

## Rush Copley Medical Center

### Política y procedimiento

---

**Título:** Política de Ayuda Económica

**Autor:** Terry Wilson/Stacey Ries

**Fecha de inicio:** 06/2016

**Fecha de la próxima revisión:** 12/1/2024

---

### **Objetivo**

Rush Copley Medical Center (**RCMC**) está comprometido con cuidar a toda la comunidad. Para poder atender a quienes tal vez no tengan un seguro médico, un seguro médico suficiente u otros medios para pagar su atención, RCMC ofrece un programa integral de ayuda económica/ayuda benéfica (“**Ayuda**”) para los pacientes elegibles. Esta política de ayuda económica (“**Política**”) se desarrolló para ayudar a los pacientes/garantes que no pueden cumplir económicamente con el pago mínimo que se exige para los servicios médicamente necesarios que se prestan en RCMC y para dar las directrices para los procesos de solicitud y ajuste de saldos.

RCMC presta servicios de atención médica sin discriminación a las personas, independientemente de su capacidad de pago, cuando los piden y se consideran médicamente necesarios. La ayuda está disponible para aquellas personas que cumplan los requisitos de elegibilidad según esta política y que han presentado una solicitud completa. Los representantes de RCMC para los pacientes están disponibles para trabajar en estrecha colaboración con los pacientes para revisar las opciones de pago y determinar su elegibilidad.

Las disposiciones de esta política se aplican a Copley Memorial Hospital, Inc. Rush Copley Medical Group NFP y a todas las corporaciones subsidiarias que prestan servicios de atención médica, conocidas colectivamente como “**RCMC**”. Como parte de la misión de RCMC de dar atención médica integral y coordinada a nuestros pacientes, ofrecemos varios Programas de Ayuda para asistir a los pacientes con los costos de atención médica por servicios médicamente necesarios o de emergencia. En RCMC, a todos los pacientes se les trata con dignidad, independientemente de su capacidad de pago. Los servicios de emergencia nunca se negarán ni retrasarán basándose en la capacidad de pago del paciente. Esta política define las directrices y los criterios para calificar para todos los componentes de los Programas de Ayuda de RCMC. Cualquier ayuda que se dé se aplicará únicamente a la responsabilidad del paciente por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.

La ayuda, como se indica abajo, puede cubrir los deducibles, los copagos y los coseguros restantes del paciente después del seguro. De manera similar, la ayuda no está disponible para los pacientes que reciben atención en RCMC como servicios fuera de la red, excepto para servicios de emergencia. La Ayuda solo está disponible para los pacientes cuyos servicios se consideran médicamente necesarios o son servicios de emergencia.

Esta política tiene por objeto cumplir la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos, la Ley de Descuentos para Pacientes Hospitalarios sin Seguro Médico de Illinois (“**Ley de Descuentos**”) y la Ley de Facturación Justa del Paciente de Illinois (“**Ley de Facturación**”) y las reglamentaciones promulgadas según las mismas y debe interpretarse y aplicarse según dichas leyes y reglamentaciones. Esta política se adoptará por separado y la revisarán anualmente los órganos rectores de RCMC.

Esta política describe: (i) los criterios de elegibilidad para la ayuda y si dicha ayuda incluye servicios gratuitos o con descuento; (ii) la base para calcular las cantidades que se les cobran a los pacientes; (iii) el método de solicitud de la ayuda económica; (iv) las acciones de cobro que RCMC puede tomar en caso de falta de pago, incluyendo las acciones de cobro civil, informar a las agencias de informes de crédito del consumidor y posiblemente diferir la atención que no sea de emergencia o de urgencia; y (v) el enfoque de RCMC para las determinaciones de posible elegibilidad y los tipos de información que usará para evaluar la posible elegibilidad.

RCMC cumplirá todas las leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales aplicables a la conducta descrita en esta política. Si las disposiciones de esta política quedan sujetas a otros requisitos legales federales, estatales o locales, y esas leyes imponen requisitos más estrictos que los descritos en esta política, entonces esas leyes regirán la forma en que RCMC administra su programa de ayuda económica.

Consulte las definiciones que comienzan en la página 10.

