

Dział/kategoria: ADMINISTRACJA FINANSOWA	Strona 1 z 25	Nr polityki FIN 03.0012
Tytuł: POMOC FINANSOWA	Przegląd: 1.09.2021 r.	Data wejścia w życie: 6.02.2025
		Następny przegląd: 1.09.2026

ZAKRES: Dotyczy podmiotów wskazanych poniżej oraz ich podmiotów zależnych i powiązanych

☒ NM – Northwestern Memorial Hospital	☒ NM – Lake Forest Hospital
☒ NM – Northwestern Medical Group – Academic Medical Center (AMC)	☒ NM – Central DuPage Hospital
☒ NM – Northwestern Medical Group – Northwestern Health Network (NHN)	☒ NM – Delnor Hospital
☒ NM – Regional Medical Group – Northwestern Health Network (NHN)	☒ NM – Valley West Hospital
☒ NM – Kishwaukee Hospital	☒ NM – Palos Community Hospital
☒ NM – Marianjoy Rehabilitation	☐ NM – funkcje systemowe / pracownicy NMHC
☒ NM – Huntley Hospital / ☒ NM – McHenry Hospital / ☒ NM – Woodstock Hospital	
Centra chirurgii jednego dnia (niezależne) ☐ NM – Surgery Center River North ☐ NM – Surgery Center Sycamore ☐ NM – Surgery Center Warrenville ☐ NM – Palos Health Surgery Center, LLC	☐ NM – Inne **Zobacz sekcja „Zakres podmiotowy/przedmiotowy” poniżej**

I. CEL:

Określenie polityki Northwestern Memorial HealthCare w zakresie udzielania Pomocy finansowej osobom posiadającym niewystarczające zasoby finansowe.

II. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POLITYKI:

- A. Organizacja Northwestern Memorial HealthCare oraz jej Podmioty powiązane (zwane razem w niniejszym dokumencie „NMHC”) dążą do zaspakajania potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej członków społeczności NMHC, którzy nie są w stanie pokryć kosztów opieki Niezbędnej z medycznego punktu widzenia, świadczonej przez Podmioty powiązane NMHC, w tym między innymi osób nieubezpieczonych, niedostatecznie ubezpieczonych, niekwalifikujących się do programów rządowych lub z innego powodu niemogących dokonać płatności. Przy podziale i ustalaniu priorytetów Pomocy finansowej będą uwzględniane różnorodne potrzeby społeczności, misja NMHC jako akademickiego ośrodka medycznego, procedury finansowe tej organizacji dotyczące podziału zasobów oraz obowiązujące przepisy prawa. Niezależnie od powyższego NMHC zapewnia, bez żadnej dyskryminacji, opiekę w przypadkach Stanów nagłych wszystkim osobom, bez względu na uprawnienia do objęcia Pomocą finansową zgodnie z niniejszą polityką.
- B. Pomoc finansowa jest dostępna w ramach szeregu programów (zwanym razem „Programem pomocy finansowej” lub „Programem”), do których należą:
 1. [Opieka bezpłatna i zniżkowa dla pacjentów ubezpieczonych \(ang. Insured Patient Free And Discounted Care\)](#) (zob. Załącznik B)
 2. [Program opieki bezpłatnej i zniżkowej dla pacjentów nieubezpieczonych \(ang. Uninsured Patient Free And Discounted Care Program\)](#) (zob. Załącznik C)
 3. [Domniemanie uprawnienia](#) (zob. Załącznik D)
 4. Programy zatwierdzone w przyszłości przez wiceprezesa ds. cyklu przychodów (ang. Vice President, Revenue Cycle), które zostaną dodane w załącznikach.

III. ZAKRES PODMIOTOWY/PRZEDMIOTOWY:

Niniejsza polityka ma zastosowanie do wszystkich szczebli zarządzania i pracowników NMHC w podmiotach wymienionych w *Załączniku A-2*, którzy uczestniczą w przydzielaniu i ustalaniu priorytetów wykorzystania zasobów w celu zaspokojenia potrzeb społeczności. Polityka ta nie dotyczy lekarzy będących członkami personelu w Szpitalnych podmiotach powiązanych NMHC, którzy nie są przy tym zatrudnieni w Lekarskim podmiocie powiązanym NMHC ani nie zawarli z takim podmiotem umowy. Polityka ma zastosowanie do każdego Podmiotu powiązanego jako niezależnego podmiotu, przy czym – o ile nie wskazano inaczej – każdy z nich jest zobowiązany samodzielnie spełniać wymagania niniejszej polityki. Wykaz świadczeniodawców zapewniających Opiekę w nagłych wypadkach lub inną opiekę Niezbędną z medycznego punktu widzenia w każdym Podmiocie powiązanym wraz z informacją, czy ci świadczeniodawcy są objęci niniejszą polityką, będzie prowadzony przez dział doradztwa finansowego (ang. Financial Counseling) i stanowi *Załącznik G*.

IV. DEFINICJE:

Terminy pisane wielką literą, które nie zostały zdefiniowane w niniejszym dokumencie, mają znaczenie określone w [Załączniku A](#).

V. OBOWIĄZKI:

- A. Dział doradztwa finansowego NMHC odpowiada za udzielanie pomocy Wnioskodawcom występującym o Pomoc finansową przed rozpoczęciem lub w trakcie leczenia.
- B. Komórki NMHC zajmujące się zapytaniami dotyczącymi rozliczeń, obsługą klienta oraz monitorowaniem odpłatności własnych są zobowiązane do udzielania wsparcia Wnioskodawcom po udzieleniu świadczeń.
- C. Pion cyklu przychodów (ang. Revenue Cycle), w tym dział i komórki, o których mowa w pkt IV.A. i IV.B. powyżej, odpowiada za akceptację Wniosków o pomoc finansową oraz uzyskanie wszelkiej dokumentacji potwierdzającej.
- D. Pion cyklu przychodów odpowiada za opracowanie podstawy do wyliczania kwot, którymi są obciążani Pacjenci, oraz za objaśnianie tych wyliczeń na żądanie.

VI. POWIADOMIENIE:

W celu informowania Pacjentów, Poręczycieli, ich rodzin i całej społeczności o Programie pomocy finansowej NMHC Szpitalne podmioty powiązane NMHC podejmują działania z zakresu powiadamiania osób odwiedzających ich placówki o tej polityce oraz jej szerokiego rozpowszechniania. Działania informacyjne muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami i są dokładniej wskazane w [Załączniku E](#).

VII. USTALANIE UPRAWNIENÍ:

- A. Moment ustalenia uprawnień: Ustalenie uprawnień Wnioskodawcy do uzyskania Pomocy finansowej powinno nastąpić możliwie jak najwcześniej. W przypadku gdy Pacjent ubiega się o świadczenia inne niż Świadczenia w nagłych wypadkach, ustalenia należy dokonać przed zaplanowaniem i/lub udzieleniem świadczeń, o ile tylko jest to możliwe.
- B. Wymóg złożenia wniosku: O ile uprawnienia nie zostały ustalone wcześniej lub o ile niniejsza polityka nie stanowi inaczej, Pacjent lub Poręczyciel jest zobowiązany do wypełnienia Wniosku o pomoc finansową oraz przedstawienia dokumentów potwierdzających, zawierających – zgodnie z przepisami prawa – informacje dotyczące sytuacji finansowej Wnioskodawcy (w tym, w razie potrzeby, informacje dotyczące rodziny Wnioskodawcy) oraz inne dane niezbędne do ustalenia uprawnień do Pomocy finansowej. Terminy składania Wniosku oraz inne terminy związane z procedurą wnioskowania określone są zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i przedstawione w [Załączniku F](#). Wniosek będzie dostępny na formularzu udostępnionym przez NMHC i zgodnym z przepisami ustawy Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act oraz innymi obowiązującymi przepisami prawa. O ile niniejszy dokument lub załącznik nie stanowi inaczej, Wnioski będą przyjmowane wyłącznie od osób, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy pozostawały w relacji z NMHC lub mają zaplanowaną wizytę bądź przyjęcie. Pacjent wypełnia jeden (1) Wniosek, który jest uznawany przez wszystkie Podmioty powiązane NMHC.

C. Okres obowiązywania decyzji o ustaleniu uprawnień:

1. Po zatwierdzeniu NMHC zapewnia Pomoc finansową do momentu, gdy możliwe będzie skorzystanie z alternatywnych źródeł finansowania. Oczekuje się, że Wnioskodawcy będą w stosownych przypadkach współpracować w zakresie ubiegania się o alternatywne źródła finansowania. W związku z tym decyzja o ustaleniu uprawnień obowiązuje do rozpoczęcia kolejnego okresu przystąpienia do ubezpieczenia, w którym Wnioskodawca może uzyskać ochronę ubezpieczeniową. Niezależnie od powyższego obowiązują następujące ograniczenia:
 - a. Pomoc finansowa na Świadczenia w nagłych wypadkach może być ograniczona do Świadczeń w nagłych wypadkach oraz ewentualnej związanej z nimi opieki stabilizującej stan pacjenta.
 - b. Pomoc finansowa w zakresie świadczeń realizowanych przez Szpitalne podmioty powiązane NMHC może być przyznawana doraźnie, a jej zatwierdzenie może być uzależnione od dodatkowych wymogów programowych i procedur weryfikacyjnych określonych w sekcji IX.
 - c. Decyzje o ustaleniu uprawnień obowiązują nie dłużej niż 12 miesięcy.
2. Wnioskodawcy są zobowiązani niezwłocznie powiadamiać NMHC o zmianach swojej sytuacji finansowej, które mogą mieć wpływ na uprawnienia w okresie już zatwierdzonym. Niepowiadomienie NMHC o takich zmianach przez Wnioskodawcę w terminie 30 dni może mieć wpływ na możliwość dalszego korzystania z Opieki bezpłatnej lub Opieki zniżkowej lub kwalifikowania się do Pomocy finansowej w przyszłości.
3. Komitet ds. polityki pomocy finansowej (ang. Financial Assistance Policy Committee) w NMHC określa okres ważności decyzji o ustaleniu uprawnień wydanych na podstawie alternatywnych metod kwalifikacji (zob. sekcja VII.D poniżej), przy czym okres ten nie może przekroczyć dwunastu (12) miesięcy.
4. Jeśli uprawnienia Pacjenta wygasną w trakcie leczenia, a świadczeniodawca uzna, że zmiana miejsca leczenia zaszkodziłaby Pacjentowi, Pacjent i/lub świadczeniodawca mogą wystąpić o odstępstwo, które podlega ocenie przez komitet ds. opieki bezpłatnej (ang. Free Care Committee), z zastrzeżeniem akceptacji przez dyrektora medycznego (ang. Medical Director) NMHC lub osobę przez niego wyznaczoną oraz wiceprezesa ds. cyklu przychodów, zgodnie z sekcją XV niniejszej polityki.

