

Polityka (zasady) Pomocy Finansowej Advocate Aurora Health

Advocate Health i Aurora Health Care oraz podmioty stowarzyszone, wspólnie Advocate Aurora Health, Inc (AAH) są zobowiązane do dbania o zdrowie i dobre samopoczucie wszystkich pacjentów, niezależnie od ich zdolności do płacenia. AAH jest zaangażowana w pomoc kwalifikującym się do tego pacjentom w społecznościach, w których świadczymy usługi, w uzyskiwaniu wsparcia z różnych programów oraz w rozszerzeniu pomocy finansowej na osoby w potrzebie, jak to opisano w przedstawionych zasadach. Niniejsza polityka opisuje procedurę, wymagania i kryteria kwalifikowania się związane z programami pomocy finansowej AAH.

AAH oferuje pomoc ubezpieczeniową i finansową kwalifikującym się do tego osobom w ramach następujących pięciu celów:

- **Odwzorowywać podstawową wartość AAH, czyli „Troskliwość”.**
- **Upewnienia się, że pacjent wyczerpuje inne stosowne możliwości ubezpieczenia się przed zakwalifikowaniem się do pomocy finansowej.**
- **Udzielenie pomocy finansowej w oparciu o zdolność pacjenta do zapłaty.**
- **Upewnienie się, że AAH przestrzega obowiązujących przepisów federalnych i/lub stanowych dotyczących pomocy finansowej.**
- **Stworzenie takiego procesu, który minimalizuje obciążenia pacjenta i jest opłacalny pod względem administrowania nim.**

AAH zawsze zapewnia opiekę w nagłych wypadkach, niezależnie od zdolności pacjenta do zapłaty zgodnie z przepisami Federalnej ustawy o leczeniu w nagłych wypadkach i w pracy (EMTALA).

Niniejsza polityka dotyczy usług medycznych rozliczanych przez podmiot Advocate Aurora Health, Inc. lub Uczestniczącego Dostawcę, które były świadczone przez szpital w stanie Wisconsin należący do Aurora Health Care, zatrudnionego pracownika medycznego przez Wisconsin Aurora Health Care, Uczestniczącego Dostawcę Wisconsin, szpital w stanie Illinois należący do Advocate Health, zatrudnionego pracownika medycznego w stanie Illinois przez Advocate Health lub Uczestniczącego Dostawcę w stanie Illinois.

Definicje

Terminy stosowane w niniejszej polityce należy interpretować w następujący sposób:

- **Kwoty ogólnie naliczane (AGB):** kwoty ogólnie naliczane za opiekę w nagłych wypadkach lub inną niezbędną opiekę medyczną dla osób, które mają ubezpieczenie pokrywające taką opiekę. AGB jest obliczane rocznie za pomocą metody retrospektywnej, poprzez uśrednianie dozwolonych roszczeń Medicare i wszystkich prywatnych ubezpieczycieli zewnętrznych za medycznie niezbędne usługi szpitalne rozliczane w okresie 12 miesięcy. W przypadku placówek i świadczeniodawców w stanie Wisconsin zarządzanych przez Aurora Health Care, osoby fizyczne mogą uzyskać informacje na temat obliczania odsetka AGB bezpłatnie, dzwoniąc pod numer 1-800-326-2250. W przypadku placówek i świadczeniodawców w stanie Illinois zarządzanych przez Advocate Health osoby fizyczne mogą uzyskać informacje na temat obliczania odsetka AGB bezpłatnie, dzwoniąc pod numer 847-795-2300.
- **Świadczenia nieobowiązkowe (fakultatywne):** usługi, które w opinii świadczeniodawcy zlecającego nie są konieczne, mają charakter kosmetyczny lub mogą zostać bezpiecznie odłożone na później.
- **Opieka w nagłych przypadkach:** udzielana natychmiast opieka, która w opinii świadczeniodawcy jest niezbędna, aby zapobiec poważnemu zagrożeniu zdrowia pacjenta, poważnemu upośledzeniu funkcji organizmu, poważnej dysfunkcji narządów lub części ciała albo zgonu.
- **EMTALA:** AAH zobowiązuje się do udzielania, bez dyskryminowania kogokolwiek, opieki

medycznej w nagłych przypadkach osobom fizycznym, niezależnie od tego, czy są one w stanie zapłacić za opiekę, czy też spełniają kryteria kwalifikacyjne określone w niniejszej polityce. Taka opieka zostanie udzielona zgodnie z Federalną ustawą o świadczeniach medycznych w nagłych przypadkach i w pracy (EMTALA), sekcją 1867 Aktu o ubezpieczeniach społecznych (42 U.S.C. 1395dd).

