnieje domniemanie, że kwalifikują się do pomocy finansowej, nie muszą wypełniać wniosku o pomoc finansową; muszą oni jednak wykazać, że spełniają wymagania i kryteria sekcji III i IV poniżej.

II. DEFINICJE

Poniższe definicje, zgodnie z Ustawą dotyczącą sprawiedliwego naliczania opłat dla pacjentów szpitala Illinois, mają zastosowanie do niniejszego *Załącznika D*:

- A. Termin „Pacjent” odnosi się do osoby otrzymującej usługi od NMHC lub każdej osoby, która jest gwarantem płatności za usługi otrzymane od NMHC.
- B. „Domniemana kwalifikowalność” oznacza kwalifikowalność do pomocy finansowej określoną w odniesieniu do kryteriów domniemanej kwalifikowalności i wskazującą potrzebę finansową Pacjenta.
- C. Termin „Kryteria domniemanej kwalifikowalności” odnosi się do kategorii, które wskazują potrzebę finansową.
- D. „Zasady domniemanej kwalifikowalności” to pisemny dokument, który określa kryteria domniemanej kwalifikowalności, zgodnie z którymi potrzeba finansowa Pacjenta jest określana i wykorzystywana przez NMHC do uznania Pacjenta za kwalifikującego się do pomocy finansowej bez dalszej kontroli ze strony NMHC. Niniejszy *Załącznik D* stanowi zbiór zasad dotyczących domniemanej kwalifikowalności NMHC.

III. WYMAGANIA DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Domniemana kwalifikowalność ma zastosowanie do wszystkich mieszkańców stanu Illinois. Domniemana kwalifikowalność nie jest dostępna ani stosowana w przypadku osób niebędących mieszkańcami stanu Illinois.

IV. KRYTERIA

Następujące kryteria domniemanej kwalifikowalności ustanawiają wytyczne dla zbioru zasad dotyczących domniemanej kwalifikowalności NMHC zgodnie z programem pomocy finansowej NMHC. Nieubezpieczony pacjent kwalifikujący się w ramach co najmniej jednego z następujących programów uznawany jest za kwalifikującego się do bezpłatnej opieki i nie będzie zobowiązany do dostarczenia dodatkowej dokumentacji uzupełniającej w związku z otrzymanie takiej pomocy finansowej:

- A. Bezdomność
- B. Śmierć bez majątku
- C. Ubezwoławienie psychiczne przy jednoczesnym braku osoby reprezentującej pacjenta
- D. Kwalifikowalność do programu Medicaid, ale nie w dniu świadczenia usługi lub w przypadku usługi nieobjętej ubezpieczeniem

- E. Rejestracja w następujących programach pomocy dla osób o niskich dochodach, które mają kryteria kwalifikowalności mniejsze niż lub równe 250% obecnych federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa:
1. Program pomocy żywieniowej dla kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)
 2. Program uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP)
 3. Program darmowego lunchu i śniadania stanu Illinois
 4. Program pomocy energetycznej dla domostw o niskich dochodach (LIHEAP)
 5. Rejestracja w zorganizowanym programie społecznościowym zapewniającym dostęp do opieki medycznej, która ocenia i dokumentuje niskie dochody jako kryterium członkostwa
 6. Otrzymanie dotacji na usługi medyczne
- F. Aby zapewnić NMHC możliwość jak najszybszego uwzględnienia pomocy finansowej na rachunku Pacjenta po otrzymaniu przez niego usług i przed wystawieniem takiego rachunku, Pacjent musi jak najszybciej powiadomić NMHC o domniemanej kwalifikowalności i dokumentacji uzupełniającej, najlepiej w trakcie procesu składania wniosku o pomoc finansową. W zakresie, w jakim takie informacje o kwalifikowalności są dostępne bez konieczności powiadamiania o nich przez pacjenta, NMHC wykorzystuje takie informacje do zastosowania domniemanej kwalifikowalności. NMHC będzie również stosować domniemaną kwalifikowalność w przypadku usług NMHC w sytuacjach, gdy Pacjent dostarcza powiadomienie i dokumentację uzupełniającą po rozpoczęciu procedury rozliczeniowej.