D. Alternatywne metody kwalifikacji: NMHC (lub przedstawiciel tej organizacji) może według własnego uznania ocenić uprawnienia Pacjenta lub Poręczyciela do Pomocy finansowej w sposób inny niż na podstawie złożonego Wniosku. W takich przypadkach ustalenie uprawnień może opierać się na informacjach uzyskanych od biur informacji kredytowej, z rejestrów publicznych lub z innych obiektywnych i racjonalnie wiarygodnych źródeł, pozwalających na ocenę uprawnień Pacjenta lub Poręczyciela do objęcia Programem.

E. Zatajenie informacji: Jeśli w dowolnym momencie w trakcie procesu weryfikacji okaże się, że Wnioskodawca celowo zataił istotne informacje, podał nieprawdziwe informacje lub informacje nieścisłe, co potwierdzą dane uzyskane z biur informacji kredytowej lub innych dostępnych źródeł, a Wnioskodawca nie będzie w stanie wyjaśnić rozbieżności w sposób satysfakcjonujący dla NMHC, może on zostać pozbawiony prawa do Pomocy finansowej, co będzie skutkowało wznowieniem standardowych działań mających na celu pobranie należności do czasu wyjaśnienia tych rozbieżności. Niezależnie od powyższego NMHC nie odmówi przyznania Pomocy finansowej na podstawie informacji, które w uzasadnionym przekonaniu tej organizacji będą niewiarygodne lub nieprawidłowe, ani na podstawie informacji uzyskanych od Wnioskodawcy pod przymusem lub wskutek wywierania nacisku (co obejmuje również opóźnianie lub odmowę udzielenia świadczeń w Stanach nagłych do czasu przekazania wymaganych informacji).

VIII. ŚWIADCZENIA OBJĘTE POMOCĄ FINANSOWĄ:

- A. Szpitalne podmioty powiązane NMHC zapewniają Pomoc finansową wyłącznie na świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia, w przypadku których Wnioskodawca spełnia kryteria kliniczne programu i w przeciwnym razie musiałby pokryć ich koszty.

Tytuł: POMOC FINANSOWA	Strona 4 z 25	Nr polityki: FIN 03.0012
----------------------------------	-------------------------	---------------------------------

- B. Pomoc finansowa w zakresie przeszczepów i świadczeń z nimi związanych jest określana w odrębnym trybie i może być ujęta w załączniku do niniejszej polityki.
- C. Żadne postanowienie niniejszej polityki nie zobowiązuje NMHC do udzielania świadczeń, które nie są rutynowo oferowane Pacjentom.

IX. DODATKOWE WYMOGI PROGRAMU I PROCEDURY WERYFIKACYJNE:

- A. Pomoc finansowa w przypadku niektórych zabiegów może podlegać dodatkowym wymogom programu i/lub procedurom weryfikacyjnym. Dodatkowe wymogi weryfikacyjne będą przekazywane Pacjentom i lekarzom. Takie wymogi i procedury mogą obejmować między innymi, przykładowo:
 1. ponowną ocenę aktualnej sytuacji finansowej Pacjenta w celu potwierdzenia, że nadal jest uprawniony do Pomocy finansowej, w tym ocenę dostępności ochrony ubezpieczeniowej;
 2. ustalenie zasad spłaty kwot należnych od Pacjenta lub sporządzenie harmonogramu spłaty; lub
 3. ocenę wybranych zabiegów w celu potwierdzenia, że wyczerpano inne metody leczenia lub, jeśli zabiegi te były już wykonywane, że mogą one być skuteczne, i/lub że zapewniono odpowiednie zasoby do opieki nad rekonwalescentem; lub
 4. zapewnienie świadczenia usług przez świadczeniodawcę odpowiedniego poziomu lub rodzaju.

X. WYCZERPANIE ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA ZEWNĘTRZNEGO

- A. Pomoc finansowa ma zastosowanie wyłącznie do sald odpłatności własnej, po uprzednim wyczerpaniu w uzasadnionym zakresie wszystkich świadczeń i źródeł finansowania zewnętrznego, w tym między innymi świadczeń ubezpieczeniowych (np. ubezpieczeń zdrowotnych, mieszkaniowych, ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów, ubezpieczeń pracowniczych lub pracowniczych rachunków refundacyjnych finansowanych przez pracodawcę), programów rządowych (np. Medicare, Medicaid lub innych programów federalnych, stanowych bądź lokalnych) oraz środków pochodzących z postępowań sądowych, ugód i/lub prywatnych zbiorów funduszy (zwanych razem „Zewnętrznymi źródłami finansowania”). Pacjenci otrzymujący Pomoc finansową i wymagający opieki Niezbędnej z medycznego punktu widzenia (poza Świadczeniami w nagłych wypadkach) muszą – o ile to możliwe – zostać poddani weryfikacji uprawnień do programów Medicaid, Health Insurance Exchange lub innych dostępnych programów płatniczych, a w przypadku stwierdzenia uprawnień Pacjent musi w pełni współpracować w procesie przystąpienia do programu przed zaplanowaniem zabiegu i/lub udzieleniem świadczeń. Pacjenci uprawnieni, którzy nie dopełnią lub odmówią dopełnienia obowiązku przystąpienia do programów Medicaid, Health Insurance Exchange lub innych dostępnych programów płatniczych, mogą nie kwalifikować się do objęcia Pomocą finansową. Pacjenci powinni otrzymać co najmniej jedno (1) pisemne zawiadomienie o konieczności złożenia wniosku o przystąpienie do Medicaid, Health Insurance Exchange lub innego programu płatniczego oraz o tym, że w przeciwnym razie mogą stracić uprawnienia do objęcia Pomocą finansową. Wszelkie działania mające na celu wsparcie Wnioskodawcy w przystąpieniu do Medicaid, Health Insurance Exchange lub innych programów płatniczych muszą być udokumentowane.
- B. Jeżeli Pacjent ubiegający się o świadczenia inne niż Świadczenia w nagłych wypadkach jest objęty planem HMO lub PPO, a NMHC nie jest świadczeniodawcą należącym do sieci, Pacjent powinien zostać skierowany do swoich świadczeniodawców uczestniczących w planie i nie będzie uprawniony do objęcia Pomocą finansową. Pomoc finansowa nie obejmuje kosztów poniesionych poza siecią.

XI. OGRANICZENIE WYSOKOŚCI OPŁAT:

Wysokość zniżek może się różnić w zależności od Programu pomocy finansowej. Zasady obliczania zniżek określono w poszczególnych załącznikach do niniejszej polityki. Jednak we wszystkich Programach pomocy finansowej kwoty pobierane przez Szpitalne podmioty powiązane NMHC za opiekę w Stanach nagłych lub inną opiekę Niezbędną z medycznego punktu widzenia udzieloną osobom uprawnionym do objęcia Programem pomocy finansowej, których roczny dochód gospodarstwa domowego nie przekracza 600% obowiązującego Federalnego progu ubóstwa, nie mogą być wyższe niż kwoty zwykle naliczane osobom posiadającym ubezpieczenie obejmujące taką opiekę („Zniżka według kwot zwykle naliczanych”).

XII. OPIEKA W STANACH NAGŁYCH:

- A. Zgodnie z polityką NMHC w zakresie przestrzegania przepisów ustawy Emergency Medical Treatment and Labor Act Szpitalne podmioty powiązane NMHC zapewniają osobom prywatnym, bez dyskryminacji, opiekę w Stanach nagłych niezależnie od ich zdolności do zapłaty lub kwalifikowania się do objęcia Pomocą finansową.
- B. Szpitalne podmioty powiązane NMHC nie będą podejmować działań zniechęcających osoby prywatne do poszukiwania pomocy w Stanach nagłych, w tym między innymi:
 - 1. żądać zapłaty od Pacjentów Oddziału ratunkowego przed przeprowadzeniem badania wstępnego lub leczenia Stanów nagłych; lub
 - 2. prowadzić działań windykacyjnych na terenie Oddziału ratunkowego lub w innych miejscach Szpitalnego podmiotu powiązanego NMHC, w których takie działania mogłyby zakłócić udzielanie – bez dyskryminacji – opieki w Stanach nagłych.

XIII. ZWROTY:

Pomoc finansowa obejmuje wszystkie nierozliczone salda. Zwroty kosztów podlegają weryfikacji przez komitet ds. opieki bezpłatnej NMHC i są dokonywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

XIV. KOORDYNACJA USTALEŃ PODMIOTÓW POWIĄZANYCH:

Podmioty powiązane NMHC współpracują przy wspólnym ustalaniu uprawnień.

XV. ODSTĘPSTWA I ODWOŁANIA:

Lekarze i/lub pracownicy medyczni NMHC mogą wystąpić z wnioskiem o Pomoc finansową w imieniu Pacjenta; Pacjent musi jednak dostarczyć niezbędne informacje i dokumentację potwierdzającą do wniosku. Jeżeli lekarz lub Pacjent nie zgadza się z decyzją o ustaleniu uprawnień lub programu, bądź wnioskuje o odstępstwo od stosowania niniejszej polityki, odwołanie lub wnioski o odstępstwo należy skierować do komitetu ds. opieki bezpłatnej w celu dokonania oceny, z zastrzeżeniem akceptacji przez wiceprezesa ds. cyklu przychodów. Decyzja ta jest ostateczna i wiążąca do momentu, gdy Pacjent lub lekarz przedstawi istotne nowe lub dodatkowe informacje potwierdzające uprawnienia do uzyskania pomocy (np. zmiana wysokości dochodów, utrata zatrudnienia oraz inne okoliczności istotnie wpływające na wcześniejszą ocenę).

XVI. DZIAŁANIA W PRZYPADKU BRAKU PŁATNOŚCI:

Polityka NMHC w zakresie kredytu i windykacji należności (ang. NMHC Credit and Collection Policy) opisuje działania, jakie mogą zostać podjęte w przypadku niezapłacenia należnych kwot. Każda zainteresowana strona może bezpłatnie uzyskać kopię Polityki NMHC w zakresie kredytu i windykacji należności, kontaktując się z działem doradztwa finansowego.