### **Programas de ayuda económica y criterio de elegibilidad**

Esta política describe aquellas circunstancias en las que RCMC puede prestar atención sin cargo o con una tarifa con descuento según la necesidad económica del paciente. Es posible que se exija una prueba de residencia en Illinois para calificar para cualquiera de los programas descritos en esta política. Además, se le puede pedir a un paciente que complete una solicitud y entregue la documentación de respaldo, como se describe abajo, para determinar la elegibilidad. En algunos casos, RCMC, a su exclusivo criterio, puede no pedir la documentación de respaldo para determinar los posibles programas de ayuda benéfica y de descuento para pacientes sin seguro, siempre que RCMC pueda verificar la elegibilidad mediante el uso de información disponible de terceros. Si un paciente califica para más de un programa, prevalecerá el programa que dé el mayor beneficio para el paciente. Solo se harán excepciones a esta política en circunstancias extraordinarias y con la aprobación previa del vicepresidente sénior de Finanzas, el director financiero o su designado.

- A. Cualquier persona que reciba servicios médicamente necesarios en RCMC será considerado para recibir ayuda al calificar para la elegibilidad según esta política. La política y la solicitud se le entregarán a cualquier individuo que lo pida sin distinción de raza, origen étnico, color, religión, sexo, identidad de género, país de origen, edad, discapacidad o estatus migratorio.
- B. Los solicitantes que pidan ayuda deben esperar:
  - 1. Completar una solicitud dando toda la documentación de respaldo que se pide.
  - 2. Presentar la solicitud completa en los 240 días posteriores a la recepción de los servicios médicamente necesarios.
  - 3. Una vez que se haya recibido una solicitud completa, recibirán una respuesta aprobando o denegando la misma no menos de 60 días antes de que se inicien las acciones extraordinarias de cobro.
  - 4. Aunque los descuentos de ayuda pueden variar según el tipo de ayuda que se ofrezca, todos los cargos por servicios de emergencia y médicamente necesarios que se dan a los pacientes elegibles para ayuda con niveles de ingresos inferiores al 600 % del Nivel federal de pobreza (“FPL”) no se facturarán más que las “Cantidades generalmente facturadas”.

5. Si en cualquier momento durante el proceso de revisión, RCMC descubre que una solicitud se falsificó o que la información es inexacta, la solicitud será denegada y se iniciarán o reanudarán las acciones de cobro normales o extraordinarias, según corresponda.
- C. La ayuda se calcula según los ingresos brutos de la familia durante los últimos doce (12) meses. La solicitud seguirá siendo válida durante 12 meses antes de que se exija una nueva solicitud, siempre que en la solicitud se haya actualizado la información económica cada 4 meses después de la aprobación inicial.
- D. La determinación de la elegibilidad del solicitante se hará tan pronto como sea posible, una vez que se entregue y verifique toda la información necesaria.
- E. No todos los servicios de atención médica están cubiertos por la ayuda. Por ejemplo, su médico u otro proveedor que no sea un hospital no puede participar en el programa de ayuda de RCMC.
- F. Los solicitantes deben informar a RCMC sobre cualquier cambio importante en su situación económica en el plazo de los treinta (30) días de dicho cambio.

### **Resumen del proceso de solicitud de ayuda económica**

1. El programa de ayuda puede ser iniciado por el paciente, un familiar, el médico o el departamento del hospital (por ejemplo, Administración, Administración de la Atención y Atención Pastoral). Cualquier asesor económico o miembro del personal de Servicios Financieros para Pacientes puede comenzar el proceso de solicitud inicial y evaluar la elegibilidad.
2. A los solicitantes se les pide que completen y devuelvan la solicitud con toda la documentación de respaldo necesaria a un asesor económico o a un miembro del personal de Servicios Financieros para Pacientes en los 240 días posteriores a que se reciban los servicios médicamente necesarios.
3. Los asesores económicos revisan y evalúan las solicitudes para determinar la cantidad elegible (si corresponde) de ayuda y luego se entregan al gerente y director de Servicios Financieros para Pacientes para su aprobación final. RCMC se reserva el derecho de verificar los expedientes de crédito y cualquier otra fuente para verificar los ingresos y los activos.
4. Después de que Servicios Financieros para Pacientes tome la determinación final sobre en qué medida se otorga o no la ayuda, se le avisa al solicitante por correo y se aplican los ajustes de descuento de ayuda a los saldos pendientes.
5. Los solicitantes pueden recibir aprobación para recibir ayuda varias veces, siempre y cuando se haya verificado toda la documentación económica necesaria para cada nueva solicitud recibida, y siempre que los documentos económicos originales o actualizados no tengan más de cuatro (4) meses desde la presentación anterior.
6. Si se determina que el solicitante tiene la capacidad para pagar los servicios médicamente necesarios, tal determinación no impide que se haga una evaluación futura de la capacidad de pago del solicitante.
7. Una hoja de trabajo/informe de todas las solicitudes aprobadas y denegadas incluye, como mínimo, la cantidad de ayuda otorgada o denegada y la justificación.