V. ODNIESIENIA

Ustawa dotycząca sprawiedliwego naliczania opłat dla pacjentów [210 ILCS 88/27]

ZAŁĄCZNIK D:
Domniemany tytuł

Właściciel:
kwalifikowalności:

Andrew Scianimanico
Wiceprezes, Cykl uzyskiwania dochodów

Data wejścia w życie: 01/01/2018

ZATWIERDZENIE:

Andrew Scianimanico
Wiceprezes, Cykl uzyskiwania dochodów
Data zatwierdzenia: 01.01.2018

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 12.2013

Poprawiono: 12.2014 – poprzednia wersja Załącznika A do NMHC 03.0012 wer. 1.0 – 01.06.2011

Zmieniono: 08.2016

Poprawiono: 29.12.2017

ZAŁĄCZNIK E: OGÓLNE POWIADOMIENIE—SZPITALA STOWARZYSZONE NMHC

I. SZCZEGÓLNE ŚRODKI POWIADAMIANIA DLA SZPITALI STOWARZYSZONYCH NMHC

Aby informować Pacjentów i Gwarantów oraz ich rodziny i szerszą społeczność o programie pomocy finansowej NMHC, szpitale stowarzyszone NMHC podejmą kroki w celu szerokiego rozpowszechnienia niniejszych zasad przyznawania pomocy finansowej, wniosku o pomoc finansową, opisu procesu składania wniosków o pomoc finansową oraz „podsumowania w prostym języku” niniejszych zasad przyznawania pomocy finansowej (na potrzeby niniejszego *Załącznika E* łącznie zwanych „Materiałami”) w obrębie wspólnoty, która ma być obsługiwana przez NMHC. Szczególne środki powiadamiania obejmują:

- A. Udostępnianie Materiałów na stronach internetowych szpitali stowarzyszonych NMHC oraz na stronach internetowych NMHC w następujący sposób:
 1. Kompletnie i aktualne wersje Materiałów należy umieszczać w widoczny sposób na stronach internetowych.
 2. Każda osoba mająca dostęp do Internetu może uzyskać dostęp, pobrać, przeglądać i wydrukować Materiały bez konieczności posiadania specjalnego sprzętu komputerowego lub oprogramowania (innego niż oprogramowanie, które jest łatwo dostępne dla społeczeństwa bez uiszczenia jakiegokolwiek opłaty) i bez uiszczenia opłaty na rzecz NMHC lub jakiegokolwiek szpitala stowarzyszonego NMHC oraz bez konieczności tworzenia konta lub podawania danych osobowych.
 3. NMHC i szpitale stowarzyszone NMHC powinny podać każdej osobie, która pyta, jak uzyskać dostęp do Materiałów online, bezpośrednie adres witryny internetowej lub adres URL strony internetowej, na której zamieszczono Materiały.
- B. Papierowe kopie Materiałów powinny być udostępniane na żądanie i bezpłatnie zarówno drogą pocztową, jak i w miejscach publicznych, w tym w miejscach przyjęć lub rejestracji oraz na oddziale ratunkowym szpitala stowarzyszonego NMHC.
- C. W miejscach przyjęć i rejestracji oraz na oddziałach ratunkowych każdego szpitala stowarzyszonego NMHC należy umieścić wyraźnie widoczną informację: „Możesz kwalifikować się do pomocy finansowej na warunkach, które szpital określa w odniesieniu do kwalifikujących się pacjentom. Aby uzyskać więcej informacji, należy skontaktować się z [wstaw informacje kontaktowe przedstawiciela szpitala.]” Taka informacja powinna być w języku angielskim i w każdym innym języku, który jest podstawowym językiem 1000 osób lub 5 procent społeczności (zależne od tego, która liczba jest mniejsza) obsługiwanej przez placówkę szpitalną NMHC, lub populacji, które mogą być objęte zasadami lub mieć kontakt ze szpitalem stowarzyszonym NMHC.
- D. Należy powiadamiać i informować członków społeczności obsługiwanych przez każdy szpital stowarzyszony NMHC o tych zasadach oraz o tym, jak i gdzie uzyskać więcej informacji na temat tych zasad i procesu składania wniosków, a także skąd można zdobyć kopie Materiałów. Powiadomienie jest w sposób racjonalnie obliczony w taki sposób, aby dotrzeć do tych członków społeczności, którzy z największą dozą prawdopodobieństwa będą wymagać pomocy finansowej. Określenie „Racjonalnie obliczone” bierze pod uwagę podstawowy język (języki) używany (używane) przez mieszkańców społeczności obsługiwanej przez szpital stowarzyszony NMHC, a także inne atrybuty społeczności i szpitala stowarzyszonego NMHC.
- E. Należy powiadamiać i informować pacjentów otrzymujących opiekę w szpitalu stowarzyszonym NMHC o tych zasadach oraz o tym, jak i gdzie uzyskać więcej informacji na temat tych zasad i procesu składania wniosków, a także skąd można zdobyć kopie Materiałów.