XVII. ZASTOSOWANIE DO ISTNIEJĄCYCH PROGRAMÓW:

Pomoc finansowa przyznana pacjentom przed dniem wejścia w życie niniejszej polityki nie podlega zmniejszeniu, ale tylko przez okres wskazany w decyzji o przyznaniu pomocy. Po wygaśnięciu takiej Pomocy finansowej obowiązywać będzie niniejsza polityka.

XVIII. HARMONOGRAM AKTUALIZACJI POLITYKI:

Niniejsza polityka jest poddawana przeglądowi lub aktualizacji raz na pięć (5) lat lub częściej, jeśli jest to uzasadnione.

XIX. SPRAWOZDAWCZOŚĆ:

NMHC przekazuje wszystkie wymagane informacje dotyczące Programu pomocy finansowej właściwym organom administracji publicznej.

XX. MONITOROWANIE I ZMIANY POZAMERYTORYCZNE:

- A. Komitet ds. polityki pomocy finansowej odpowiada za bieżące monitorowanie niniejszej polityki. Przeprowadza on przegląd praktyk wynikających z niniejszej polityki, sprawdzając między innymi, czy:
1. istnieją odpowiednie mechanizmy kontroli pozwalające ocenić uprawnienia Pacjentów;
 2. informacje o pacjentach uprawnionych do otrzymania Pomocy finansowej i/lub ją otrzymujących są rejestrowane i zachowywane;
 3. informacja o możliwości otrzymania Pomocy finansowej jest przekazywana społeczności i Pacjentom;
 4. istnieją rozwiązania, które zapobiegają zniechęcaniu członków społeczności do zgłaszania się w Stanach nagłych; oraz
 5. działania mające na celu pobranie należności od Pacjentów korzystających z Pomocy finansowej są podejmowane w sposób właściwy.
- B. Wiceprezes ds. cyklu przychodów może wprowadzać do niniejszej polityki zmiany o charakterze pozamerytorycznym (np. w celu dostosowania jej do aktualnych Federalnych wytycznych dot. ubóstwa (ang. Federal Poverty Guidelines), zmiany adresów itp.).

XXI. ODNOŚNIKI:

- A. Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act [210 ILCS 89/]
- B. Illinois Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/]
- C. Internal Revenue Code Section 501(r)
- D. Social Security Act [42 U.S.C. 1395dd]

XXII. ZAŁĄCZNIKI:

- A. [Załącznik A: Definicje](#)
1. [Załącznik A-1: Federalne wytyczne dot. ubóstwa](#)
 2. [ZAŁĄCZNIK A-2: Podmioty powiązane NMHC](#)
- B. [Załącznik B: Opieka bezpłatna i zniżkowa dla pacjentów ubezpieczonych](#)
- C. [Załącznik C: Opieka bezpłatna i zniżkowa dla pacjentów nieubezpieczonych](#)
- D. [Załącznik D: Domniemanie uprawnienia](#)
- E. [ZAŁĄCZNIK E: POWIADOMIENIE OGÓLNE – SZPITALNE PODMIOTY POWIĄZANE NMHC](#)
- F. [ZAŁĄCZNIK F: OBOWIĄZUJĄCE TERMINY ORAZ INDYWIDUALNE WYMOGI W ZAKRESIE POWIADAMIANIA PACJENTÓW – SZPITALNE PODMIOTY POWIĄZANE NMHC](#)
- G. [Załącznik G: Wykazy świadczeniodawców](#)
- H. [Załącznik H: Pomoc finansowa na badania laboratoryjne](#)

XXIII. ZATWIERDZENIE:

Strona odpowiedzialna:	<u>Andrew Scianimanico</u> Wiceprezes ds. cyklu przychodów
Weryfikatorzy:	Członkowie komitetu finansowego Członkowie komitetu do spraw podatków i przeglądu regulacyjnego Członkowie komitetu ds. polityki pomocy finansowej Wiceprezes ds. finansów Starszy wiceprezes ds. administracyjnych Dział przestrzegania przepisów i uczciwego postępowania Biuro głównego radcy prawnego
Komitety:	Brak
Strona zatwierdzająca:	<u>John Orsini</u> Wiceprezes wykonawczy i dyrektor finansowy Northwestern Memorial HealthCare Zatwierdzono drogą elektroniczną: 20.08.2021 r.

XXIV. HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 1.05.2011 r. (wycofano lokalną politykę NMH)

Przegląd/zmiana 29.12.2014 r. (dot. polityki obowiązującej od 1.02.2016 r., zastępuje NMHC 03.0012 v1.0 – 1.06.2011 r. – Opieka bezpłatna i zniżkowa), 17.08.2016 r. (dot. polityki obowiązującej od 1.09.2016 r. – rozszerzenie zakresu o NM-CDH, NM-Delnor i NM-RMG, brak innych zmian w treści), 1.09.2018 r. (aktualizacja tabeli zakresu – dotyczy Marianjoy Rehabilitation i Marianjoy Medical Group od 1.09.2018 r.), 11.08.2020 r. (komitet do spraw podatków i przeglądu regulacyjnego NMHC zatwierdził przejście szpitali z regionu północno-zachodniego (Huntley, McHenry i Woodstock) na Politykę pomocy finansowej NMHC ze skutkiem od 1 września 2020 r.), 1.09.2021 r., 17.07.2023 r.

ZAŁĄCZNIK A: DEFINICJE

Podmioty powiązane: podmioty kontrolowane przez NMHC, sprawujące kontrolę nad NMHC lub znajdujące się pod wspólną kontrolą z NMHC. Wykaz Podmiotów powiązanych NMHC, których dotyczy niniejsza polityka, znajduje się w [Załączniku A-2](#). W odniesieniu do niniejszej polityki termin „Podmioty powiązane” nie obejmuje tych Podmiotów powiązanych NMHC, które z przyczyn prawnych lub innych nie mogą przyjąć niniejszej polityki.

Kwoty zwykle naliczane / Zniżka według kwot zwykle naliczanych: zniżka wymagana, aby opłaty za udzielenie opieki w Stanach nagłych lub innej opieki Niezbędnej z medycznego punktu widzenia świadczonej przez Szpitalny podmiot powiązany NMHC w ramach wizyty ambulatoryjnej lub hospitalizacji osobom uprawnionym do pomocy na podstawie niniejszej polityki nie przekraczały kwot ogólnie naliczanych pacjentom posiadającym ubezpieczenie Medicare lub ubezpieczenie komercyjne obejmujące takie świadczenia („Kwoty zwykle naliczane”). Zniżka według kwot zwykle naliczanych jest wyliczana zgodnie z przepisami prawa, z zastosowaniem metody porównawczej (ang. „look-back method”). Każdy Szpitalny podmiot powiązany NMHC wylicza Zniżkę według kwot zwykle naliczanych we własnym zakresie. Aby uzyskać pisemne wyjaśnienie metody stosowanej w danym Szpitalnym podmiocie powiązanym NMHC, należy skontaktować się z działem doradztwa finansowego NMHC. Lekarskie podmioty powiązane stosują Zniżkę według kwot zwykle naliczanych mającą zastosowanie do NMH.

Wnioskodawca: Wnioskodawcą jest osoba składająca Wniosek o pomoc finansową, w tym Pacjent i/lub jego Poręczyciel.

Wniosek: Wniosek o pomoc finansową.

Okres składania wniosków: okres, w którym Szpitalny podmiot powiązany NMHC ma obowiązek przyjąć i rozpatrzyć Wniosek złożony przez osobę prywatną w celu podjęcia należytych działań na potrzeby ustalenia, czy osoba ta jest uprawniona do objęcia Pomocą finansową. W odniesieniu do każdego świadczenia udzielonego przez Szpitalny podmiot powiązany NMHC Okres składania wniosków rozpoczyna się w dniu udzielenia świadczenia danej osobie, a kończy 240 dni po przekazaniu przez Szpitalny podmiot powiązany NMHC (tj. wysłaniu pocztą lub drogą elektroniczną bądź osobistym dostarczeniu) pacjentowi pierwszego rozliczenia po wypisie ze szpitala.

Opłaty naliczone: opłaty za świadczenia wynikające z ramowego cennika Podmiotu powiązanego NMHC obowiązującego w momencie udzielenia świadczenia, którymi Podmiot powiązany systematycznie i jednolicie obciąża pacjentów przed zastosowaniem jakichkolwiek ulg, zniżek lub odliczeń określonych umownie.

Zniżka od kosztów świadczeń: zniżka równa kwocie stanowiącej iloczyn całkowitego stosunku kosztów do obciążenia (ang. cost-to-charge ratio) wynikającego ze sprawozdania kosztowego Medicare danego Szpitalnego podmiotu powiązanego NMHC oraz obciążeń uwzględnionych w rozliczeniach wskazanych jako kwalifikujące się do objęcia Pomocą finansową. Niezależnie od powyższego, dla uproszczenia administracyjnego, NMHC może ustalić jednolitą Zniżkę od kosztów świadczeń, która będzie najkorzystniejsza dla Pacjenta. Zniżka od kosztów świadczeń musi być co najmniej równa Zniżce według kwot zwykle naliczanych.

Opieka zniżkowa: opieka udzielana po cenie niższej od Opłat naliczonych, ale niebędąca Opieką bezpłatną. Zniżki obejmują Zniżkę od kosztów świadczeń oraz Zniżkę według kwot zwykle naliczanych.

Stan nagły: Stan nagły (ang. Emergency Medical Condition) oznacza stan zdefiniowany w art. 1867 ustawy Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd).

Świadczenia w nagłych wypadkach: Świadczenia w nagłych wypadkach obejmują świadczenia udzielane przez Oddział ratunkowy w Stanach nagłych, Świadczenia bezwzględnie konieczne lub inne świadczenia wskazane przez wiceprezesa ds. cyklu przychodów i wyszczególnione w załączniku do niniejszej polityki.

Działania windykacyjne o charakterze szczególnym: działania, które Szpitalny podmiot powiązany NMHC może podjąć wobec osoby w celu uzyskania zapłaty za rachunek za świadczenia objęte Programem pomocy finansowej. Działania te są dokładniej zdefiniowane w Polityce finansowej NMHC w zakresie kredytowania i windykacji należności (ang. NMHC Financial Policy: Credit and Collection) i mogą obejmować, przykładowo, żądanie zapłaty za wcześniej udzielone świadczenia i/lub ustanowienie zastawu na majątku danej osoby.