8. Las solicitudes de ayuda aprobadas y la documentación de respaldo se conservan durante siete (7) años.
- G. Cada solicitud se revisará basándose en las circunstancias individuales en el momento de presentar la solicitud, y es posible que se pida más información. Ninguna información debe tener más de cuatro (4) meses y el solicitante debe avisar a RCMC sobre cualquier cambio importante en su situación económica en el plazo de los treinta (30) días después de dicho cambio. Si corresponde, se usarán los siguientes documentos para verificar los ingresos y activos:
1. Identificación válida con foto extendida por el gobierno: como licencia de conducir, pasaporte o identificación extendida por el gobierno.
  2. La última o más reciente declaración anual de impuestos sobre ingresos (1040, 1040EZ) con todos los formularios W-2 y anexos adjuntos.
  3. Los dos últimos talones de cheques de pago o cheques por desempleo, o una declaración por escrito de sus ganancias recibidas de su empleador de los dos (2) meses anteriores.
  4. Documentos donde se apruebe o rechace el subsidio de desempleo o la Compensación de los Trabajadores (si corresponde) o la ayuda del Departamento de Ayuda Pública.
  5. La declaración de los beneficios mensuales de Seguro Social o la negación de los beneficios (si corresponde).
  6. Todos los estados de cuenta de cuentas corrientes, de ahorros o declaraciones de ganancias de inversión y cuentas del período de los dos (2) meses anteriores.
  7. Una copia vigente de una tarjeta del Departamento de Ayuda Pública de Illinois o comprobante de inscripción en cualquiera de los programas de ayuda mencionados en la sección de posible elegibilidad de esta política.
  8. En caso de que falte documentación, se exige que el solicitante o su designado complete y firme las cartas de alojamiento y comida que den apoyo a la documentación correspondiente, o bien una carta de información faltante o incompleta donde se detalle el motivo por el que no se entregó la documentación que se pedía.
  9. La solicitud debe ser firmada por el solicitante o su designado verificando que toda la información que se incluye es precisa y veraz, y que el solicitante está pidiendo ayuda según esta política.
  10. En el caso de los pacientes fallecidos, sin cónyuge sobreviviente y sin patrimonio abierto, cualquier familiar o representante del hospital puede completar la solicitud en nombre del paciente fallecido.
- H. Las directrices de ingresos para la ayuda se actualizarán cuando se publiquen cambios en las Directrices Federales de Pobreza en el Registro Federal.
- I. El solicitante debe presentar solicitud a otros programas de ayuda pública antes de considerar la ayuda. Los ajustes de descuento por la ayuda solo están disponibles para aquellas personas que agoten todas las demás formas de pago de terceros, que pueden incluir solicitudes a Medicare,

intercambio de seguros médicos, otra responsabilidad de terceros, cobertura de Compensación de los Trabajadores, SCHIP, Ayuda Publica de Illinois o cualquier otro programa público según sus requisitos de elegibilidad, y que entreguen documentación de su incapacidad de pago.

