Advocate Health

Aktualizacja: 01.01.2025

Zasady pomocy finansowej

Atrium Health, Aurora Health Care, Advocate Health Care i podmioty stowarzyszone (zbiorczo Advocate Health) są zobowiązane do dbania o zdrowie i dobre samopoczucie wszystkich pacjentów, niezależnie od możliwości uiszczenia płatności. Advocate Health zobowiązuje się pomagać kwalifikującym się pacjentom w społecznościach, którym świadczymy usługi, w uzyskaniu ubezpieczenia z różnych programów i rozszerzeniu pomocy finansowej dla osób jej potrzebujących, zgodnie z niniejszymi zasadami. Niniejsze zasady opisują procedury, wymagania i kryteria kwalifikowalności związane z programami pomocy finansowej Advocate Health.

Advocate Health oferuje kwalifikującym się osobom pomoc w zakresie ubezpieczenia i pomoc finansową w następujących celach:

- Modelowanie podstawowej wartości Advocate Health jaką jest „Troska".
- Upewnienie się, że pacjenci wyczerpali inne możliwości ubezpieczenia przed zakwalifikowaniem się do pomocy finansowej.
- Zapewnienie pomocy finansowej w oparciu o zdolność pacjenta do uiszczenia płatności.
- Zapewnienie przestrzegania przez Advocate Health obowiązujących przepisów federalnych i/lub stanowych związanych z pomocą finansową.
- Ustanowienie procesów, które minimalizują obciążenie pacjentów i są opłacalne w zarządzaniu.

Advocate Health, zgodnie z federalnymi przepisami EMTALA, zawsze zapewnia opiekę w nagłych wypadkach niezależnie od zdolności pacjenta do uiszczenia płatności.

Niniejsze zasady mają zastosowanie do usług medycznych rozliczanych przez:

- Podmiot Advocate Aurora Health, Inc. lub uczestniczącego świadczeniodawcę, który został zapewniony przez szpital Wisconsin Aurora Health Care
- Pracownika medycznego zatrudnionego przez Wisconsin Aurora Health Care
- Świadczeniodawcę uczestniczącego w programie Wisconsin
- Szpital Advocate Health w stanie Illinois
- Pracownika medycznego zatrudnionego przez Advocate Health w stanie Illinois lub świadczeniodawcę uczestniczącego w programie w stanie Illinois
- Placówkę Atrium Health lub grupę medyczną Atrium Health

Listę placówek i grup świadczeniodawców, którzy nie są zatrudnieni przez Advocate Health i nie są objęci polityką pomocy finansowej Advocate Health, można znaleźć na naszych stronach internetowych dotyczących pomocy finansowej:

Atrium Health: https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance
Advocate Health Care: http://www.advocatehealth.com/financialassistance
Aurora Health Care: http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance

Definicje

Terminy użyte w niniejszych zasadach należy interpretować w następujący sposób:

Kwoty ogólnie naliczane (Amounts Generally Billed, AGB): kwoty ogólnie naliczane za opiekę w nagłych wypadkach lub inną niezbędną opiekę medyczną dla osób, które posiadają ubezpieczenie obejmujące taką

opiekę. Osoby kwalifikujące się do pomocy finansowej nie będą obciążane kwotami wyższymi niż kwoty zwykle naliczane w odniesieniu do ubezpieczonych pacjentów. AGB jest obliczana corocznie przy użyciu metody analizy retrospektywnej, poprzez uśrednienie roszczeń Medicare i wszystkich roszczeń prywatnych ubezpieczycieli zewnętrznych za medycznie niezbędne usługi szpitalne rozliczone w okresie 12 miesięcy. Informacje dotyczące obliczeń AGB można uzyskać odwołując się do zasad „Advocate Health Billing and Collections" (Rozliczenia i windykacja należności Advocate Health) na stronie internetowej Advocate Health lub dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta pod numer 1-800-326-2250 w przypadku placówek i świadczeniodawców Aurora Health Care w stanie Wisconsin, 847-795-2300 w przypadku placówek i świadczeniodawców Advocate Health w stanie Illinois oraz 704-512-7171 w przypadku placówek i świadczeniodawców Atrium Health.