Wielkość rodziny: liczba osób wskazana w rubryce „Filing Status” w ostatnim zeznaniu podatkowym Wnioskodawcy. W przypadku braku zeznania podatkowego wielkość rodziny oznacza liczbę osób zamieszkujących w jednym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą. Jeśli inna osoba wykazała Wnioskodawcę jako osobę na utrzymaniu w swoim zeznaniu podatkowym, wówczas Wielkość rodziny może obejmować członków gospodarstwa domowego tej osoby.

Federalne wytyczne dot. ubóstwa: dokument „Federal Poverty Guidelines” aktualizowany okresowo w rejestrze federalnym przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych na podstawie 42 USC 9902(2). Wytyczne, zamieszczone w Załączniku A-1, są aktualizowane corocznie w terminie trzydziestu (30) dni od ogłoszenia nowych Federalnych wytycznych dot. ubóstwa w rejestrze federalnym i na stronie internetowej Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych.

Pomoc finansowa: kwoty odpowiadające Opiece bezpłatnej lub Opiece niżkowej przyznawane Pacjentom, którzy spełniają kryteria NMHC dotyczące Pomocy finansowej w ramach różnych programów (razem: „Program pomocy finansowej” lub „Program”) i nie są w stanie pokryć całości lub części kosztów świadczeń zdrowotnych. Pomoc finansowa nie obejmuje wierzytelności nieściągalnych ani nieściągalnych opłat zaksięgowanych w przychodach, lecz odpisanych ze względu na niezapłacenie ich przez Pacjenta; różnicy między kosztem świadczeń udzielanych w ramach Medicaid lub innych programów opartych na kryterium dochodowym lub w ramach Medicare a przychodem z tych programów; ani korekt wynikających z umów z płatnikami będącymi stronami trzecimi.

Komitet ds. opieki bezpłatnej: komitet odpowiedzialny za rozstrzyganie kwestii dotyczących stosowania niniejszej polityki w odniesieniu do indywidualnych przypadków Pacjentów. Komitet ten rozpatruje odwołania oraz wnioski o odstąpienie od polityki.

Opieka bezpłatna: zniżka od Opłat naliczonych równa sto procent (100%).

Komitet ds. polityki pomocy finansowej: komitet złożony z przedstawicieli NHHC i jej Podmiotów powiązanych, odpowiedzialny za rekomendacje dotyczące niniejszej polityki i zapewnienie koordynacji działań związanych z jej realizacją między Podmiotami powiązanymi. W skład Komitetu wchodzi przedstawiciele działów operacyjnych, biura głównego radcy prawnego, działu audytu wewnętrznego, biura ds. przestrzegania przepisów i uczciwego postępowania oraz działu ds. relacji zewnętrznych. Komitet ds. polityki pomocy finansowej składa sprawozdania ze swojej działalności do komitetu ds. podatków i regulacji.

Poręczyciel: osoba odpowiadająca finansowo za świadczenia udzielane Pacjentowi.

Dochód gospodarstwa domowego: dochód przypisany do gospodarstwa domowego Wnioskodawcy, zgodnie z definicjami stosowanymi przez Amerykańskie Biuro Spisu Powszechnego (ang. U.S. Bureau of the Census). Dochód gospodarstwa domowego obejmuje wszystkie przychody przed opodatkowaniem, świadczenia z tytułu bezrobocia, świadczenia z ubezpieczeń pracowniczych, świadczenia z ubezpieczenia społecznego, dodatkowe świadczenia z ubezpieczenia społecznego, zasiłki socjalne, świadczenia dla weteranów, renty rodzinne, dochody z emerytur lub rent, odsetki, dywidendy, czynsze, tantiemy, dochody z masy spadkowej i funduszy powierniczych, świadczenia edukacyjne, alimenty, pomoc finansową spoza gospodarstwa domowego oraz inne źródła dochodu. Świadczenia niepieniężne (takie jak bony żywnościowe SNAP czy dopłaty do mieszkania) nie są uwzględniane w Dochodzie gospodarstwa domowego. Doprecyzowując, Dochód gospodarstwa domowego jest równy skorygowanemu dochodowi brutto wykazanemu w ostatnim zeznaniu podatkowym Wnioskodawcy, skorygowanemu w celu pomniejszenia o płacone alimenty na dzieci oraz doliczenia kwot odsetek zwolnionych z podatku, nieopodatkowanych świadczeń emerytalnych i rentowych, wypłat z kont IRA oraz świadczeń z ubezpieczenia społecznego, a także innych dochodów niewykazanych w skorygowanym dochodzie brutto, którymi dysponuje Wnioskodawca. Jeśli jednak Wnioskodawca wskaże, że skorygowany dochód brutto wykazany w jego ostatnim zeznaniu podatkowym nie jest aktualny (np. Wnioskodawca utracił pracę lub otrzymuje inne wynagrodzenie), Dochód gospodarstwa domowego ustala się na podstawie innych dostępnych dokumentów (np. odcinków wypłat, zaświadczeń o statusie bezrobotnego itp.), ponownie korygując go w celu pomniejszenia o płacone alimenty na dzieci oraz doliczenia kwot odsetek zwolnionych z podatku, nieopodatkowanych świadczeń emerytalnych i rentowych, wypłat z kont IRA i świadczeń z ubezpieczenia społecznego, a także innych dochodów, którymi dysponuje Wnioskodawca. Dochód gospodarstwa domowego obejmuje dochody wszystkich jego członków.

Rezydent stanu Illinois: Rezydentem stanu Illinois jest Pacjent zamieszkujący w stanie Illinois i mający zamiar pozostać tam na stałe. Przeprowadzka do stanu Illinois wyłącznie w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych nie spełnia wymogu ustawy Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act („HUPDA”) dotyczącego rezydencji. Ustawa HUPDA wymaga, aby Nieubezpieczony pacjent był rezydentem stanu Illinois, lecz nie wymaga legalnego pobytu na terytorium Stanów Zjednoczonych. Pacjenci mogą być zobowiązani do przedstawienia dowodu rezydencji w stanie Illinois zgodnie z wymogami ustawy HUPDA. Przeprowadzka do stanu Illinois wyłącznie w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych nie spełnia wymogu tej definicji dotyczącego rezydencji.

Pacjent ubezpieczony: Pacjent objęty polisą ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawniony do świadczeń w ramach publicznego lub prywatnego programu ubezpieczenia zdrowotnego, programu świadczeń zdrowotnych lub innego programu ochrony zdrowia, w tym planów ubezpieczeniowych o wysokim udziale własnym, ubezpieczeń pracowniczych, ubezpieczenia od odpowiedzialności z tytułu wypadków lub innego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Niezbędne z medycznego punktu widzenia: wszelkie świadczenia zdrowotne zapewniane w szpitalu lub w trybie ambulatoryjnym beneficjentom o takim samym obrazie klinicznym jak Pacjent, w tym produkty lecznicze i wyroby medyczne, objęte tytułem XVIII federalnej ustawy Social Security Act. Świadczenia „Niezbędne z medycznego punktu widzenia” nie obejmują: (1) świadczeń o charakterze niemedyce, takich jak świadczenia społeczne lub zawodowe; ani (2) zabiegów chirurgii plastycznej o charakterze estetycznym, z wyjątkiem zabiegów mających na celu korektę zniekształceń powstałych w wyniku urazu, choroby lub wady bądź deformacji wrodzonej.

Świadczenia bezwzględnie konieczne: świadczenia spełniające kryteria programu NMHC „Never-Say-No”, które mogą być aktualizowane.

Szpitalne podmioty powiązane NMHC: Podmioty powiązane NMHC posiadające pozwolenie na prowadzenie szpitala. Wykaz Szpitalnych podmiotów powiązanych NMHC, których dotyczy niniejsza polityka, znajduje się w Załączniku A-2.

Lekarskie podmioty powiązane NMHC: Podmioty powiązane NMHC świadczące opiekę kliniczną w warunkach ambulatoryjnych. Wykaz Lekarskich podmiotów powiązanych NMHC, których dotyczy niniejsza polityka, znajduje się w Załączniku A-2.

Nierezydent: Nierezydentem jest Pacjent, który nie jest Rezydentem stanu Illinois.

Pacjent: osoba otrzymująca świadczenia.

Streszczenie w prostym języku: jasne, zwięzłe i zrozumiałe oświadczenie pisemne, informujące o tym, że Szpitalny podmiot powiązany NMHC oferuje Pomoc finansową i zawierające następujące informacje: (i) krótkie omówienie kryteriów kwalifikacji i zakresu pomocy oferowanej na podstawie niniejszej polityki; (ii) krótkie streszczenie procedury ubiegania się o pomoc na podstawie niniejszej polityki; (iii) bezpośredni adres strony internetowej (lub URL) oraz lokalizacje fizyczne (w tym numery pomieszczeń), w których można uzyskać kopię niniejszej polityki i Wniosku o pomoc finansową; (iv) instrukcję, jak uzyskać bezpłatny egzemplarz Polityki pomocy finansowej i Wniosku drogą pocztową; (v) dane kontaktowe (w tym numery telefonów i lokalizację fizyczną, jeśli dotyczy) biur lub działów, które mogą udzielić pomocy przy składaniu Wniosku; (vi) informacje o dostępności tłumaczeń; oraz (vii) oświadczenie, że żaden Pacjent uprawniony do Pomocy finansowej nie zostanie obciążony opłatami wyższymi niż Kwoty zwykle naliczane.

Świadczenia pakietowe z odpłatnością własną: świadczenia oferowane w pakiecie za jedną cenę, która jest obniżona w taki sposób, że łączna cena pakietu jest niższa niż suma cen poszczególnych świadczeń składowych.

Pacjent nieubezpieczony: Pacjent nieobjęty polisą ubezpieczenia zdrowotnego i nieuprawniony do świadczeń w ramach publicznego lub prywatnego programu ubezpieczenia zdrowotnego, programu świadczeń zdrowotnych lub innego programu ochrony zdrowia, w tym planów ubezpieczeniowych o wysokim udziale własnym, ubezpieczeń pracowniczych, ubezpieczenia od odpowiedzialności z tytułu wypadków lub innego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

ZAŁĄCZNIK A:

Definicje

Andrew Scianimanico

Wiceprezes ds. cyklu przychodów

Data wejścia w życie: 1.09.2021 r.

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 3.03.2015 r.