W szczególności każdy szpital stowarzyszony NMHC powinien:

1. Oferować papierową kopię podsumowania niniejszych zasad w prostym języku w ramach procesu przyjmowania lub wypisywania pacjenta;
 2. Dołączyć do rozliczenia dobrze widoczne powiadomienie, które informuje odbiorców o dostępności pomocy finansowej w ramach niniejszego zbioru zasad i zawiera numer telefonu biura lub oddziału szpitala stowarzyszonego NMHC, który może dostarczyć informacji na temat tych zasad i procesu składania wniosków oraz podać bezpośredni adres witryny internetowej (lub adres URL), pod którym można uzyskać kopie tego zbioru zasad, wniosek oraz podsumowanie tych zasad w prostym języku; oraz
 3. Ustawić dobrze widoczne publiczne wyświetlacze (lub inne środki racjonalnie obliczone w celu przyciągnięcia uwagi pacjentów), które powiadamiają i informują pacjentów o tym zbiorze zasad w miejscach publicznych w szpitalu stowarzyszonym NMHC, w tym co najmniej na oddziale ratunkowym i w miejscach przyjęć.
- F. Materiały powinny być w języku angielskim oraz w każdym innym języku, który jest podstawowym językiem 1000 osób lub 5 procent społeczności (zależne od tego, która liczba jest mniejsza) obsługiwanej przez placówkę szpitalną NMHC, lub populacji, które mogą być objęte zasadami lub mieć kontakt ze szpitalem stowarzyszonym NMHC.
- G. Wykaz usługodawców świadczących opiekę medyczną w nagłych przypadkach lub inną niezbędną opiekę medyczną u każdego podmiotu stowarzyszonego, poza tym podmiotem stowarzyszonym, oraz informacje o tym, czy tacy usługodawcy są objęci niniejszymi zasadami, powinny być prowadzone przez Dział doradztwa finansowego i zostać włączone do niniejszego dokumentu przez odniesienie.

II. ODNIESIENIA

- A. Sekcja 501(r) przepisów prawa podatkowego
- B. Ustawa dotycząca sprawiedliwego naliczania opłat dla pacjentów [210 ILCS 88/27]

ZALĄCZNIK E:
Powiadomienie
dochodów

Właściciel: Andrew Scianimanco
Tytuł: Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania

Data wejścia w życie: 01.02.2016

ZATWIERDZENIE:

Andrew Scianimanco
Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów
Data zatwierdzenia: 01.02.2016

HISTORIA ZMIAN:
Sporządzono: 03.03.2015

ZAŁĄCZNIK F: ODPOWIEDNIE RAMY CZASOWE I INDYWIDUALNE WYMAGANIA DOTYCZĄCE POWIADAMIANIA PACJENTÓW — SZPITALA STOWARZYSZONE NMHC

I. OKRES ROZLICZENIOWY

Zgodnie z Ustawą dotyczącą sprawiedliwego naliczania opłat dla pacjentów szpitala Illinois, Pacjenci powinni zostać poinstruowani, że mogą ubiegać się o pomoc finansową w ciągu sześćdziesięciu (60) dni od wypisu lub otrzymania opieki ambulatoryjnej, w zależności od tego, który z tych okresów jest dłuższy, a NMHC nie będzie wysyłać rachunków do nieubezpieczonych pacjentów przed upływem tych sześćdziesięciu (60) dni. Chociaż NMHC może rozliczać Pacjentów dopiero po upływie sześćdziesięciu (60) dni, to przetwarza Wnioski otrzymane w dowolnym momencie okresu składania wniosków.

II. WYSIŁKI NIEZBĘDNE DO USTALENIA KWALIFIKOWALNOŚCI PRZED PODJĘCIEM NADZWYCZAJNYCH DZIAŁAŃ WINDYKACYJNYCH

A. Konieczność powiadomienia

Przed podjęciem jakichkolwiek nadzwyczajnych działań windykacyjnych szpitale stowarzyszone NMHC muszą dołożyć wszelkich starań, aby ustalić, czy dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej, podejmując kroki określone w niniejszym *Załączniku F*. W szczególności, w odniesieniu do jakiegokolwiek opieki świadczonej przez szpital stowarzyszony NMHC na rzecz danej osoby, szpital stowarzyszony NMHC podejmie następujące kroki:

1. Powiadomi daną osobę o programie pomocy finansowej, jak opisano w niniejszym *Załączniku F* przed wszczęciem jakichkolwiek działań windykacyjnych w celu uzyskania płatności za opiekę i powstrzyma się od rozpoczynania jakichkolwiek działań windykacyjnych (z wyjątkiem nadzwyczajnego działania windykacyjnego opisanego w sekcji II.C tego *Załącznika F*) przez co najmniej 120 dni od dnia, w którym szpital stowarzyszony NMHC przedstawi pierwsze rozliczenie za świadczoną opiekę. Uwaga: jeśli Pacjent otrzymał opiekę kilkukrotnie, okres 120 dni rozpoczyna się od dnia wystawienia pierwszego rozliczenia za ostatnio świadczoną opiekę;
2. Jeśli dana osoba złoży niekompletny Wniosek w okresie składania wniosku, należy ją powiadomić, jak wypełnić wniosek i dać jej rozsądną możliwość zrobienia tego zgodnie z opisem w sekcji II.D tego *Załącznika F*; oraz
3. W przypadku osoby, która złoży kompletny Wniosek w okresie składania wniosku, należy ustalić, czy dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej na opiekę zgodnie z informacjami w sekcji II.E tego *Załącznika F*.

B. Ogólne informacje o powiadamianiu

Szpitale stowarzyszone powinny powiadomić Pacjentów i/lub Gwarantów o programie pomocy finansowej, podejmując następujące kroki na co najmniej 30 dni przed pierwszym wszczęciem co najmniej jednego nadzwyczajnego działania windykacyjnego w celu uzyskania płatności za opiekę:

1. Dostarczyć danej osobie pisemne powiadomienie, które wskazuje, że pomoc finansowa jest dostępna dla kwalifikujących się osób, określa nadzwyczajne działania windykacyjne, które szpital stowarzyszony NMHC (lub inna upoważniona strona)

zamierza rozpocząć w celu uzyskania płatności za opiekę, i określa termin, po upływie którego może wszcząć takie działania, przy nie może to być wcześniej niż 30 dni od daty dostarczenia pisemnego powiadomienia;

2. Dostarczyć danej osobie podsumowaniem programu pomocy finansowej w prostym języku wraz z opisanym powyżej pisemnym powiadomieniem;
3. Dołożyć uzasadnionych starań, aby ustnie powiadomić daną osobę o programie pomocy finansowej i o tym, w jaki sposób dana osoba może uzyskać pomoc w procesie składania wniosku.

C. Odroczenie lub odmowa opieki z powodu braku zapłaty za wcześniejszą opiekę

Jeśli nadzwyczajne działania windykacyjne obejmują odroczenie lub odmowę opieki z powodu braku zapłaty za wcześniejszą opiekę, szpital stowarzyszony NMHC może powiadomić daną osobę o programie pomocy finansowej na mniej niż 30 dni przed rozpoczęciem działań windykacyjnych, pod warunkiem że szpital stowarzyszony NMHC wykona następujące czynności:

1. W przeciwnym razie spełnia wymagania sekcji II.B tego *Załącznika F*, jednak zamiast powiadomienia opisanego w sekcji II.B, dostarcza danej osobie Wniosek i pisemne powiadomienie wskazujące, że pomoc finansowa jest dostępna dla kwalifikujących się osób, i określające ewentualny termin, po upływie którego szpital stowarzyszony NMHC nie będzie już akceptował i rozpatrywał wniosku złożonego (lub, w stosownych wypadkach, wypełnionego) przez daną osobę w odniesieniu do wcześniej świadczonej opieki. Termin ten musi przypadać nie wcześniej niż po upływie 30 dni od daty dostarczenia pisemnego powiadomienia lub po upływie 240 dni od daty dostarczenia pierwszego rozliczenia za wcześniej świadczoną opiekę, w zależności od tego, który okres jest dłuższy.
2. Jeżeli dana osoba złoży Wniosek w odniesieniu do wcześniej udzielonej opieki w terminie lub przed upływem terminu opisanego powyżej (lub w dowolnym momencie, jeśli szpital stowarzyszony NMHC nie podał takiego terminu), Wniosek będzie przetwarzany w trybie przyspieszonym.