- J. La ayuda no se aprobará hasta que se hayan recibido todos los pagos de terceros correspondientes y se aplicará solo a los saldos personales abiertos después de que se hayan contabilizado todos esos pagos. Las cantidades aprobadas no deben exceder el saldo actual del paciente.
- K. La ayuda no está disponible ni se aplica a ningún servicio de atención médica de RCMC que no estaría cubierto por el programa de Medicare como servicios médicamente necesarios para los beneficiarios. La ayuda tampoco se aplica a los servicios que no son médicamente necesarios, como los servicios electivos, cosméticos o no médicos, como servicios sociales o vocacionales, excepto como se menciona abajo.
- L. Las cuentas de los pacientes que han pasado por el proceso de cobro se pueden revisar en cualquier momento, siempre que haya un saldo abierto pendiente. Si se determina que hay suficiente información económica del solicitante disponible para cumplir las directrices de ingresos, se puede conceder la ayuda según la información que se conozca y verifique.
- M. Antes de tomar cualquier acción extraordinaria de cobro, RCMC hará los esfuerzos razonables para determinar si un solicitante es elegible para recibir ayuda. Los solicitantes tendrán un mínimo de 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta de facturación posterior a recibir el alta para presentar una solicitud de revisión antes de que se inicie cualquier acción extraordinaria de cobro.
- N. Después de recibir una solicitud completa, se determinará tan pronto como sea posible si el solicitante es elegible, siempre que la solicitud esté completa, lo que permitirá un mínimo de 60 días para dar al solicitante un aviso por escrito de la determinación y antes del inicio de cualquier acción extraordinaria de cobro.
- O. RCMC aplicará el descuento de ayuda económica correspondiente a todos los saldos abiertos y los reembolsos de cualquier pago anterior en las cuentas se revisarán y entregarán según lo exija la ley y basado en la aprobación de la solicitud para los pagos que se hicieron antes de completar la solicitud.

## **Requisitos de residencia**

1. Los solicitantes que hayan recibido servicios médicamente necesarios y: a) sean residentes legales de Illinois o, b) no sean residentes legales de Illinois, pero vivan en Illinois y tengan la intención de permanecer allí y no se hayan mudado solamente para recibir atención médica, son elegibles para obtener ayuda. No hay requisito de residencia para ningún paciente que reciba servicios de emergencia.
2. A excepción de los solicitantes que reciben servicios de emergencia, los solicitantes que no son residentes legales de Illinois y que en el momento del servicio no viven en Illinois con la intención de quedarse, o que se han mudado con el único propósito de recibir atención médica, no son elegibles para recibir ayuda.

## **Cómo calcular las cantidades que se les cobran a los pacientes**

### **Posible ayuda benéfica**

Se supone que cualquier solicitante que cumpla los requisitos y los criterios de abajo es elegible para recibir ayuda. Los solicitantes que se supone que son elegibles no necesitan completar una solicitud, siempre que, sin embargo, entreguen prueba de los requisitos de abajo.

### **Requisitos de elegibilidad para el ajuste de descuento del 100 % cuando el paciente:**

1. Es una persona sin hogar;
2. Falleció y no tiene patrimonio;
3. Padece una incapacitación mental y no cuenta con alguien que lo represente;
4. Es elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio ni para los servicios no cubiertos;
5. Está detenido en una institución penitenciaria;
6. Los ingresos familiares son de menos del 200 % de las Directrices Federales de Pobreza.
7. Está inscrito en uno de los siguientes programas de ayuda:
  - a. Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC);
  - b. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP);
  - c. Programas de Illinois de Almuerzos y Desayunos Gratuitos;
  - d. Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP);
  - e. Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF); o
  - f. Está inscrito en un programa organizado de la comunidad que da acceso a una atención médica que evalúa y documenta las situaciones económicas limitadas con ingresos bajos como criterio para la membresía.

### **Proceso de solicitud de descuentos:**

RCMC da ayuda a los solicitantes según esta política, excepto según lo que se contempla en la sección de abajo. La ayuda para los solicitantes estará disponible para todos los servicios médicamente necesarios y servicios de emergencia no cubiertos por el seguro y para todos los saldos abiertos, independientemente de cuándo se aprobó la solicitud.

### **Servicios excluidos de la ayuda económica**

Para los fines de esta política, “médicamente necesario” significa cualquier servicio de hospital para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluyendo productos o suministros farmacéuticos que da un hospital a un paciente, cubiertos por el Título XVIII de la Ley Federal de Seguridad Social para los beneficiarios con la misma presentación clínica que el paciente sin seguro. Por consiguiente, los siguientes servicios no se consideran médicamente necesarios según esta política:

- Los servicios que Medicare define como no cubiertos incluyen:
  - Procedimientos electivos
  - Operación de bypass gástrico
  - Experimentales, incluyendo procedimientos y dispositivos o implantes no aprobados por la FDA
  - Cirugía cosmética electiva (pero no cirugía plástica diseñada para corregir la desfiguración causada por una lesión, enfermedad o defecto congénito o deformidad)
  - Servicios no médicos como servicios sociales y vocacionales

- Programa para trastorno alimenticio
  - Implantes de lentes oftalmológicos
  - Infertilidad
  - Atención de ortodoncia
  - Técnicas quirúrgicas asistidas por robótica, si hay otro tratamiento convencional disponible
- Otras exclusiones:
    - Servicios destinados únicamente a mejorar la apariencia (por ejemplo, cosméticos), servicios electivos para tratar una condición de conveniencia o una condición que no necesita atención inmediata o servicios que no son médicamente necesarios.
    - Servicios o procedimientos para los cuales existe un sustituto razonable, o si existe un servicio o procedimiento alternativo que está cubierto por la compañía de seguros del paciente.
    - Servicios o procedimientos por los que una aseguradora niega el pago por falta de necesidad médica.

### **Cálculo del descuento**

RCMC da ayuda a pacientes elegibles asegurados y sin seguro utilizando dos métodos de cálculo: (1) la escala variable de tarifas del asegurado, o (2) ayuda para personas sin seguro/catastrófica. Si el paciente califica según ambos métodos, RCMC aplicará el método que sea más beneficioso para el solicitante. Para todas las solicitudes, los solicitantes deberán dar información de sus bienes para determinar si esos bienes superan el 600 % de las Directrices Federales de Pobreza vigentes en ese momento.

### **Descuento para pacientes asegurados**

Los descuentos según la escala variable de tarifas del asegurado se calculan de la siguiente manera:

1. Los residentes legales de Illinois con ingresos familiares del 300 % o menos según las Directrices Federales de Pobreza vigentes son elegibles para recibir un descuento del 100 %. El descuento se aplicará a los coseguros y deducibles, y también a los servicios médicamente necesarios que no cubre el seguro.
2. Los residentes legales de Illinois con ingresos familiares superiores al 300 %, pero inferiores o equivalentes al 600 % de las Directrices Federales de Pobreza actuales, son elegibles para un descuento del 80 % o una cantidad de descuento equivalente a la cantidad generalmente facturada por servicios médicamente necesarios no cubiertos por seguro, la cantidad que resulte más ventajosa para el paciente.

### **Descuento para pacientes sin seguro**

RCMC dará ayuda a los pacientes sin seguro de acuerdo con la Ley de Descuentos para Pacientes Hospitalarios sin Seguro Médico de Illinois.

1. Los residentes legales de Illinois con ingresos familiares del 300 % o menos según las Directrices Federales de Pobreza vigentes son elegibles para recibir un descuento del 100 %.

Los residentes legales de Illinois con ingresos familiares superiores al 300 %, pero inferiores o equivalentes al 600 % de las Directrices Federales de Pobreza vigentes, son elegibles para un descuento del 80 % o un descuento que se calcula según la relación costo-cargo que se recibe del estado de Illinois, derivado de la Hoja de Trabajo C, Parte I del Informe de Costos de Medicare presentado más

recientemente. El factor de descuento para personas sin seguro significa y se calcula como 1.0 menos el producto de la relación costo-cargo de un hospital multiplicado por 1.35; la cantidad del descuento aplicado sería la cantidad que resulte más ventajosa para el paciente.

### **Programa de saldo catastrófico**

1. Para los solicitantes con ingresos familiares superiores al 300 %, pero menores o equivalente al 600 % de las Directrices Federales de Pobreza vigentes, el pago total no deberá superar el 20 % de los ingresos familiares del solicitante durante un período de doce meses.
2. En el siguiente ejemplo se calcula el descuento de las necesidades en caso de catástrofe. Para calificar, la deuda debe ser mayor que los ingresos en un período de 12 meses; el descuento debe ser igual a los cargos totales, menos el 20 % del nivel de ingresos.

|   |                  |
|---|------------------|
| Obligación facturada al solicitante (12 meses)            | \$220,000        |
| Ingresos anuales (12 meses)                               | \$200,000        |
| 20 % de la obligación/ingresos familiares del solicitante | <u>\$44,000</u>  |
| <u>Cantidad del descuento</u>                             | <u>\$176,000</u> |

### **Otros descuentos**

Todos los pacientes sin seguro recibirán un descuento del 30 % aplicado al saldo de sus cargos, en el momento de la facturación inicial, basado en los cargos totales por cualquier servicio médicamente necesario prestado por RCMC, siempre que se hayan agotado todas las demás fuentes de pago de terceros.