Przegląd/zmiana: 29.12.2017 r., 1.09.2021 r.

ZAŁĄCZNIK A-1: FEDERALNE WYTYCZNE DOT. UBÓSTWA**Federalne wytyczne dot. ubóstwa z 2025 r.**

Wielkość rodziny	Federalny próg ubóstwa	Do 138% FPL	Do 250% FPL	Do 400% FPL	Do 600% FPL
1	15 650 USD	21 597 USD	39 125 USD	62 600 USD	93 900 USD
2	21 150 USD	29 187 USD	52 875 USD	84 600 USD	126 900 USD
3	26 650 USD	36 777 USD	66 625 USD	106 600 USD	159 900 USD
4	32 150 USD	44 367 USD	80 375 USD	128 600 USD	192 900 USD
5	37 650 USD	51 957 USD	94 125 USD	150 600 USD	225 900 USD
6	43 150 USD	59 547 USD	107 875 USD	172 600 USD	258 900 USD
7	48 650 USD	67 137 USD	121 625 USD	194 600 USD	291 900 USD
8	54 150 USD	74 727 USD	135 375 USD	216 600 USD	324 900 USD
+1	5500 USD	7590 USD	13 750 USD	22 000 USD	33 000 USD

ODNOŚNIKI:

42 USC 9902(2)

ZAŁĄCZNIK A-1:

Federalne wytyczne dot. ubóstwa

Właściciel:**Tytuł:**Andrew Scianimanico

Wiceprezes

ds. cyklu przychodów

Data wejścia w życie: 6.02.2025**ZATWIERDZENIE**Marilyn Papson

Kierownik programu ds. rozliczeń z pacjentami

SBO Self Pay

Data zatwierdzenia: 29.01.2025 r.

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 3.03.2015 r.

Przegląd/zmiana: 24.04.2017 r., 02.2018 r., 23.01.2019 r., 28.01.2020 r., 9.02.2021 r., 1.09.2021 r., 7.07.2023 r., 17.01.2024 r., 6.02.2025 r.

ZAŁĄCZNIK A-2: PODMIOTY POWIĄZANE NMHC**A. Szpitalne podmioty powiązane:**

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
9. Szpitale NM Huntley, NM McHenry i NM Woodstock
10. Palos Community Hospital

B. Lekarskie podmioty powiązane

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

ZAŁĄCZNIK A-2:

Podmioty powiązane NMHC

Andrew Scianimanico

Wiceprezes ds. cyklu przychodów

Data wejścia w życie: 1.10.2022 r.**HISTORIA ZMIAN:**

Sporządzono: 3.03.2015 r.

Przegląd/zmiana: 12.07.2016 r., 29.12.2017 r., 1.09.2018 r., 29.01.2019 r., 25.09.2020 r., 1.09.2021 r., 7.07.2023 r.

ZAŁĄCZNIK B: OPIEKA BEZPŁATNA I ZNIŻKOWA DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH**I. OPIEKA BEZPŁATNA I ZNIŻKOWA**

NMHC świadczy Opiekę bezpłatną oraz Opiekę zniżkową dla Pacjentów ubezpieczonych zgodnie z postanowieniami niniejszego *Załącznika B*.

II. ŚWIADCZENIA

- A. Z zastrzeżeniem postanowień sekcji II.B niniejszego załącznika Opieka bezpłatna oraz Opieka zniżkowa dla Pacjentów ubezpieczonych przysługuje we wszystkich przypadkach udzielania świadczeń medycznych Niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
- B. Opieka bezpłatna i Opieka zniżkowa dla Pacjentów ubezpieczonych nie przysługuje w odniesieniu do następujących świadczeń:
1. Świadczenia, które nie są Niezbędne z medycznego punktu widzenia.
 2. Świadczenia realizowane poza siecią.
 3. Specjalistyczne usługi apteczne – z tym wyjątkiem, że leki przeciwwirusowe stosowane w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C, podawane niezakażonym wirusem HCV biorcom przeszczepów narządów od dawców zakażonych wirusem HCV, mogą zostać objęte niniejszą polityką, pod warunkiem terminowego podjęcia wszelkich racjonalnych działań mających na celu uzyskanie świadczenia ubezpieczeniowego lub innego zwrotu kosztów tych leków. Zaopatrzenie w takie leki musi być koordynowane przez Northwestern Specialty Pharmacy.
 4. W odniesieniu do Lekarskich podmiotów powiązanych NMHC – leczenie niepłodności (z wyjątkiem określonych kosztów zachowania płodności), zabiegi korekcji wzroku, w tym między innymi LASIK, badania laboratoryjne zlecane w laboratoriach nienależących do sieci NMHC, zakup sprzętu medycznego trwałego użytku, okulary, soczewki kontaktowe i aparaty słuchowe.
 5. Współubezpieczenie lub udział własny Pacjenta, chyba że Wnioskodawca kwalifikuje się do Opieki bezpłatnej z innego powodu.
 6. Współpłatności.
 7. Świadczenia pakietowe z odpłatnością własną.
- C. Leki spoza receptariusza wydawane przy wypisie ze szpitala w celach przejściowych podlegają Zniżce od kosztów świadczeń.

III. WYMOGI DOTYCZĄCE REZYDENCJI

- A. Pacjenci ubezpieczeni, którzy są Rezydentami stanu Illinois i korzystają ze świadczeń Niezbędnych z medycznego punktu widzenia, są uprawnieni do Opieki bezpłatnej i Opieki zniżkowej. Niezależnie od powyższego w przypadku Wnioskodawców ubezpieczonych, którzy korzystają ze Świadczeń w nagłych wypadkach, wymóg dotyczący rezydencji nie obowiązuje.
- B. Z wyjątkiem Pacjentów ubezpieczonych korzystających ze Świadczeń w nagłych wypadkach Pacjenci ubezpieczeni niebędący Rezydentami (w tym między innymi Pacjenci zewnętrzni przeniesieni spoza stanu), którzy korzystają ze świadczeń Niezbędnych z medycznego punktu widzenia, nie są uprawnieni do Opieki bezpłatnej.

IV. KALKULACJA KOSZTÓW OPIEKI BEZPŁATNEJ I ZNIŻKOWEJ

NMHC zapewnia Opiekę bezpłatną i Opiekę zniżkową uprawnionym Pacjentom ubezpieczonym na dwa sposoby: poprzez pomoc z odpłatnością według zmiennej skali dla ubezpieczonych oraz poprzez pomoc nadzwyczajną dla ubezpieczonych. Jeżeli Wnioskodawca spełnia warunki kwalifikacji do obu metod, NMHC zastosuje tę, która jest dla Wnioskodawcy korzystniejsza. Niezależnie od kwalifikacji do stosowania którejkolwiek z tych metod, jeśli istnieją podstawy, aby sądzić, że Wnioskodawca posiada aktywa o wartości przekraczającej 600% aktualnego progu określonego w Federalnych wytycznych

dotyczących ubóstwa, mającego zastosowanie do Wielkości rodziny Wnioskodawcy, które mogą zostać przeznaczone na pokrycie kosztów leczenia, NMHC może zażądać od Wnioskodawcy przedstawienia informacji o takich aktywach, a komitet ds. opieki bezpłatnej może uwzględnić te aktywa przy podejmowaniu decyzji o przyznaniu Opieki bezpłatnej lub Opieki zniżkowej i jej zakresie.

A. POMOC Z ODPLATNOŚCIĄ WEDŁUG ZMIENNEJ SKALI DLA UBEZPIECZONYCH

Pomoc z odpłatnością według zmiennej skali dla ubezpieczonych oblicza się w następujący sposób:

1. Opieka bezpłatna: Ubezpieczeni Rezydenci stanu Illinois, których Dochód gospodarstwa domowego wynosi nie więcej niż 250% aktualnego progu określonego w Federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, mającego zastosowanie do Wielkości rodziny Wnioskodawcy, kwalifikują się do otrzymania 100% zniżki. Zniżka jest naliczana od współubezpieczenia i udziału własnego, a także świadczeń Niezbędnych z medycznego punktu widzenia nieobjętych ubezpieczeniem.
2. Opieka zniżkowa: W przypadku świadczeń Niezbędnych z medycznego punktu widzenia, które nie są objęte ubezpieczeniem, Ubezpieczeni Rezydenci stanu Illinois, których Dochód gospodarstwa domowego wynosi więcej niż 250%, ale nie więcej niż 600% aktualnego progu określonego w Federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, mającego zastosowanie do Wielkości rodziny Wnioskodawcy, kwalifikują się do otrzymania zniżki równej Zniżce według kwot zwykle naliczanych lub wyższej.

B. POMOC NADZWYCZAJNA DLA UBEZPIECZONYCH

1. W przypadku Pacjenta ubezpieczonego kwalifikującego się do Opieki bezpłatnej lub Opieki zniżkowej, którego Dochód gospodarstwa domowego wynosi więcej niż 250%, ale nie więcej niż 600% aktualnego progu określonego w Federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, mającego zastosowanie do Wielkości rodziny Wnioskodawcy, całkowita płatność nie może przekroczyć w żadnym okresie dwunastu miesięcy 25% Dochodu gospodarstwa domowego Wnioskodawcy.
2. NMHC uwzględnia w kalkulacji nadzwyczajnej łączną kwotę płatności należnych od Wnioskodawcy Szpitalnym podmiotom powiązanym NMHC oraz Lekarskim podmiotom powiązanym NMHC. Jeśli takie uwzględnienie ma miejsce, skorygowana łączna kwota płatności zostaje rozdzielona proporcjonalnie do niezapłaconych kwot pomiędzy poszczególne Szpitalne podmioty powiązane NMHC i Lekarskie podmioty powiązane NMHC.

ZAŁĄCZNIK B:

Opieka bezpłatna i zniżkowa

Andrew Scianimanico

Wiceprezes ds. cyklu przychodów

Data wejścia w życie: 18.07.2023 r.

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 3.03.2015 r.

Przegląd/zmiana: 17.08.2016 r., 29.12.2017 r., 18.07.2019 r., 1.09.2021 r., 7.07.2023 r.

ZAŁĄCZNIK C: OPIEKA BEZPŁATNA I ZNIŻKOWA DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH**I. OPIEKA BEZPŁATNA I ZNIŻKOWA DLA NIEUBEZPIECZONYCH**

NMHC świadczy Opiekę bezpłatną oraz Opiekę zniżkową dla Pacjentów nieubezpieczonych zgodnie z postanowieniami niniejszego *Załącznika C*.