- Nadzwyczajne działania windykacyjne (ECA): wszelkie działania windykacyjne podejmowane wobec osoby fizycznej, które wymagają procesu prawnego lub sądowego, obejmują sprzedaż długu osoby fizycznej innemu podmiotowi, zgłaszanie niekorzystnych informacji do agencji/biur informacji kredytowej konsumentów lub odraczanie bądź odmawianie usług niezbędnych z medycznego punktu widzenia z powodu niewystarczającej płatności lub braku płatności za jeden lub więcej rachunków za wcześniej świadczoną opiekę.
- Federalne wytyczne dotyczące ubóstwa (FPG): obowiązujące progi przychodu gospodarstwa domowego są ustalane okresowo w Federalnym Rejestrze przez Departament Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych na mocy upoważnienia wynikającego z 42 U.S.C. §9902(2).
- Doradcy finansowi: członkowie zespołu AAH, którzy pomagają pacjentom nieubezpieczonym lub ubezpieczonym, analizując ich bieżącą sytuację finansową w celu określenia dostępnego zakresu ubezpieczenia i programów pomocy finansowej, pomagają tym pacjentom w zapisywaniu się do dostępnych programów, edukują pacjentów na temat kosztów opieki i pomagają im w ogólnym zarządzaniu odpowiedzialnością finansową.
- Wynik pomocy finansowej (FAS Score): wynik opracowany przy pomocy zewnętrznego dostawcy, mający na celu zapewnienie aktywnego, spójnego i zautomatyzowanego mechanizmu do potwierdzania profilu finansowego pacjenta.
- Ogólnie przyjęte standardy praktyki medycznej:
 - Standardy oparte na wiarygodnych dowodach naukowych opublikowanych w recenzowanych czasopismach medycznych, powszechnie uznawanych przez stosowaną społeczność medyczną.
 - Zalecenia stowarzyszeń lekarzy specjalistów.
 - Opinie lekarzy praktykujących w danej specjalizacji klinicznej.
 - Jakiegokolwiek inne istotne czynniki.
- Gospodarstwo domowe: pacjent i wszelkie osoby (takie jak małżonek, dzieci czy inne osoby pozostające na utrzymaniu), które mogłyby być uwzględnione w federalnym zeznaniu podatkowym, niezależnie od tego, czy pacjent składa zeznanie podatkowe.
- Przychód finansowy gospodarstwa domowego: środki pieniężne otrzymywane przez gospodarstwo domowe, które mogą wymagać udokumentowania i obejmują między innymi następujące elementy:
 - roczne przychody gospodarstwa domowego przed opodatkowaniem;
 - zasiłek dla bezrobotnych;
 - odszkodowania pracownicze;
 - ubezpieczenie społeczne i dodatkowy dochód z ubezpieczenia społecznego;
 - świadczenia dla weteranów.
 - emeryturę lub dochód emerytalny;
 - inne stosowne przychody, w tym na przykład czynsze, świadczenia dla byłego małżonka/małżonki, alimenty na dziecko oraz wszelkie inne rozmaite przychody, niezależnie od źródła.
- Niekwalifikujące się świadczenia: fakultatywne, profilaktyczne, przesiewowe i/lub rutynowe świadczenia oraz procedury nie są uważane za usługi kwalifikujące się. Inne usługi medyczne, które nie są uważane za świadczenia kwalifikujące się, obejmują między innymi zabiegi kosmetyczne, medycynę komplementarną, usługi związane z płodnością, globalne korporacyjne usługi zdrowotne, medycynę pracy i usługi typu detalicznego oraz inne usługi, które mają już określone globalne/pakietowe ustalenia cenowe. Ostateczne ustalenie, czy

opieka medyczna jest uważana za pilną i/lub medycznie niezbędną, zostanie podjęta przez badającego świadczeniodawcę (np., lekarza).

- Ubezpieczony(-na): pacjenci, którzy są ubezpieczeni i objęci ochroną przez ubezpieczyciela zewnętrznego.
- Grupa medyczna: profesjonalne usługi medyczne świadczone przez świadczeniodawców zatrudnionych przez AAH.
- Niezbędne z medycznego punktu widzenia: usługi opieki zdrowotnej, które świadczeniodawca, kierując się rozsądną oceną kliniczną, zapewniłby pacjentowi w celu oceny, zdiagnozowania lub leczenia ostrego zachorowania, urazu, choroby lub jej objawów i które są zgodne z ogólnie przyjętymi standardami praktyki medycznej i/lub klinicznie odpowiednie pod względem rodzaju, częstotliwości, zakresu, miejsca i czasu trwania oraz uznane za skuteczne w przypadku ostrego zachorowania, urazu lub choroby pacjenta.
- Inne opcje ubezpieczenia: opcje, które pozwoliłyby na otrzymanie płatności od stron trzecich na konto(-ta) w ramach pomocy w ramach wsparcia w zakresie ochrony ubezpieczeniowej i przeglądu pomocy finansowej, w tym m.in: Odszkodowania dla pracowników, plany rządowe, takie jak Medicare i Medicaid, plany agencji stanowych/federalnych, pomoc dla ofiar itp., lub odpowiedzialność osób trzecich wynikająca z wypadków samochodowych lub innych zdarzeń.
- Świadczeniodawcy uczestniczący – dostawcy usług opieki zdrowotnej, którzy zgodzili się na przestrzeganie niniejszej polityki w odniesieniu do usług podlegających rozliczeniu świadczonych w szpitalach AAH. Listę wszystkich świadczeniodawców uczestniczących zawarto w załączniku. Jeżeli wybrany świadczeniodawca nie jest ujęty na liście, można skontaktować się z nim bezpośrednio, aby sprawdzić, czy jest on świadczeniodawcą uczestniczącym.
- Podsumowanie napisane prostym językiem (PLS): podsumowanie tej polityki, które napisano uproszczonym językiem w celu zrozumienia kryteriów kwalifikacji i sposobu ubiegania się o pomoc finansową.
- Domniemana kwalifikowalność: decyzja o uprawnieniach do pomocy finansowej na rynkach usług zdrowotnych stanów Wisconsin i Illinois na podstawie określonych kryteriów, które uznano za dowód na potrzeby finansowe ze strony nieubezpieczonego pacjenta bez konieczności wypełniania wniosku o pomoc finansową. Zgodnie z Ustawą stanu Illinois o uczciwym fakturowaniu pacjentów szpitalnych, sekcja 4500.40 Kryteria domniemanej kwalifikowalności.
- Ubezpieczyciele zewnętrzni: każda strona trzecia zapewniająca płatność w imieniu pacjenta, w tym firmy ubezpieczeniowe, odszkodowania dla pracowników, plany rządowe, takie jak Medicare i Medicaid, plany agencji stanowych/federalne, pomoc dla ofiary lub odpowiedzialność osób trzecich wynikająca z wypadków samochodowych lub innych zdarzeń. Plany podziału kosztów opieki zdrowotnej, takie jak MediShare, ale nie tylko, nie są uznawane za ubezpieczyciela zewnętrznego.
- Saldo do samodzielnej spłaty: część rachunku pacjenta, za którą pacjent lub poręczyciel pacjenta jest prawnie odpowiedzialny po uwzględnieniu wszelkich obowiązujących zniżek.
- Pacjent nieubezpieczony: pacjent, który nie jest objęty całkowicie lub częściowo ubezpieczeniem przez ubezpieczyciela zewnętrznego i nie jest beneficjentem publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, czy innego programu pokrycia kosztów zdrowotnych (w tym między innymi ubezpieczenia prywatnego, Medicare lub Medicaid, pomocy dla ofiar przestępstw) i którego uraz nie podlega odszkodowaniu w ramach ubezpieczenia pracowniczego, ubezpieczenia samochodowego, odpowiedzialności cywilnej lub innego ubezpieczenia ze strony trzeciej (zewnętrznej), jak ustalono przez AAH na podstawie dokumentów i informacji dostarczonych przez pacjenta lub uzyskanych z innych źródeł w celu opłacenia usług opieki zdrowotnej świadczonych przez AAH.