Todos los demás descuentos a los saldos de los pacientes se detallan en la política de Ajuste administrativo/Descuento a los cargos de RCMC.

### **Cobros y otras medidas tomadas en caso de incumplimiento de pago**

RCMC tiene el derecho de tratar de cobrar los saldos no pagados y vencidos directamente o por medio de una agencia de cobro externa. Si la solicitud no se completa y envía a tiempo, RCMC puede tratar de cobrarle al paciente. RCMC puede incluir la cuenta de un paciente en una agencia de crédito o una oficina de crédito. RCMC se reserva el derecho de tratar de imponer gravámenes a los beneficios/ingresos del seguro (automóvil, responsabilidad civil, vida y salud) en relación con su proceso de cobro en la medida en que exista un seguro de responsabilidad civil de terceros. No se presentarán juicios personales ni gravámenes contra personas elegibles para FAP.

Antes de iniciar, o reanudar, cualquiera de las acciones extraordinarias de cobro mencionadas aquí (excepto el aplazamiento o la denegación de la atención por falta de pago de las cantidades por atención anterior), RCMC extenderá un aviso por escrito al paciente que (i) describa las actividades específicas de cobro que pretende iniciar (o reanudar), (ii) dará una fecha límite después de la cual se iniciarán (o reanudarán) dichas acciones, e (iii) incluirá un resumen en lenguaje simple de esta política (el “**Aviso de inicio de ECA**”). RCMC también hará un esfuerzo razonable para notificar al paciente sobre esta política.

RCMC puede diferir o denegar (o exigir un pago antes de prestar) la atención médicamente necesaria, pero no los servicios de emergencia, debido a la falta de pago del paciente por la atención anterior. RCMC no necesita dar el Aviso de inicio de ECA descrito arriba antes de diferir o denegar (o exigir el



pago antes de prestar) atención basada en la falta de pago en el pasado. Sin embargo, RCMC dará avisos por separado, que se describen abajo, después de lo cual puede diferir o denegar (o pedir el pago antes de prestar) la atención de inmediato. El requisito de notificación específico para esta acción de cobro se cumple si RCMC da una copia de su solicitud al paciente, le notifica que la ayuda está disponible y da un resumen de esta política en lenguaje simple.

## **Anuncio de la política**

RCMC tomará los siguientes pasos para asegurarse de que los miembros de las comunidades a las que se prestarán servicios conozcan el programa de ayuda y tengan acceso a esta política y a los documentos relacionados.

- ❖ RCMC pondrá a disponibilidad de la comunidad una copia de esta política publicándola en línea en [www.rush.edu/financial-assistance](http://www.rush.edu/financial-assistance) junto con copias descargables de la solicitud (formulario e instrucciones) y un resumen de esta política en lenguaje simple. No habrá cargos por acceder a este material.
- ❖ RCMC avisará e informará a las visitas sobre el Programa de Ayuda por medio de anuncios colocados en lugares visibles, designados para captar la atención de las visitas.
- ❖ RCMC tendrá disponible esta política en medio impreso y en línea, el resumen en lenguaje simple y la solicitud en inglés, español, tagalo y polaco.
- ❖ Cada estado de cuenta de facturación de las cuentas de pago por cuenta propia incluirá información sobre el Programa de Ayuda Económica.
- ❖ RCMC incluirá información sobre la disponibilidad de ayuda económica en las guías de los pacientes que se les entregan en el momento del registro.

## **Comuníquese con nosotros**

Para obtener una copia de la solicitud, visite [www.rush.edu/financial-assistance](http://www.rush.edu/financial-assistance). También hay disponibles copias impresas de la solicitud en todos los lugares de registro.