II. ŚWIADCZENIA

- A. Z zastrzeżeniem postanowień sekcji II.B niniejszego załącznika Opieka bezpłatna oraz Opieka zniżkowa dla Pacjentów nieubezpieczonych przysługują we wszystkich przypadkach udzielania świadczeń medycznych Niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
- B. Opieka bezpłatna i Opieka zniżkowa dla Pacjentów nieubezpieczonych nie przysługują w odniesieniu do następujących świadczeń:
1. Specjalistyczne usługi apteczne NMH.
 2. W odniesieniu do Lekarskich podmiotów powiązanych NMHC – leczenie niepłodności (z wyjątkiem określonych kosztów zachowania płodności), zabiegi korekcji wzroku, w tym między innymi LASIK, badania laboratoryjne zlecane w laboratoriach nienależących do sieci NMHC, zakup sprzętu i wyposażenia medycznego trwałego użytku, okulary, soczewki kontaktowe i aparaty słuchowe.

III. WYMOGI DOTYCZĄCE REZYDENCJI

Opieka bezpłatna i Opieka zniżkowa są dostępne dla Pacjentów nieubezpieczonych, którzy są Rezydentami stanu Illinois. Nierezydentom, którzy są Pacjentami nieubezpieczonymi, nie przysługuje Opieka bezpłatna ani Opieka zniżkowa. Niezależnie od powyższego w przypadku Wnioskodawców nieubezpieczonych, którzy korzystają ze Świadczeń w nagłych wypadkach, wymóg dotyczący rezydencji nie obowiązuje.

IV. KALKULACJA KOSZTÓW OPIEKI BEZPŁATNEJ I ZNIŻKOWEJ

NMHC, zgodnie z przepisami ustawy Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act, zapewnia Opiekę bezpłatną i Opiekę zniżkową Pacjentom nieubezpieczonym. NMHC zapewnia Opiekę bezpłatną i Opiekę zniżkową uprawnionym Wnioskodawcom nieubezpieczonym na dwa sposoby: poprzez pomoc z odpłatnością według zmiennej skali dla nieubezpieczonych oraz poprzez pomoc nadzwyczajną dla nieubezpieczonych. Jeżeli Wnioskodawca spełnia warunki kwalifikacji do obu metod, NMHC zastosuje tę, która jest dla Wnioskodawcy korzystniejsza. Niezależnie od kwalifikacji do stosowania którejkolwiek z tych metod, jeśli istnieją podstawy, aby sądzić, że Wnioskodawca posiada aktywa o wartości przekraczającej 600% aktualnego progu określonego w Federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, mającego zastosowanie do Wielkości rodziny Wnioskodawcy, które mogą zostać przeznaczone na pokrycie kosztów leczenia, NMHC może zażądać od Wnioskodawcy przedstawienia informacji o takich aktywach, a komitet ds. opieki bezpłatnej może uwzględnić te aktywa przy podejmowaniu decyzji o przyznaniu Opieki bezpłatnej lub Opieki zniżkowej i jej zakresie.

A. ODPLATNOŚĆ WEDŁUG ZMIENNEJ SKALI DLA NIEUBEZPIECZONYCH

1. Opieka bezpłatna: Wnioskodawca, którego Dochód gospodarstwa domowego wynosi nie więcej niż 250% aktualnego progu określonego w Federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, mającego zastosowanie do Wielkości rodziny Wnioskodawcy, kwalifikuje się do Opieki bezpłatnej.
2. Zniżka od kosztów świadczeń: Wnioskodawca, którego Dochód gospodarstwa domowego wynosi więcej niż 250%, ale nie więcej niż 600% aktualnego progu określonego w Federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa, mającego zastosowanie do Wielkości rodziny Wnioskodawcy, kwalifikuje się do Zniżki od kosztów świadczeń.

B. POMOC NADZWYCZAJNA DLA NIEUBEZPIECZONYCH

1. W przypadku Wnioskodawców kwalifikujących się do pomocy zgodnie z sekcją IV.A.2 powyżej całkowita płatność nie może przekroczyć w żadnym okresie dwunastu miesięcy 20% Dochodu gospodarstwa domowego Pacjenta.
2. NMHC uwzględnia w kalkulacji nadzwyczajnej łączną kwotę płatności należnych od Pacjenta Szpitalnym podmiotom powiązanym NMHC oraz Lekarskim podmiotom powiązanym NMHC. Jeśli takie uwzględnienie ma miejsce, skorygowana łączna kwota płatności zostaje rozdzielona proporcjonalnie do niezapłaconych kwot pomiędzy poszczególne Szpitalne podmioty powiązane NMHC i Lekarskie podmioty powiązane NMHC.

V. ODNOŚNIKI

- A. Illinois Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/]
- B. Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act [210 ILCS 89/]

ZAŁĄCZNIK C:

Zniżka dla pacjenta nieubezpieczonego

Andrew Scianimanico

Wiceprezes

ds. cyklu przychodów

Data wejścia w życie: 18.07.2023 r.**HISTORIA ZMIAN:**

Sporządzono: 3.03.2015 r.

Przegląd/zmiana: 17.08.2016 r., 29.12.2017 r., 1.08.2019 r., 1.09.2021 r.

ZAŁĄCZNIK D: DOMNIEMANIE UPRAWNIENIA**I. DOMNIEMANIE UPRAWNIENIA**

W przypadku Pacjenta nieubezpieczonego spełniającego wymogi i kryteria określone w sekcjach III i IV poniżej domniemywa się, że Pacjent jest uprawniony do Opieki bezpłatnej zgodnie z niniejszym *Załącznikiem D*. Pacjenci, w przypadku których domniemywa się posiadanie uprawnienia, nie muszą wypełniać Wniosku o pomoc finansową; z tym że muszą wykazać, że spełniają wymogi i kryteria określone w sekcjach III i IV poniżej.

II. DEFINICJE

Następujące definicje z ustawy Illinois Fair Patient Billing Act mają zastosowanie do niniejszego *Załącznika D*:

- A. „Pacjent” oznacza osobę otrzymującą świadczenia od NMHC lub osobę będącą poręczycielem płatności za świadczenia otrzymane od NMHC.
- B. „Domniemanie uprawnienia” oznacza uprawnienie do Pomocy finansowej ustalone przez odniesienie do Kryteriów domniemania uprawnienia, potwierdzających potrzebę finansową Pacjenta.
- C. „Kryteria domniemania uprawnienia” oznaczają kategorie wskazane jako potwierdzające potrzebę finansową.
- D. „Polityka w zakresie domniemania uprawnienia” oznacza pisemny dokument określający Kryteria domniemania uprawnienia stosowane do oceny potrzeby finansowej Pacjenta i wykorzystywane przez NMHC w celu uznania Pacjenta za uprawnionego do Pomocy finansowej, bez potrzeby dalszej weryfikacji ze strony NMHC. Niniejszy *Załącznik D* stanowi Politykę NMHC w zakresie domniemania uprawnienia.

III. WYMOGI DOTYCZĄCE REZYDENCJI

Domniemanie uprawnienia dotyczy wszystkich Rezydentów stanu Illinois. Domniemanie uprawnienia nie przysługuje Nierezydentom i ich nie dotyczy.

IV. KRYTERIA

Poniższe Kryteria domniemania uprawnienia stanowią wytyczne Polityki NMHC w zakresie domniemania uprawnienia zgodnie z Programem pomocy finansowej NMHC. Pacjent nieubezpieczony, który wykaże uprawnienia do uczestnictwa w co najmniej jednym z poniższych programów, zostaje uznany za uprawnionego do Opieki bezpłatnej i nie jest zobowiązany do przedstawiania dodatkowej dokumentacji potwierdzającej uprawnienie do takiej Pomocy finansowej:

- A. Bezdomność
- B. Osoba zmarła bez spadku
- C. Niepełnosprawność umysłowa przy braku osoby działającej w imieniu Pacjenta
- D. Kwalifikowanie się do programu Medicaid, ale nie w dniu skorzystania ze świadczenia lub w przypadku świadczenia nieobjętego programem
- E. Przystąpienie do poniższych programów pomocowych dla osób o niskich dochodach, w których kryteria kwalifikacji są równe lub niższe niż 250% aktualnego na dany moment progu dochodowego określonego w Federalnych wytycznych dot. ubóstwa:
 - 1. Program żywienia kobiet, niemowląt i dzieci (ang. Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
 - 2. Program pomocy żywnościowej (ang. Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

3. Program bezpłatnych śniadań i obiadów w stanie Illinois (ang. Illinois Free Lunch and Breakfast Program)
 4. Program pomocy energetycznej dla osób o niskich dochodach (ang. Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)
 5. Przystąpienie do zorganizowanego programu dla społeczności zapewniającego dostęp do opieki medycznej, w ramach którego jako kryterium członkostwa ocenia się i dokumentuje w ograniczonym zakresie status finansowy osoby o niskim dochodzie
 6. Otrzymanie dopłaty na pokrycie kosztów świadczeń medycznych
- F. W celu umożliwienia NMHC jak najszybszego naliczenia Pomocy finansowej na rachunku Pacjenta po skorzystaniu przez niego ze świadczeń, a przed wystawieniem rachunku, Pacjent powinien niezwłocznie, najlepiej w trakcie składania Wniosku o pomoc finansową, poinformować NMHC o Domniemaniu uprawnienia i przedstawić dokumentację potwierdzającą. W zakresie, w jakim informacje o takim uprawnieniu są dostępne bez zawiadomienia ze strony Pacjenta, NMHC wykorzysta je w celu zastosowania Domniemania uprawnienia. NMHC zastosuje również Domniemanie uprawnienia do świadczeń NHMC w przypadku, gdy Pacjent dostarczy zawiadomienie i dokumenty potwierdzające po rozpoczęciu procesu rozliczania.

V. ODNOŚNIKI

Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

ZAŁĄCZNIK D:

Domniemanie uprawnienia

Andrew Scianimanico

Wiceprezes

ds. cyklu przychodów

Data wejścia w życie: 1.09.2021 r.

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 12.2013 r.

Przegląd/zmiana: 12.2014 r. (poprzednia wersja Załącznik A do NMHC 03.0012 v 1.0 – 6/1/2011), 08.2016 r., 29.12.2017 r., 1.09.2021 r.