Pacjenci nieubezpieczeni:

Pacjenci nieubezpieczeni będą sprawdzani pod kątem pomocy w ramach procesu pomocy w zakresie ubezpieczenia i pomocy finansowej przez członków zespołu doradców finansowych AAH. Doradcy finansowi AAH dokonają przeglądu sytuacji nieubezpieczonych pacjentów ubiegających się o pomoc w zakresie innych możliwości objęcia ich ubezpieczeniem, zanim zostaną określone ich uprawnienia do pomocy finansowej.

- Pacjenci nieposiadający ubezpieczenia odbędą rozmowę z zespołem doradców finansowych AAH.
- Nieubezpieczeni pacjenci, z którymi wspomniany zespół AAH nie odbył aktywnej rozmowy, mogą zadzwonić do centrum telefonicznego doradców finansowych AAH lub pobrać wniosek i wysłać go do zespołu doradców finansowych AAH w celu zainicjowania procesu oceny.
- Zespół doradców finansowych AAH przeprowadzi analizę sytuacji pacjenta pod kątem innych możliwości uzyskania świadczeń ubezpieczeniowych (np., Medicaid) i pomocy finansowej.
- Dzięki wywiadowi i/lub wnioskowi zgromadzi się informacje niezbędne do ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do innych opcji ubezpieczenia, jak również informacje potrzebne do uzyskania pomocy finansowej.
- Jeśli proces pomocy w zakresie ubezpieczenia wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo innych możliwości ubezpieczeniowych, wówczas pacjent, przy wsparciu AAH, będzie zobowiązany do skorzystania z tych opcji, zanim zostanie rozważone udzielenie mu pomocy finansowej przez AAH.
- **Jeśli pacjent w pełni współpracuje podczas poszukiwania innych opcji ubezpieczenia, ale takie ubezpieczenie jest mało prawdopodobne lub zostaje prawidłowo odrzucone, AAH następnie określi, czy pacjent kwalifikuje się do pomocy finansowej.**
- **Nieubezpieczeni pacjenci, którzy nie będą w pełni współpracować w ramach procesu pomocy finansowej, zostaną uznani za niekwalifikujących się do otrzymania pomocy finansowej.**
- *Pacjenci uznani za niekwalifikujących się mogą odwołać, kontaktując się z zespołem doradców finansowych.*

Kryteria kwalifikowania się

- Nieubezpieczeni pacjenci, mieszkający w stanach Illinois lub Wisconsin.
- Nieubezpieczeni pacjenci otrzymujący нефаккультатywne, niezbędne z medycznego punktu widzenia, usługi w placówce AAH lub od świadczeniodawcy uczestniczącego w programie AAH.
- Nieubezpieczeni pacjenci, którzy w pełni współpracują przy ustalaniu innych opcji ubezpieczenia.
- Nieubezpieczeni pacjenci, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do wszystkich innych opcji ubezpieczenia dla analizowanego konta (analizowanych kont).
- Nieubezpieczeni pacjenci, którzy spełniają wszystkie powyższe kryteria z przychodem gospodarstwa domowego między 0% a 300% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG) kwalifikują się do 100% pomocy finansowej.
- **Dotyczy JEDYNIĘ pacjentów stanu Illinois:** nieubezpieczeni pacjenci spełniający wszystkie powyższe kryteria z dochodem gospodarstwa domowego między 301% a 600% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG) kwalifikują się do zniżki na pomoc finansową zgodnie z Ustawą o zniżkach dla pacjentów szpitalnych nieposiadających ubezpieczenia (HUPDA)* zgodnie z wymogami prawnymi stanu IL.