D. Niekompletny Wniosek

Jeśli dana osoba złoży niekompletny Wniosek w okresie składania wniosku, szpitale stowarzyszone NMHC powinny:

1. Zawiesić wszelkie nadzwyczajne działania windykacyjne;
2. Przekazać danej osobie pisemne powiadomienie o tym, jakie dodatkowe materiały są potrzebne do wypełnienia jej Wniosku. Takie powiadomienie powinno zawierać podsumowanie programu pomocy finansowej w prostym języku oraz numer telefonu i fizyczną lokalizację biura lub oddziału szpitala stowarzyszonego NMHC, które może dostarczyć informacji na temat programu pomocy finansowej oraz biura lub oddziału, które mogą udzielić pomocy w procesie składania wniosku. Dana osoba musi dostarczyć dodatkowe materiały przed upływem okresu składania wniosków lub w ciągu trzydziestu (30) dni od otrzymania powiadomienia, z wyjątkiem nadzwyczajnych okoliczności.

E. Kompletny Wniosek

Jeśli dana osoba złoży kompletny Wniosek w okresie składania wniosku, szpitale stowarzyszone NMHC powinny:

1. Zawiesić wszelkie nadzwyczajne działania windykacyjne przeciwko tej osobie;
2. Ustalić, czy dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej, i to udokumentować;
3. Powiadomić tę osobę na piśmie o wyniku oceny kwalifikowalności, w tym, w stosownych przypadkach, o pomocy finansowej, do której dana osoba kwalifikuje się, oraz o podstawie ustalenia; oraz
4. Jeśli dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej, szpitale stowarzyszone NMHC powinny:
 - a. Dostarczyć tej osobie (w przypadku której ustalono, że kwalifikuje się do pomocy finansowej innej niż bezpłatna opieka) rozliczenie, które wskazuje kwotę, jaką dana osoba jest winna jako osoba kwalifikująca się do pomocy finansowej, wraz z wyjaśnieniem, w jaki sposób kwota ta została ustalona, i opisaniem, w jaki sposób dana osoba może uzyskać informacje dotyczące kwot ogólnie naliczonych za opiekę;
 - b. Zwrócić wszelkie kwoty (chyba że są one niższe niż 5,00 USD lub inna kwota, która została określona w powiadomieniu lub innych wytycznych opublikowanych w Wewnętrznym biuletynie podatkowym), które dana osoba uprzednio zapłaciła za opiekę, której dotyczy Wniosek, i które przekraczają kwotę, jaką ta osoba jest winna jako osoba kwalifikująca się do pomocy finansowej; oraz
 - c. Cofnąć wszelkie nadzwyczajne działania windykacyjne (z wyjątkiem sprzedaży długu).

F. Szpitale stowarzyszone NMHC muszą dokumentować wszystkie wymogi dotyczące powiadamiania określone w niniejszym *Załączniku F*.

G. Wdrożenie niniejszego Załącznika musi być zgodne z 26 C.F.R. 1.501(r)-6. W zakresie, w jakim *Załącznik F* jest niezgodny z 26 C.F.R. 1.501(r)-6 lub w zakresie, w jakim 26 C.F.R. 1.501(r)-6 zawiera dalsze szczegółowe informacje na temat wdrażania niniejszego *Załącznika F*, obowiązują postanowienia 26 C.F.R. 501(r)-6.

III. ODNIESIENIA

- A. Sekcja 501(r) przepisów prawa podatkowego
- B. Ustawa dotycząca sprawiedliwego naliczania opłat dla pacjentów [210 ILCS 88/27]

Tytuł: POMOC FINANSOWA
ZAŁĄCZNIK F: OBOWIĄZUJĄCE RAMY CZASOWE

Strona
27 Z 30

Numer zbioru zasad **NMHC**
FIN 03.0012
Wersja: **2.0**

ZAŁĄCZNIK F:

Odpowiednie ramy czasowe
dochodów

Właściciel:

Andrew Scianimanico

Tytuł:

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania

Data wejścia w życie: 01.02.2016

ZATWIERDZENIE:

Andrew Scianimanico

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów

Data zatwierdzenia: 01.02.2016

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 03.03.2015

ZAŁĄCZNIK G: LISTY DOSTAWCÓW

I. WYKAZ DOSTAWCÓW PODLEGAJĄCYCH I NIEPODLEGAJĄCYCH NINIEJSZYM ZASAD

- A. Dział doradztwa finansowego będzie utrzymywać w imieniu każdego szpitala stowarzyszonego NMHC listę dostawców, innych niż szpital stowarzyszony NMHC, którzy świadczą opiekę w nagłych wypadkach lub inną opiekę niezbędną medycznie, z informacją, czy są oni objęci niniejszym zbiorem zasad.
- B. Lista ta powinna być dostępna na żądanie na stronie internetowej szpitala stowarzyszonego NMHC. Listę w wersji papierowej można również uzyskać bezpłatnie od Działu doradztwa finansowego.
- C. Lista jest aktualizowana co najmniej raz na kwartał.