ZAŁĄCZNIK E: POWIADOMIENIE OGÓLNE – SZPITALNE PODMIOTY POWIĄZANE NMHC

I. DZIAŁANIA INFORMACYJNE PODEJMOWANE PRZEZ SZPITALNE PODMIOTY POWIĄZANE NMHC

W celu poinformowania Pacjentów, Poręczycieli, ich rodzin oraz całej społeczności o Programie pomocy finansowej NMHC Szpitalne podmioty powiązane NMHC podejmują działania mające na celu szerokie upowszechnienie niniejszej Polityki pomocy finansowej, Wniosku o pomoc finansową, opisu procesu składania Wniosku o pomoc finansową oraz „Streszczenia w prostym języku” Polityki pomocy finansowej (zwanym razem w niniejszym *Załączniku E* „Materiałami”) w społeczności obsługiwanej przez NMHC. Działania informacyjne obejmują:

- A. Udostępnienie Materiałów w szerokim zakresie na stronach internetowych Szpitalnych podmiotów powiązanych NMHC oraz na stronach NMHC, w tym:
 1. umieszczenie pełnych i aktualnych wersji Materiałów w widocznym miejscu na stronach internetowych;
 2. umożliwienie każdej osobie mającej dostęp do Internetu przeglądania, pobierania i drukowania Materiałów bez potrzeby posiadania specjalistycznego sprzętu komputerowego lub oprogramowania (poza oprogramowaniem ogólnodostępnym i bezpłatnym) oraz bez ponoszenia opłat na rzecz NMHC lub jej Szpitalnych podmiotów powiązanych, a także bez konieczności tworzenia konta lub podawania danych osobowych;
 3. podawanie przez NMHC oraz jej Szpitalne podmioty powiązane każdej osobie, która zapyta o dostęp do Materiałów online, bezpośredniego adresu strony internetowej (URL), na której znajdują się Materiały.
- B. Udostępnianie papierowych kopii Materiałów na żądanie i bezpłatnie, zarówno drogą pocztową, jak i w miejscach publicznych, w tym w punktach przyjęć lub rejestracji oraz na Oddziałach ratunkowych Szpitalnych podmiotów powiązanych NMHC.
- C. Umieszczenie w widocznym miejscu, w punktach przyjęć, rejestracji oraz na Oddziałach ratunkowych Szpitalnych podmiotów powiązanych NMHC, tablicy z napisem: „Możesz kwalifikować się do pomocy finansowej na warunkach oferowanych przez szpital kwalifikującym się pacjentom. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z: [wstawić dane kontaktowe przedstawiciela ds. pomocy finansowej w szpitalu]”. Tablica musi być sporządzona w języku angielskim oraz w każdym innym języku będącym głównym językiem dla co najmniej 1000 osób ze społeczności obsługiwanej przez Szpitalny podmiot powiązany NMHC lub populacji, z którą może on mieć do czynienia, bądź 5% tej społeczności lub populacji, w zależności od tego, która z tych liczb jest mniejsza.
- D. Powiadamianie i informowanie członków społeczności obsługiwanej przez poszczególne Szpitalne podmioty powiązane NMHC o niniejszej polityce oraz o możliwości uzyskania dodatkowych informacji dotyczących polityki i procesu składania wniosku, a także kopii Materiałów. Powiadomienia muszą być przekazywane w sposób racjonalnie ukierunkowany na dotarcie do tych członków społeczności, którzy najprawdopodobniej będą potrzebować Pomocy finansowej. W „racjonalnym ukierunkowaniu” sposobu powiadomienia należy uwzględnić języki używane przez członków społeczności obsługiwanych przez Szpitalny podmiot powiązany NMHC oraz inne cechy społeczności i Szpitalnego podmiotu powiązanego NMHC.
- E. Powiadamianie i informowanie pacjentów korzystających z opieki w Szpitalnym podmiocie powiązanym NMHC o niniejszej polityce oraz o możliwości uzyskania dodatkowych informacji dotyczących polityki i procesu składania wniosku, a także kopii Materiałów. Każdy Szpitalny podmiot powiązany NMHC zobowiązany jest w szczególności do:
 1. oferowania papierowej kopii Streszczenia w prostym języku niniejszej polityki podczas przyjęcia lub wypisu;

2. zamieszczania wyraźnej informacji pisemnej na rozliczeniach, powiadamiającej i informującej odbiorców o dostępności pomocy finansowej zgodnie z niniejszą polityką, wraz z podaniem numeru telefonu do biura lub działu danego Szpitalnego podmiotu powiązanego NMHC, który może udzielić informacji na temat tej polityki i procesu składania wniosku, a także bezpośredniego adresu strony internetowej (URL), na której można uzyskać kopie niniejszej polityki, Wniosku oraz Streszczenia polityki w prostym języku; oraz
 3. umieszczenia widocznych tablic informacyjnych (lub innych środków racjonalnie ukierunkowanych na przyciągnięcie uwagi pacjentów) powiadamiających i informujących pacjentów o niniejszej polityce w ogólnodostępnych miejscach w danym Szpitalnym podmiocie powiązanym NMHC, w tym przynajmniej na Oddziale ratunkowym oraz w punktach przyjęć.
- F. Materiały muszą być sporządzone w języku angielskim oraz przetłumaczone na każdy inny język będący głównym językiem dla co najmniej 1000 osób ze społeczności obsługiwanej przez Szpitalny podmiot powiązany NMHC lub populacji, z którą może on mieć do czynienia, bądź 5% tej społeczności lub populacji, w zależności od tego, która z tych liczb jest mniejsza.
- G. Wykaz świadczeniodawców innych niż sam Podmiot powiązany, zapewniających Opiekę w nagłych wypadkach lub inną opiekę Niezbędną z medycznego punktu widzenia w każdym Podmiocie powiązanym wraz z informacją, czy ci świadczeniodawcy są objęci niniejszą polityką, będzie prowadzony przez dział doradztwa finansowego i jest włączony do niniejszej polityki przez odniesienie.

II. ODOŚNIKI

- A. Internal Revenue Code Section 501(r)
- B. Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

ZALĄCZNIK E:
Powiadomienie

Andrew Scianimanico
Wiceprezes
ds. cyklu przychodów

Data wejścia w życie: 1.09.2021 r.

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 3.03.2015 r.

Przegląd: 1.09.2021 r.

ZAŁĄCZNIK F: OBOWIĄZUJĄCE TERMINY ORAZ INDYWIDUALNE WYMOGI W ZAKRESIE POWIADAMIANIA PACJENTÓW – SZPITALNE PODMIOTY POWIĄZANE NMHC**I. TERMIN ROZLICZENIA**

Zgodnie z ustawą Illinois Fair Patient Billing Act pacjenci powinni zostać poinstruowani, aby złożyć wniosek o pomoc finansową w terminie sześćdziesięciu (60) dni od daty wypisu lub otrzymania świadczenia ambulatoryjnego, w zależności od tego, który z tych terminów jest dłuższy, przy czym NMHC nie wysyła rachunków Pacjentom nieubezpieczonym przed upływem wskazanego terminu sześćdziesięciu (60) dni. NMHC może wystawiać rachunki Pacjentom po upływie terminu sześćdziesięciu (60) dni, jednakże będzie rozpatrywać Wnioski otrzymane w dowolnym momencie w trakcie Okresu składania wniosków.

II. DZIAŁANIA WYMAGANE W CELU USTALENIA UPRAWNIENIA PRZED PODJĘCIEM DZIAŁAŃ WINDYKACYJNYCH O CHARAKTERZE SZCZEGÓLNYM**A. Obowiązek powiadomienia**

Przed podjęciem jakichkolwiek Działań windykacyjnych o charakterze szczególnym Szpitalne podmioty powiązane NMHC podejmują uzasadnione działania zmierzające do ustalenia, czy dana osoba jest uprawniona do Pomocy finansowej, zgodnie z procedurą określoną w niniejszym *Załączniku F*. W szczególności, w odniesieniu do każdego świadczenia udzielonego przez Szpitalny podmiot powiązany NMHC danej osobie, podmiot ten podejmuje następujące kroki:

1. Powiadamia tę osobę o Programie pomocy finansowej, zgodnie z opisem w niniejszym *Załączniku F*, przed podjęciem jakichkolwiek działań windykacyjnych o charakterze szczególnym w celu uzyskania zapłaty za świadczenie i wstrzymuje się od podjęcia takich działań (z wyjątkiem przypadków opisanych w sekcji II.C niniejszego *Załącznika F*) przez co najmniej 120 dni od daty wystawienia przez Szpitalny podmiot powiązany NMHC pierwszego rozliczenia świadczeń po wypisie. UWAGA: W przypadku zsumowania dwóch lub więcej epizodów świadczeń okres 120 dni jest liczony od dnia wystawienia pierwszego rozliczenia po wypisie za najnowszy epizod świadczeń uwzględniony w tej sumie.
2. W przypadku złożenia niekompletnego Wniosku w Okresie składania wniosków – powiadamia daną osobę, jak należy uzupełnić Wniosek, i daje jej racjonalną możliwość jego uzupełnienia, zgodnie z sekcją II.D niniejszego *Załącznika F*.
3. W przypadku złożenia kompletnego Wniosku w Okresie składania wniosków – ustala, czy dana osoba jest uprawniona do Pomocy finansowej za dane świadczenie, zgodnie z sekcją II.E niniejszego *Załącznika F*.

B. Powiadomienie ogólne

Szpitalne podmioty powiązane NMHC informują Pacjentów i/lub Poręczycieli o Programie pomocy finansowej w sposób ogólny, podejmując następujące działania co najmniej 30 dni przed rozpoczęciem jednego lub większej liczby działań windykacyjnych o charakterze szczególnym w celu uzyskania zapłaty za świadczenie:

1. Dostarczają danej osobie pisemne powiadomienie o dostępności Pomocy finansowej dla osób spełniających kryteria kwalifikacyjne, wskazujące rodzaj działań windykacyjnych o charakterze szczególnym, które Szpitalny podmiot powiązany NMHC (lub inna upoważniona jednostka) zamierza podjąć, oraz określające termin, po którego upływie takie działania mogą zostać wszczęte, przypadający nie wcześniej niż 30 dni od daty przekazania pisemnego powiadomienia.

2. Wraz z powyższym powiadomieniem przekazują Streszczenie w prostym języku dotyczące Programu pomocy finansowej.
3. Podejmują rozsądne starania, aby ustnie poinformować daną osobę o Programie pomocy finansowej oraz o tym, jak uzyskać pomoc przy składaniu Wniosku.