* W zgodzie z ustawą stanu Illinois o zniżkach dla nieubezpieczonych pacjentów szpitalnych (210 ILCS 89/1) (HUPDA), która weszła w życie 4/1/2009 r., uprawnienia do pomocy finansowej dla pacjentów z dochodem rodzinnym czterokrotnie do sześciokrotnie (4-6) przekraczającym FPG są ograniczone do pacjentów z miejscem zamieszkania w stanie Illinois i medycznie niezbędnymi opłatami. AAH porównała zniżki dla 135-procentowego stosunku kosztów do opłat szpitala z AGB

i zastosowała większe zniżki dla pacjentów. Zgodnie z HUPDA kwota pobierana od pacjenta zostanie ograniczona do 20% rocznego dochodu brutto pacjenta, gdy pacjent powiadomi AAH o wcześniejszym zatwierdzeniu pomocy finansowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Świadczenia niekwalifikujące się:

- profilaktyka, badania przesiewowe i rutynowa opieka;
- usługi nieobowiązkowe (fakultatywne) i/lub kosmetyczne;
- usługi inne niż niezbędne z medycznego punktu widzenia;
- medycyna komplementarna;
- świadczenia w zakresie płodności;
- globalne korporacyjne usługi zdrowotne;
- świadczenia z dziedziny medycyny pracy;
- usługi detaliczne;
- usługi z konkretnym globalnym pakietem cen uzgodnionym na całym świecie.

Pacjenci ubezpieczeni

Pomoc finansowa dla ubezpieczonych pacjentów jest dostępna po otrzymaniu rachunku. Pacjenci mogą rozpocząć ten proces poprzez wypełnienie wniosku drogą pocztową lub poprzez kontakt telefoniczny z zespołem doradców finansowych AAH w celu przeprowadzenia oceny uprawnień do pomocy finansowej.

Kryteria kwalifikacyjne:

- Ubezpieczeni pacjenci mieszkający w stanach Illinois lub Wisconsin.
- Ubezpieczeni pacjenci otrzymujący niefakultatywne, niezbędne z medycznego punktu widzenia usługi w placówce AAH lub od świadczeniodawcy uczestniczącego w programie AAH.
- Ubezpieczeni pacjenci, którzy są pacjentami sieci placówek, utworzonych w oparciu o plan świadczeń ubezpieczyciela zewnętrznego pacjenta przyjmowani w placówce AAH lub przez świadczeniodawcę AAH lub świadczeniodawcę uczestniczącego, z wyjątkiem pacjentów spoza sieci przyjmowanych na oddziale ratunkowym.
- Ubezpieczeni pacjenci z w pełni rozstrzygniętymi roszczeniami, które skutkują saldem zdolnym do samodzielnej zapłaty.
- Pacjenci ubezpieczeni, którzy współpracowali z ubezpieczycielem zewnętrznym w celu rozwiązania problemów z płatnościami, jeżeli dotyczy. Czyli np. pytania dotyczące koordynacji świadczeń, informacje o wypadkach itp.
- Ubezpieczeni pacjenci, którzy w pełni współpracują przy ustalaniu innych opcji dodatkowego ubezpieczenia.
- Ubezpieczeni pacjenci, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do wszystkich innych opcji ubezpieczenia dodatkowego dla analizowanego konta (analizowanych kont).
- Ubezpieczeni pacjenci, którzy spełniają wszystkie powyższe kryteria z przychodem gospodarstwa domowego między 0% a 300% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG), otrzymają 100% pomocy finansowej na samodzielnie administrowane saldo podlegającego przeglądowi.

Świadczenia niekwalifikujące się:

- usługi medyczne, które są poza siecią utworzoną na podstawie planu świadczeń ubezpieczyciela zewnętrznego pacjenta, z wyjątkiem świadczeń otrzymywanych w oddziale ratunkowym AAH;
- usługi niepokrywane przez zewnętrznego ubezpieczyciela pacjenta;
- profilaktyka, badania przesiewowe i rutynowa opieka;
- usługi nieobowiązkowe (fakultatywne) i/lub kosmetyczne;

- usługi inne niż niezbędne z medycznego punktu widzenia;
- medycyna komplementarna;
- świadczenia w zakresie płodności;
- globalne korporacyjne usługi zdrowotne;
- świadczenia z dziedziny medycyny pracy;
- usługi detaliczne;
- usługi z konkretnym globalnym pakietem cen uzgodnionym na całym świecie.

Określenie uprawnień do pomocy finansowej dla pacjentów nieubezpieczonych i ubezpieczonych:

- Doradcy finansowi dążą do prowadzenia wywiadów z pacjentami nieposiadającymi ubezpieczenia w aktywny sposób w celu wypełnienia wniosku w ich imieniu przed wykonaniem usługi. Osoby, z którymi nie przeprowadzono rozmowy kwalifikacyjnej, mogą ubiegać się o pomoc za pośrednictwem wniosku złożonego przed świadczeniem lub po otrzymaniu rachunku, dzwoniąc do centrum telefonicznego doradców finansowych AAH.
- Ubezpieczeni pacjenci mogą ubiegać się o pomoc finansową drogą pocztową lub dzwoniąc do centrum telefonicznego doradców finansowych AAH w celu wszczęcia przeglądu po otrzymaniu rachunku, który ma być rozważany pod kątem pomocy finansowej.
- Oprócz informacji uzyskanych od pacjenta, doradcy finansowi mogą odwoływać się lub polegać na następujących źródłach zewnętrznych przy ustalaniu, czy pacjent kwalifikuje się do Programu Pomocy Finansowej:
 - o Badanie przesiewowe kwalifikowalności do medycznej pomocy finansowej wg Experian (*Experian Health Financial Assistance Screening*).
 - o Wspierający Pacjentów Stanu Wisconsin Portal Zdrowotny (*Wisconsin Forward Health Portal*), zawierający informacje na temat pomocy publicznej.
 - o Stanowa baza danych stanu Illinois (Świadczenia Opieki Zdrowotnej i Rodzinne Stanu Illinois [*Illinois Healthcare and Family Services, I.H.F.S.*]), która umożliwia wyszukiwanie pomocy publicznej dotyczącej ubezpieczenia.
 - o Narzędzia pomocne w procesie kwalifikacji i służące do wyszukiwania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego i pomocy publicznej.
- Doradca finansowy dokona przeglądu informacji otrzymane od pacjenta i/lub pisemnego wniosku o pomoc finansową i ustali, czy pacjent spełnia wymagania kwalifikowalności do pomocy finansowej określone w niniejszych zasadach.
- O decyzji dotyczącej pomocy finansowej pacjent zostanie powiadomiony osobiście lub pocztą, w zależności od sytuacji. Takie powiadomienie powinno zawierać oświadczenie informujące pacjenta, że decyzja została podjęta po zastosowaniu kryteriów kwalifikacyjnych Polityki (zasad) Pomocy Finansowej AAH do sytuacji finansowej pacjenta.
- Jeśli pacjent zostanie uznany za uprawnionego do skorzystania z Programu Pomocy Finansowej AAH, płatności dokonane za usługi kwalifikujące się do programu przed złożeniem wniosku o pomoc finansową zostaną zweryfikowane w celu ustalenia, czy należy dokonać zwrotu kosztów.
- Jeśli pacjent zostanie uznany za uprawnionego do skorzystania z Programu Pomocy Finansowej AAH, poinformuje on AAH o wszelkich istotnych zmianach w swojej sytuacji finansowej, które wystąpią w ciągu sześciu miesięcy od zatwierdzenia, a które mogą mieć wpływ na jego status osoby uprawnionej. Powiadomienie to musi nastąpić w ciągu trzydziestu (30) dni od zmiany. Niedopełnienie tego obowiązku przez pacjenta może spowodować unieważnienie wszelkiej kwoty pomocy finansowej udzielonej przez AAH po wystąpieniu takiej istotnej zmiany.
- Jeśli pacjent zostanie uznany za nieuprawnionego do skorzystania z Programu Pomocy Finansowej AAH, doradca finansowy będzie współpracował z pacjentem nad stworzeniem

planu spłaty pozostałego salda w celu jego uregulowania samodzielnie przez pacjenta. Te salda płatności własnych podlegają Zasadom Rozliczeń i Windykacji AAH.

- AAH może odroczyć lub odmówić wykonania fakultatywnych, profilaktycznych, przesiewowych i/lub rutynowych usług oraz procedur na podstawie oceny finansowej.

Domniemane ustalenia kwalifikowalności

- W przypadku pacjentów ze stanów Wisconsin i Illinois można dokonać domniemanego ustalenia uprawnień (kwalifikowalności) zgodnie z Ustawą o sprawiedliwym rozliczaniu pacjentów w stanie IL. Nieubezpieczeni mieszkańcy, którzy kwalifikują się do niektórych federalnych i stanowych programów pomocy, mogą zostać uznani za domniemanie kwalifikujących się do uzyskania 100-procentowej pomocy finansowej w ramach programu dostosowawczego. W tym przypadku nie jest konieczne złożenie wniosku.
- Jeśli można zweryfikować co najmniej jedno kryterium, nie będą wymagane żadne inne dowody przychodów.
- AAH może poprosić pacjenta o dostarczenie potwierdzenia uprawnień, jeśli doradca finansowy nie jest w stanie zweryfikować uprawnień elektronicznie.
- Jeśli doradca finansowy może ustalić, że pacjent jest domniemanie uprawniony do otrzymania pomocy finansowej, pisemny wniosek nie jest wymagany.
- **Spełnianie kryteriów domniemanej kwalifikowalności jest wykazywane poprzez rejestrację w jednym z poniższych programów:**
 - o Program dokarmiania kobiet, niemowląt i dzieci (WIC).
 - o Program pomocy w uzyskaniu dodatkowego dokarmiania (SNAP).
 - o Program bezpłatnych śniadań i obiadów w stanie Illinois.
 - o Program bogatokalorycznych posiłków dla gospodarstw domowych o niskich dochodach (LIHEAP).
 - o Tymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie (TANF).
 - o Program wsparcia wynajmu mieszkań Urzędu ds. Rozwoju Mieszkalnictwa Stanu Illinois.
 - o Zorganizowany program społecznościowy lub charytatywny program zdrowotny, który zapewnia opiekę medyczną, ocenia i dokumentuje niski status finansowy jako kryterium.
 - o Uprawnienia do Medicaid, ale brak uprawnień w dniu świadczenia usługi lub usługi nieobjęta ubezpieczeniem (*tylko dla pacjentów stanu IL*)
- **Spełnianie kryteriów domniemanej kwalifikowalności może też być wykazywane poprzez wystąpienie następujących sytuacji życiowych:**
 - o otrzymanie wsparcia finansowego na usługi medyczne;
 - o bezdomność;
 - o zmarły bez majątku;
 - o ubezwłasnowolnienie ze względów na zaburzenia umysłowe bez możliwości działania kogokolwiek w imieniu pacjenta;
 - o pobyt w zakładzie karnym;
 - o przynależność do zakonu religijnego i ślubowanie ubóstwa;
 - o dowody od niezależnej agencji raportującej, które wskazują, że dochód rodziny jest mniejszy niż dwukrotność federalnego poziomu ubóstwa (FPL).
- **Sposoby wykazania domniemanej kwalifikowalności obejmują między innymi:**
 - o elektroniczne potwierdzenie rejestracji w programie lub inne domniemane kryteria kwalifikowalności;
 - o w przypadku braku możliwości uzyskania niezależnego elektronicznego potwierdzenia wymagane będzie potwierdzenie rejestracji lub inne kryteria kwalifikacyjne. wystarczającym dowodem będzie jeden z poniższych elementów:
 - o Bon (voucher) WIC.
 - o Karta SNAP z wydrukiem ekranu potwierdzającego rejestrację lub kopia listu zatwierdzającego zakwalifikowanie się do SNAP.