### **Las solicitudes completas se deben devolver o enviar por correo a:**

Rush Copley Medical Center  
2000 Ogden Avenue  
Aurora, IL 60504

(630) 978-4990, lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Envíenos un correo electrónico a: [RC\\_Business\\_Office@rush.edu](mailto:RC_Business_Office@rush.edu)

La tabla de ayuda benéfica del año en curso que da la información de la escala variable del FPL del año en curso, la cantidad del descuento sobre las cantidades generalmente facturadas y la cantidad del descuento para personas sin seguro está disponible llamando al teléfono de arriba.

### **Para todas las preguntas de facturación, comuníquese con:**

Servicio al Cliente

(630) 978-4990, lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Envíenos un correo electrónico a: [RC\\_Business\\_Office@rush.edu](mailto:RC_Business_Office@rush.edu)

### **Anexos:**

Directrices Federales de Pobreza por número de integrantes de la familia

Tasa de descuento de la relación costo-cargo

Tasa de descuento de las cantidades generalmente facturadas

Lista de proveedores que no siguen la Política de Ayuda Económica de RCMC

## **Definiciones**

***Cantidades generalmente facturadas/descuento sobre las cantidades generalmente facturadas:*** El descuento que se necesita para garantizar que los cargos por los servicios de emergencia u otra atención médicamente necesaria que se presta durante una visita ambulatoria o una estancia como paciente hospitalizado a personas elegibles para recibir ayuda según esta política no superen las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen Medicare o un seguro comercial que cubre esa atención. El cálculo del descuento de la cantidad generalmente facturada se hará según la normativa basada en el método de revisión retroactiva.

***Solicitante:*** Un solicitante es la persona que presenta una solicitud, incluyendo al paciente o al garante del paciente.

***Solicitud:*** Una solicitud de ayuda.

***Período de solicitud:*** El período durante el que RCMC debe aceptar y procesar una solicitud para poder haber hecho los esfuerzos razonables para determinar si el solicitante es elegible para recibir ayuda. El período de solicitud comienza en la fecha en que la persona recibió la atención y finaliza 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta de facturación posterior a recibir el alta.

***Cargos facturados:*** Cargos aplicados por un servicio basado en los aranceles vigentes en el momento del servicio antes de aplicar bonificaciones, descuentos o deducciones contractuales.

***Descuento por el costo de la atención (personas sin seguro):*** El descuento equivalente a esa cantidad calculada al multiplicar la relación costo-cargo total del informe de costos de Medicare de RCMC a los cargos en las cuentas identificadas como elegibles para ayuda. Sin perjuicio de lo anterior, RCMC puede, para facilitar la administración, establecer un descuento único en el costo de la atención que sea más ventajoso para el paciente. El descuento del costo de la atención médica deberá ser igual o mayor al descuento sobre las cantidades generalmente facturadas.

***Atención con descuento:*** La atención que se presta a menos que los cargos facturados que no sean ayuda. Los descuentos incluyen el descuento del costo de la atención y el descuento de la cantidad generalmente facturada.

***Servicios de emergencia:*** Los servicios de emergencia incluyen los servicios recibidos por medio del Departamento de Emergencia para Condiciones Médicas de Emergencia u otros servicios que se identifican y establecen en un apéndice de esta política.

***Proceso de cobro extraordinario:*** Esas acciones que RCMC puede tomar en contra de una persona relacionadas con la obtención del pago total por una factura cubierta por la ayuda. Estos esfuerzos pueden incluir exigir el pago por la atención prestada antes o la aplicación de un gravamen sobre los bienes de un paciente.

***Directrices Federales de Pobreza:*** Directrices Federales de Pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos bajo la autoridad de 42 USC 9902 (2). Las directrices se adjuntan en una tabla separada y se adaptan anualmente tras la publicación de las Directrices Federales de Pobreza en el Registro Federal y en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos.

**Ayuda:** Cantidades que se dan a los pacientes que cumplen los criterios para recibir ayuda según los diversos programas, que no pueden pagar la totalidad o una parte de los servicios de atención médica.

**Garante:** Persona económicamente responsable de los servicios prestados a un paciente.

**Ingresos familiares:** Ingresos atribuibles a la familia del solicitante sobre la base de las definiciones utilizadas por la Oficina del Censo de los EE. UU. Los ingresos familiares incluyen todas las ganancias antes de impuestos, el subsidio de desempleo, Compensación de los Trabajadores, el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, los pagos de asistencia pública, los pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia fuera del hogar y otras fuentes de ingresos. Los beneficios no monetarios (como SNAP y los subsidios a la vivienda) no se consideran ingresos familiares.