C. Odroczenie lub odmowa udzielenia świadczeń ze względu na brak płatności za wcześniejsze świadczenia

W przypadku gdy działanie windykacyjne o charakterze szczególnym polega na odroczeniu lub odmowie udzielenia świadczenia ze względu na brak płatności za wcześniejsze świadczenia, Szpitalny podmiot powiązany NMHC może poinformować daną osobę o Programie pomocy finansowej w terminie krótszym niż 30 dni przed podjęciem tego działania, pod warunkiem że Szpitalny podmiot powiązany NMHC:

1. Spełnia pozostałe wymogi sekcji II.B niniejszego *Załącznika F*, lecz zamiast powiadomienia opisanego w sekcji II.B przekazuje danej osobie Wniosek oraz pisemne powiadomienie o dostępności Pomocy finansowej dla osób spełniających kryteria kwalifikacyjne wraz z określeniem ewentualnego ostatecznego terminu, po którego upływie Szpitalny podmiot powiązany NMHC nie będzie już przyjmował ani rozpatrywał Wniosków złożonych (lub, w stosownych przypadkach, uzupełnionych) przez tę osobę dotyczących wcześniej udzielonego świadczenia. Termin ten nie może przypadać wcześniej niż 30 dni od dnia przekazania pisemnego powiadomienia lub 240 dni od dnia przekazania pierwszego rozliczenia po wypisie za wcześniej udzielone świadczenie, w zależności od tego, który z tych terminów jest późniejszy.
2. Jeśli dana osoba złoży Wniosek dotyczący wcześniej udzielonego świadczenia w terminie określonym powyżej (lub w dowolnym momencie, jeśli Szpitalny podmiot powiązany NMHC nie wyznaczył takiego terminu), Wniosek jest rozpatrywany w trybie przyspieszonym.

D. Niekompletny Wniosek

Jeśli dana osoba złoży niekompletny Wniosek w Okresie składania wniosków, Szpitalne podmioty powiązane NMHC zobowiązane są do:

1. Wstrzymania wszelkich działań windykacyjnych o charakterze szczególnym.
2. Przekazania tej osobie pisemnego powiadomienia o tym, jakie dodatkowe materiały są wymagane do uzupełnienia jej wniosku. Powiadomienie to musi zawierać Streszczenie w prostym języku dotyczące Programu pomocy finansowej, a także numer telefonu oraz fizyczną lokalizację biura lub działu Szpitalnego podmiotu powiązanego NMHC, który może udzielić informacji o Programie pomocy finansowej i pomóc przy składaniu Wniosku. Osoba ta powinna dostarczyć dodatkowe materiały najpóźniej z upływem Okresu składania wniosków lub w ciągu trzydziestu (30) dni od otrzymania powiadomienia, w zależności od tego, który termin jest późniejszy, z wyjątkiem szczególnych okoliczności.

E. Kompletny Wniosek

Jeśli dana osoba złoży kompletny Wniosek w Okresie składania wniosków, Szpitalne podmioty powiązane NMHC zobowiązane są do:

1. Wstrzymania wszelkich działań windykacyjnych o charakterze szczególnym przeciwko tej osobie.

2. Przeprowadzenia i udokumentowania ustaleń, czy dana osoba jest uprawniona do otrzymania Pomocy finansowej.
 3. Pisemnego powiadomienia tej osoby o wyniku ustalenia uprawnienia, w tym – w stosownych przypadkach – o rodzaju pomocy finansowej, do której się kwalifikuje, oraz o podstawie dokonanego ustalenia.
 4. Jeśli ta osoba jest uprawniona do otrzymania Pomocy finansowej, Szpitalne podmioty powiązane NMHC:
 - a. przekazują tej osobie (uprawnionej do Pomocy finansowej innej niż Opieka bezpłatna) rozliczenie wskazujące kwotę, jaką ta osoba jest zobowiązana zapłacić jako uprawniona do Pomocy finansowej, sposób obliczenia tej kwoty oraz informację o tym, w jaki sposób można uzyskać dane dotyczące Kwot zwykle naliczanych za dane świadczenie;
 - b. zwracają wszelkie kwoty (z wyjątkiem kwot poniżej 5,00 USD lub innej wartości określonej w komunikacie bądź innych wytycznych opublikowanych w Internal Revenue Bulletin), które ta osoba wcześniej zapłaciła za świadczenie objęte Wnioskiem, jeśli przekraczają one kwotę, jaką zgodnie z dokonanym ustaleniem zobowiązana jest zapłacić jako osoba uprawniona do Pomocy finansowej; oraz
 - c. cofają wszelkie działania windykacyjne o charakterze szczególnym (z wyjątkiem sprzedaży wierzytelności).
- F. Szpitalne podmioty powiązane NMHC są zobowiązane do dokumentowania wszystkich wymogów dotyczących powiadamiania określonych w niniejszym załączniku F.
- G. Wdrożenie niniejszego Załącznika musi być zgodne z przepisami 26 C.F.R. 1.501(r)-6. W zakresie, w jakim niniejszy Załącznik F jest niezgodny z przepisami 26 C.F.R. 1.501(r)-6, lub w zakresie, w jakim przepisy 26 C.F.R. 1.501(r)-6 zawierają bardziej szczegółowe informacje na temat wdrożenia niniejszego Załącznika F, pierwszeństwo mają przepisy 26 C.F.R. 501(r)-6.

III. ODNOŚNIKI

- A. Internal Revenue Code Section 501(r)
- B. Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

ZAŁĄCZNIK F:
Obowiązujące terminy

Andrew Scianimanico
Wiceprezes
ds. cyklu przychodów

Data wejścia w życie: 1.09.2021 r.

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 3.03.2015 r.
Przegląd: 1.09.2021 r.

ZAŁĄCZNIK G: WYKAZY ŚWIADCZENIODAWCÓW**I. WYKAZ ŚWIADCZENIODAWCÓW OBJĘTYCH LUB NIEOBJĘTYCH NINIEJSZĄ POLITYKĄ**

- A. Dział doradztwa finansowego prowadzi, w imieniu każdego Szpitalnego podmiotu powiązanego NMHC, wykaz świadczeniodawców innych niż dany Szpitalny podmiot powiązany NMHC, którzy zapewniają Opiekę w nagłych wypadkach lub inną opiekę Niezbędną z medycznego punktu widzenia, wraz z informacją, czy ci świadczeniodawcy są objęci niniejszą polityką.
- B. Wykaz jest dostępny na stronie internetowej danego Szpitalnego podmiotu powiązanego NMHC. Papierowe kopie wykazu są również dostępne bezpłatnie w dziale doradztwa finansowego.
- C. Wykaz jest aktualizowany co najmniej raz na kwartał.

II. ODNOŚNIKI

- A. Internal Revenue Code Section 501(r)
- B. Internal Revenue Notice 2015-46

ZAŁĄCZNIK G:

Wykazy świadczeniodawców

Andrew ScianimanicoWiceprezes
ds. cyklu przychodów**Data wejścia w życie: 1.09.2021 r.****HISTORIA ZMIAN:**

Sporządzono: 3.03.2015 r.

Przegląd/zmiana: 17.08.2016 r., 1.09.2021 r.

ZAŁĄCZNIK H: POMOC FINANSOWA NA BADANIA LABORATORYJNE**I. OPIS POMOCY FINANSOWEJ DLA PACJENTÓW NA BADANIA LABORATORYJNE**

- A. NMHC zapewnia dostęp do usług badań laboratoryjnych świadczonych przez NM Lab, oddział Northwestern Memorial Hospital (NMH), oraz HealthLab, oddział Central DuPage Hospital. Pomoc finansowa na badania laboratoryjne dotyczy wyłącznie sald pacjentów z tytułu badań wykonywanych przez NM Lab i HealthLab na próbkach pobranych w gabinetach lekarskich i przesłanych do NM Lab lub HealthLab bądź próbkach pobranych w punktach pobrań NM Lab i HealthLab.
- B. NMHC ocenia, czy pacjenci NM Lab i HealthLab kwalifikują się do otrzymania pomocy finansowej w związku z saldami zobowiązań.
- C. Pomoc finansowa na badania laboratoryjne nie przysługuje beneficjentom programów rządowych (w tym planów Medicare Advantage i planów opieki zdrowotnej Medicaid).
- D. Obsługą Pomocy finansowej na badania laboratoryjne zajmuje się dział rozliczeń z pacjentami NMHC w ramach zautomatyzowanego procesu rozliczania pacjentów. Pomoc ta jest automatycznie odliczana od sald uprawnionych pacjentów.

II. ŚWIADCZENIA

- A. Badania laboratoryjne szpitalne i profesjonalne niezbędne z medycznego punktu widzenia wykonywane przez NM Lab i HealthLab.
- B. Pomoc finansowa nie ma zastosowania do usług rozliczanych z klientem, w ramach których NM Lab lub HealthLab mogą wykonywać badania laboratoryjne i wystawiać rachunki bezpośrednio praktykom lekarskim (klientom), a nie ubezpieczycielom czy pacjentom. Pacjenci korzystający z usług rozliczanych z klientem otrzymują rachunek od klienta, a nie od NM Lab czy HealthLab.

III. WYMOGI DOTYCZĄCE REZYDENCJI

W przypadku Pomocy finansowej na badania laboratoryjne nie obowiązują żadne wymogi dotyczące rezydencji.

IV. OBLICZANIE WYSOKOŚCI POMOCY FINANSOWEJ NA BADANIA LABORATORYJNE

- A. NMHC nalicza zniżkę w wysokości dziewięćdziesięciu procent (90%) od niespłaconych zobowiązań pacjentów powyżej siedemdziesięciu pięciu dolarów (75 USD) w przypadku pacjentów, których dochód mieści się poniżej 600% federalnego progu ubóstwa (FPL), oraz zniżkę w wysokości stu procent (100%) od wszelkich niespłaconych zobowiązań w przypadku pacjentów, których dochód mieści się poniżej 250% FPL.
- B. Po odliczeniu Pomocy finansowej na badania laboratoryjne mogą zostać przyznane dodatkowe zniżki.

ZAŁĄCZNIK H:

Pomoc finansowa na badania laboratoryjne

Andrew Scianimanico

Wiceprezes

ds. cyklu przychodów

Data wejścia w życie: 1.09.2022 r.

HISTORIA ZMIAN:

Sporządzono: 3.06.2017 r.

Przegląd/zmiana: 1.09.2021 r., 1.09.2022 r.