II. ODNIESIENIA

- A. Sekcja 501(r) przepisów prawa podatkowego
- B. Wewnętrzne powiadomienie o dochodach 2015-46

ZAŁĄCZNIK A:

Listy dostawców
dochodów

Właściciel:

Andrew Scianimanico

Tytuł:

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania

Data wejścia w życie: 01.09.2016

ZATWIERDZENIE:

Andrew Scianimanico

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów

Data zatwierdzenia: 22.08.2016

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 03.03.2015

Poprawiono: 17.08.2016

ZAŁĄCZNIK H: POMOC FINANSOWA W ZAKRESIE BADAŃ LABORATORYJNYCH**I. OPIS POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE BADAŃ LABORATORYJNYCH**

- A. NMHC zobowiązuje się do zapewnienia dostępu do usług badań laboratoryjnych za pośrednictwem laboratorium NM Lab, stanowiącego część NMH, oraz HealthLab, stanowiącego część szpitala Central DuPage Hospital. Pomoc finansowa w zakresie badań laboratoryjnych jest ograniczona do sald pacjentów wynikających z usług badań laboratoryjnych w laboratoriach NM Lab i HealthLab w przypadku próbek pobranych w gabinetach lekarskich i wysyłanych do laboratoriów NM Lab i HealthLab lub próbek pobranych w centrach pobierania laboratoriów NM Lab i HealthLab.
- B. NMHC podda ocenie pacjentów laboratoriów NM Lab i HealthLab pod kątem możliwości uzyskania przez nich pomocy finansowej na pokrycie należności.
- C. Pomoc finansowa w zakresie badań laboratoryjnych nie jest dostępna dla beneficjentów programu rządowego (w tym planów opieki zarządzanej przez Medicare Advantage i Medicaid).
- D. Pomoc finansowa w zakresie badań laboratoryjnych jest administrowana przez usługi księgowe dla pacjentów NMHC za pośrednictwem zautomatyzowanego procesu składania deklaracji pacjentów i będzie automatycznie stosowana w przypadku kwalifikujących się sald pacjentów.

II. USŁUGI

- A. Szpitalne i medycznie niezbędne badania laboratoryjne świadczone przez laboratoria NM Lab i HealthLab.
- B. Pomoc finansowa nie ma zastosowania do Usług rozliczanych przez klienta, w przypadku których laboratorium NM Lab lub HealthLab może wykonywać usługi laboratoryjne i wystawiać rozliczenia za te usługi bezpośrednio dla gabinetów lekarskich, a nie dla pacjentów i towarzystw ubezpieczeniowych. Pacjenci korzystający z Usług rozliczanych przez klienta są rozliczani przez klienta, a nie przez laboratorium NM Lab czy HealthLab.

III. WYMAGANIA DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Nie ma żadnych wymagań dotyczących miejsca zamieszkania związanych z pomocą finansową w zakresie badań laboratoryjnych.

IV. OBLICZANIE POMOCY FINANSOWEJ W ZAKRESIE BADAŃ LABORATORYJNYCH

- A. NMHC stosuje dziewięćdziesiąt procent (90%) zniżki na saldo należności pacjenta w przypadku płatności od pacjentów osiągających dochody poniżej 600% FPL.
- B. Inne zniżki mogą być stosowane w przypadku pomocy finansowej w zakresie badań laboratoryjnych.

ZAŁĄCZNIK H:

Pomoc finansowa w zakresie badań laboratoryjnych
uzyskiwania dochodów

Właściciel:

Andrew Scianimanico

Tytuł:

Wiceprezes, Dział cyklu

Data wejścia w życie: 26.02.2019

Tytuł: POMOC FINANSOWA

**ZAŁĄCZNIK H: POMOC FINANSOWA W ZAKRESIE BADAŃ
LABORATORYJNYCH**

Strona
30 Z 30

Numer zbioru zasad **NMHC**
FIN 03.0012
Wersja: **2.0**

ZATWIERDZENIE:

Andrew Scianimanco

Wiceprezes, Dział cyklu uzyskiwania dochodów

Data zatwierdzenia: 26.02.2019

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 03.06.2017