Si el solicitante indica que los ingresos brutos ajustados que se mencionan en la declaración de impuestos más reciente no son exactos (por ejemplo, el solicitante deja de trabajar o recibe una cantidad diferente en concepto de pagos), los ingresos familiares se calcularán sobre la base de otra documentación disponible (por ejemplo, recibos de pago, declaraciones de desempleo, etc.). Los ingresos familiares incluyen los ingresos de todos los miembros del grupo familiar.

**Residente de Illinois:** Un residente de Illinois es un paciente que reside en Illinois y que planea continuar residiendo en Illinois por tiempo indefinido. El traslado a Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no cumple el requisito de residencia en virtud de la Ley de Descuentos de Hospital para Pacientes sin Seguro Médico (“HUPDA”) de Illinois. La HUPDA exige que el paciente sin seguro sea residente de Illinois, aunque *no* exige que el paciente sea residente legal de los Estados Unidos. Es posible que los pacientes deban presentar un comprobante de residencia en Illinois según lo que establece la HUPDA. El traslado a Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no cumple el requisito de residencia en virtud de esta definición.

**Paciente asegurado:** Paciente cubierto por una póliza de seguro médico o beneficiario del seguro público o privado de salud, beneficios de salud u otro programa de cobertura médica, incluidos los planes de seguro de salud de deducibles altos, la Compensación de los Trabajadores, el seguro de responsabilidad por accidentes u otra responsabilidad frente a terceros.

**Residente legal de Illinois:** Un residente legal de Illinois es un paciente con residencia legal en los Estados Unidos y cuya residencia principal está en el estado de Illinois. Con respecto a los extranjeros, el término “residente legal” deberá incluir a las personas que tienen visas vigentes y que son residentes permanentes y trabajadores temporales. El término “residente legal” no deberá incluir a extranjeros que cuenten con visas de turista o de estudiante. El traslado a Illinois con el único propósito de recibir beneficios de atención médica no cumple el requisito de residencia en virtud de esta definición.

**Servicio médicamente necesario:** Todos los servicios de atención médica a pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos los productos o suministros farmacéuticos cubiertos en el Título XVIII de la Ley Federal de Seguridad Social para los beneficiarios con el mismo cuadro clínico que el paciente. Un servicio “médicamente necesario” no incluye nada de lo siguiente: (1) servicios no médicos, como los servicios sociales y profesionales; o (2) cirugía cosmética electiva, aunque no la cirugía plástica diseñada para corregir la desfiguración causada por una lesión, enfermedad o defecto congénito o deformidad.

**No residentes:** Un paciente no residente es aquel que no es ni residente legal de Illinois ni residente temporal de Illinois.

**Paciente:** Persona que recibe los servicios.

**Resumen en lenguaje simple:** Una declaración por escrito que sea clara, concisa y fácil de entender que notifica a una persona que RCMC ofrece ayuda y da la siguiente información: (i) una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la ayuda que se ofrece según esta política; (ii) un breve resumen de cómo pedir ayuda según esta política; (iii) una lista directa de una dirección de un sitio web o URL y los lugares físicos para obtener una copia de esta política y de las solicitudes; (iv) instrucciones sobre cómo obtener una copia gratuita de la política y de la solicitud por correo; (v) información de contacto (incluidos los teléfonos y lugares físicos, si corresponde) de las oficinas o departamentos que pueden dar ayuda en el proceso de solicitud; (vi) disponibilidad de traducciones; y (vii) una declaración de que a ningún paciente elegible para recibir ayuda se le cobrará más que las cantidades generalmente facturadas.

**Servicios con precios por paquete de pago particular:** Diversos servicios ofrecidos por un precio único, que se descuenta de manera tal que el precio único sea menor que la suma de los precios de todos los servicios por separado que comprenden el paquete de servicios.

**Paciente sin seguro:** Paciente no cubierto por una póliza de seguro médico o que no es beneficiario de un seguro médico público o privado, beneficios de salud u otro programa de cobertura médica, incluidos los planes de seguro de salud con deducibles altos, la Compensación de los Trabajadores, el seguro de responsabilidad por accidentes u otra responsabilidad frente a terceros.