- o pismo ze szkoły lub powiadomienie o bezpłatnych/obniżonych cenach posiłków i zwolnieniu z opłat wraz z podpisem;
- o pismo o przyznaniu lub zatwierdzeniu LIHEAP;
- o list potwierdzający udział w TANF od Czerwonego Krzyża, DHS lub HFS;
- o pokwitowanie uiszczenia czynszu w przypadku programu mieszkaniowego subsydiowanego przez stan lub państwo (programu federalnego);
- o pismo o dostosowaniu czynszu od wynajmującego albo karta lub pismo z HUD;
- o karta lub oświadczenie o przyznaniu zapłaty potwierdzające aktualne uprawnienia do programu prowadzonego przez stan Illinois;
- o oświadczenie od agencji przyznającej dotację lub list ją przyznający;
- o osobiste zaświadczenie albo pismo z kościoła lub schroniska potwierdzające bezdomność;
- o pismo od adwokata, domu opieki, schroniska, zgromadzenia zakonnego lub kościoła.

Weryfikacja zasobów finansowych gospodarstw domowych i okresu uprawnień

AAH, w odpowiednich sytuacjach, może korzystać z zewnętrznych danych pochodzących od stron trzecich w celu weryfikacji informacji podanych przez pacjenta podczas rozmowy kwalifikacyjnej lub we wniosku o pomoc finansową. W przypadku rozbieżności między danymi zgłoszonymi przez strony trzecie a danymi pacjenta, pacjent może zostać poproszony o dostarczenie dodatkowej dokumentacji potwierdzającej przychody i miejsce zamieszkania.

• Dokumentacja

Pacjenci mogą zostać poproszeni o dostarczenie dokumentów potwierdzających informacje przekazane AAH w celu ich weryfikacji:

- o Informacje finansowe można zweryfikować korzystając z dowolnego/wszystkich z poniższych sposobów: najnowszego rocznego zeznania podatkowego pacjenta, formularzy W-2, dokumentacji podatku dochodowego pacjenta, dowodów wpłat (czekami), wyciągów bankowych, oświadczeń o bezrobociu lub listów potwierdzających wsparcie finansowe (w przypadku braku przychodu). Jeśli w rodzinie pacjenta jest więcej niż jedna osoba zatrudniona, każda z nich może zweryfikować swoje informacje finansowe, korzystając z tych samych opcji weryfikacji.
- o Dowód zamieszkania może zostać potwierdzony poprzez okazanie przez pacjenta dwóch (2) z poniższych ważnych dokumentów tożsamości wskazujących ten sam adres: wydane przez stan prawo jazdy (lub inny dowód identyfikacyjny ze zdjęciem, taki jak legitymacja studencka czy wojskowa), rachunki za media (gaz, prąd, woda), wyciągi bankowe, rejestracje samochodów lub jakakolwiek inna korespondencja otrzymana od agencji rządowej z aktualną datą i adresem.
- o Sprawozdania finansowe i weryfikacja dochodów oraz dokumentacja przedstawiona przez strony trzecie będą przechowywane przez AAH przez 10 lat lub zgodnie z wymogami prawnymi. Fałszowanie informacji finansowych, w tym zatajanie informacji, będzie powodem do odmowy udzielenia pomocy finansowej.

• Okres kwalifikowalności

- Nieubezpieczony(-na): wsparcie finansowe i określenie domniemanej kwalifikowalności będą obowiązywać retrospektywnie (będą skuteczne wstecznie) dla wszystkich uprawnionych otwartych sald płatności własnych i prospektywnie przez okres do 180 dni. Przyszłe usługi zostaną sprawdzone i ocenione przed lub w czasie świadczenia usługi pod kątem dalszej kwalifikowalności. Jeśli w trakcie okresu kwalifikacyjnego nastąpią jakiegokolwiek zmiany, pacjent jest zobowiązany do współpracy w procesie

uzyskiwania wsparcia w zakresie pokrycia kosztów, aby utrzymać uprawnienia do pomocy finansowej.

- **Ubezpieczony(-na):** w przypadku ubezpieczonych pacjentów pomoc finansowa i domniemana kwalifikowalność będą obowiązywać tylko w odniesieniu do bieżących, otwartych sald płatności własnych, a pacjent musi ponownie ubiegać się o pomoc finansową w przypadku jakiegokolwiek nagłej i niezbędnej medycznej opieki w przyszłości.

- **Oszustwo**

AAH zastrzega sobie prawo do cofnięcia korekt pomocy finansowej przewidzianych w niniejszej polityce, jeśli stwierdzi się, że informacje podane przez pacjenta podczas procesu gromadzenia informacji okażą się fałszywe lub jeśli AAH dowiaduje się, że pacjent otrzymał rekompensatę za usługi medyczne z innych źródeł, które nie zostały ujawnione wobec AAH.

Wnioski o pomoc finansową

Wnioski o pomoc finansową są przeznaczone dla:

- nieubezpieczonych pacjentów, których przypadków doradcy finansowi AAH nie byli w stanie aktywnie przeanalizować pod kątem udzielenia pomocy;
- nieubezpieczonych pacjentów, których przypadki zostały przeanalizowane przez doradców finansowych, ale doradca stwierdził, że potrzebne są dodatkowe informacje i wniosek jest konieczny do zakończenia całego procesu;
- ubezpieczonych pacjentów, którzy po otrzymaniu rachunku chcieliby ubiegać się o pomoc finansową.

Jak złożyć wniosek?

Pacjenci mogą ubiegać się o pomoc poprzez pobranie wniosku o pomoc finansową ze stron internetowych Advocate Health lub Aurora Health Care i wysłanie go do doradców finansowych. Pacjent może również poprosić o ocenę przez telefon lub o przesłanie mu wniosku pocztą, kontaktując się telefonicznie z doradcami finansowymi.

Stan Illinois – pacjenci Advocate Health	Stan Wisconsin – pacjenci Aurora Health Care
<ul style="list-style-type: none">• Proszę odwiedzić stronę internetową: www.advocatehealth.com/financialassistance;• lub zatelefonować pod numer: (847) 795-2300;• bądź wysłać wniosek pocztą na adres: Advocate Health Financial Advocates, P.O. Box 3039, Oak Brook, IL 60522-9908	<ul style="list-style-type: none">• Proszę odwiedzić stronę internetową: www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance;• lub zadzwoń pod numer: (800) 326-2250;• bądź też wysłać wniosek pocztą na adres: Aurora Health Care Financial Advocates, PO Box 51116, New Berlin WI 53151

Pacjenci mają 240 dni od daty pierwszego rachunku po wypisaniu ze szpitala na złożenie wniosku o pomoc finansową.

Tylko w pełni wypełnione wnioski o pomoc finansową będą rozpatrywane pod kątem udzielenia pomocy finansowej. Wniosek uznaje się za kompletny, jeśli wszystkie pola we wniosku są wypełnione, otrzymano wszystkie żądane dokumenty, a przedstawiciel ds. pomocy w zakresie ubezpieczeń sprawdził informacje i uznał, że pacjent nie kwalifikuje się do innych możliwości ubezpieczenia. Następnie rozpatrywany jest wniosek o pomoc finansową, a decyzja jest podejmowana w odpowiednim czasie.

Niekompletne wnioski: jeśli złożony wniosek o pomoc finansową jest niekompletny, doradca finansowy poinformuje o tym pacjenta i wyjaśni, jakie informacje są potrzebne do uzupełnienia

wniosku. Żądane informacje powinny być dostarczone do AAH w ciągu 30 dni od złożenia pierwszego wniosku, chyba że AAH zostanie powiadomiony o istotnych okolicznościach, które to uniemożliwiły.

Wszystkie wnioski w formie papierowej należy przesyłać do zespołu doradców finansowych AAH.

- Po otrzymaniu wniosku członek zespołu doradców finansowych AAH skontaktuje się z pacjentem, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Pomoc kryzysowa

Pomoc kryzysowa to dodatkowy program stworzony w celu wspierania pacjentów z bardzo dużymi zobowiązaniami w stosunku do ich przychodów gospodarstwa domowego. Pacjenci uznani przez AAH za kwalifikujących się do otrzymania pomocy kryzysowej mogą otrzymać zniżkę na opiekę epizodyczną równą kwocie salda płatności własnej, która przekracza 25% rocznego skorygowanego przychodu netto pacjenta. Uprawnieni do uczestnictwa pacjenci przejdą ocenę pomocy finansowej w celu określenia odpowiedniej zniżki i ustalenia harmonogramu płatności. Pozostałe salda płatności własnych po zastosowaniu zniżki z Programu Pomocy Finansowej będą podlegać standardowym wytycznym AAH dotyczącym spłaty. W przypadku, gdy pacjent nie wywiąże się z obowiązku zapłaty zgodnie z planem płatności pozostała wartość salda płatności własnej będzie podlegać Zasadom rozliczania i windykacji AAH. Aby kwalifikować się do pomocy w przypadku kryzysowym, pacjent musi:

- posiadać saldo do samodzielnej spłaty, które przekracza 25 tys. USD; oraz
- posiadać saldo do samodzielnej spłaty, które przekracza 25% rocznego skorygowanego przychodu netto pacjenta; oraz
- poddać się ocenie pomocy finansowej i wypełnić wniosek o pomoc finansową z odpowiednią dokumentacją finansową.

Przekazywanie pacjentom informacji o tej polityce (zasadach)

W celu poinformowania pacjentów, rodzin oraz szerszej społeczności AAH o dostępności pomocy finansowej, AAH podjęło kroki mające na celu powiadomienie pacjentów i osób odwiedzających o dostępności pomocy finansowej w miejscach udzielania opieki. Niniejsza polityka jest również szeroko promowana wśród członków większej społeczności, której służymy swoją pomocą. Te działania obejmują:

- Doradztwo finansowe: dostępne dla pacjentów, którzy przewidują trudności z opłaceniem swojej części rachunku. Nasi doradcy finansowi dokładają wszelkich starań, aby pomóc pacjentom nieubezpieczonym, niedostatecznie ubezpieczonym lub stojącym w obliczu innych wyzwań finansowych związanych z płaceniem za świadczone przez nas usługi opieki zdrowotnej. Doradcy finansowi mogą sprawdzać, czy pacjenci kwalifikują się do różnych programów finansowanych przez rząd, ustalać plan płatności na dłuższy okres lub pomagać pacjentom w ubieganiu się o pomoc finansową.
- Podsumowanie napisane prostym językiem: AAH dysponuje PLS opisującym niniejszą Politykę (zasad) Pomocy Finansowej. Wydrukowany egzemplarz PLS oraz wniosek o pomoc finansową na papierze będą oferowane wszystkim pacjentom w najwcześniejszy możliwym terminie świadczenia usługi. Nieodpłatne kopie tych dokumentów są również dostępne na żądanie na oddziale ratunkowym i w działach rejestracji szpitala, u miejscowego doradcy finansowego a także mogą być przesłane pocztą.
- Przetłumaczone kopie: AAH oferuje swoją Politykę (zasady) Pomocy Finansowej, Podsumowanie napisane prostym językiem oraz wniosek o pomoc finansową w języku angielskim oraz innych językach, jeśli takie tłumaczenia są wymagane na mocy 26 C.F.R. §

1.501(r)-4(a)(5)(ii). Nieodpłatne kopie tych dokumentów są dostępne na żądanie na oddziale ratunkowym i w działach rejestracji szpitala, u miejscowego doradcy finansowego a także mogą być przesłane pocztą. Te przetłumaczone dokumenty są również dostępne na naszej stronie internetowej.

- Znaki informujące: znaki informujące o pomocy finansowej będą wyraźnie i widocznie rozmieszczone w miejscach widocznych dla publiczności, w tym między innymi w oddziałach ratunkowych AAH oraz w miejscach rejestracji pacjentów. Oznaczenia będą informować, że pomoc finansowa jest dostępna, oraz będą zawierać numer telefonu umożliwiający skontaktowanie się z doradcą finansowym w celu uzyskania dodatkowych informacji.
- Strona internetowa: witryny internetowe AAH będą w widoczny sposób informować o dostępności pomocy finansowej wraz z wyjaśnieniem procesu składania wniosków o taką pomoc. Na stronie internetowej AAH dostępna będzie również Polityka (zasady) Pomocy Finansowej, podsumowanie napisane prostym językiem (PLS), wniosek o pomoc finansową oraz Polityka Rozliczeń i Windykacji.
- Plakaty i powiadomienia kierowane do pacjentów: powiadomienia kierowane do pacjentów zawierają wyraźne pisemne powiadomienie, które informuje odbiorców o dostępności pomocy finansowej w ramach Polityki (zasad) pomocy finansowej (FAP). Powiadomienie zawiera również numer telefonu do działu, który może udzielić informacji na temat FAP i procesu składania wniosków o FAP, a także bezpośredni adres strony internetowej (lub URL), gdzie można uzyskać kopie dokumentów związanych z FAP.

Działania w przypadku braku płatności

ECA, w tym raporty kredytowe, następuje WYŁĄCZNIK po podjęciu wszystkich uzasadnionych starań w celu ustalenia uprawnień pacjenta do pomocy finansowej. AAH zapewnia wszystkim pacjentom 240 dni od daty pierwszego rachunku po wypisie ze szpitala na złożenie wniosku o pomoc finansową, zanim zostaną podjęte jakiegokolwiek nadzwyczajne działania windykacyjne w związku z brakiem płatności. Wszyscy pacjenci mają 30 dni na podjęcie działań finansowych dotyczących swojego rachunku, zanim dojdzie do ECA, niezależnie od tego, czy nastąpi to w okresie 240 dni, czy poza nim.

Więcej informacji na temat praktyk AAH w zakresie fakturowania i windykacji można znaleźć w oddzielnej polityce dotyczącej tych tematów, znajdującej się na stronach internetowych AAH. Bezpłatny egzemplarz tej polityki można również otrzymać pocztą, dzwoniąc do odpowiedniego działu obsługi klienta.

Stan Illinois – pacjenci Advocate Health	Stan Wisconsin – pacjenci Aurora Health Care
<ul style="list-style-type: none"> • Proszę odwiedzić stronę internetową: www.advocatehealth.com/financialassistance; • lub zatelefonować pod numer: (847) 795-2300 	<ul style="list-style-type: none"> • Proszę odwiedzić stronę internetową: www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance • lub zadzwonić pod numer: (800) 326-2250

Zapewnienie jakości i inne postanowienia

Zapewnienie jakości: członkowie zespołu AAH nie mogą udzielać rekomendacji i/lub przetwarzać wniosków o pomoc finansową dla członków rodziny, przyjaciół, znajomych i współpracowników. Dział Zapewnienia Jakości Usług Finansowych dla Pacjentów będzie przeprowadzał okresowe audyty przetwarzanych w celu uzyskania pomocy finansowej kont, aby upewnić się, że przestrzegane są odpowiednie zasady i procedury.

Dostosowywanie kryteriów kwalifikowalności: AAH może okresowo dostosowywać kryteria kwalifikacyjne zawarte w tej polityce na podstawie ocen potrzeb zdrowotnych społeczności lub przeprowadzanych badań doskonalących dla odpowiednich organizacji i/lub w razie konieczności w celu zapewnienia zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami i/lub umowami danego hrabstwa.

Postanowienie o stanie zagrożenia zdrowia publicznego: alternatywne źródła finansowania związane ze stanem zagrożenia zdrowia publicznego NIE uniemożliwią pacjentom nieubezpieczonym otrzymania pomocy finansowej na pokrycie pozostałych do spłaty sald, które kwalifikują się w ramach tej polityki. W ramach zaangażowania AAH na rzecz naszej społeczności, pomoc finansowa może być również zastosowana do wszelkich współpłatności lub odpowiedzialności ubezpieczonego pacjenta, które zostały uchylone, ale nie zostały opłacone/zwrócone przez płatników lub w przypadku wydania sprzecznych wytycznych dotyczących rozliczeń w nagłych wypadkach związanych ze zdrowiem publicznym.