Usługi dodatkowe: usługi, które w opinii zlecającego nie są niezbędne, mają charakter kosmetyczny lub mogą zostać bezpiecznie odroczone.

Uprawniony Pacjent: pacjent, który spełnia wymogi kwalifikowalności do Pomocy Finansowej określone w niniejszych zasadach.

Opieka w nagłych przypadkach: Opieka zapewniana doraźnie, która w opinii świadczeniodawcy jest niezbędna, aby zapobiec poważnemu zagrożeniu zdrowia pacjenta, poważnemu upośledzeniu funkcji organizmu, poważnej dysfunkcji narządów lub części ciała.

EMTALA: Advocate Health zapewni, bez dyskryminacji, opiekę w nagłych przypadkach medycznych, niezależnie od tego, czy osoby jej wymagające są w stanie pokryć koszty opieki lub czy kwalifikują się do niej zgodnie z niniejszymi zasadami. Taka opieka będzie świadczona zgodnie z federalną ustawą o pomocy medycznej w sytuacjach zagrożeniach zdrowia, życia i porodu (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA), artykuł 1867 ustawy o ubezpieczeniach społecznych (42 U.S.C. 1395dd).

Federalne wytyczne dotyczące ubóstwa (Federal Poverty Guidelines, FPG): obowiązujące progi dochodu gospodarstwa domowego ustalane okresowo w Rejestrze Federalnym przez U.S. Department of Health and Human Services (Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych) na mocy 42 U.S.C. §9902(2).

Rzecznicy finansowi/doradcy finansowi: Członkowie zespołu Advocate Health, którzy pomagają nieubezpieczonym lub ubezpieczonym pacjentom, analizując ich obecną sytuację finansową w celu określenia dostępnego ubezpieczenia i programów pomocy finansowej, pomagają pacjentom w zapisaniu się do dostępnych programów, edukują pacjentów w zakresie kosztów opieki i pomagają w ogólnym zarządzaniu odpowiedzialnością finansową pacjentów.

Wynik pomocy finansowej (Financial Assistance Score, FAS): informacje dostarczane przez zewnętrznych partnerów w celu zapewnienia proaktywnego, spójnego i zautomatyzowanego mechanizmu potwierdzania profilu finansowego pacjenta.

Ogólnie przyjęte standardy praktyki medycznej: standardy oparte na wiarygodnych dowodach naukowych opublikowanych w recenzowanej literaturze medycznej powszechnie uznawanej przez odpowiednią społeczność medyczną, w tym zalecenia stowarzyszenia Physician Specialty Society, opinie lekarzy praktykujących w danym obszarze klinicznym oraz wszelkie inne istotne czynniki.

Gospodarstwo domowe: pacjent i wszelkie osoby (takie jak współmałżonek, dzieci lub inne osoby pozostające na utrzymaniu), które mogą zostać uwzględnione w federalnym zeznaniu podatkowym, niezależnie od tego, czy pacjent składa zeznanie podatkowe.

Dochód finansowy gospodarstwa domowego: suma wszystkich źródeł dochodu uzyskanych w okresie 12 miesięcy przez określone osoby mieszkające w gospodarstwie domowym, w tym m.in:

- Roczne zarobki gospodarstwa domowego przed opodatkowaniem.
- Zasiłek dla bezrobotnych
- Odszkodowania pracownicze za wypadki przy pracy

- Social Security (Ubezpieczenie społeczne) i Supplemental Security Income (uzupełniający zasiłek z ubezpieczenia społecznego)
- Płatności dla weteranów
- Emerytura lub dochód emerytalny
- Inne stosowne dochody, w tym na przykład czynsze, alimenty, alimenty na dzieci i wszelkie inne dochody niezależnie od ich źródła.

Ubezpieczeni: pacjenci, którzy są ubezpieczeni i objęci ochroną ubezpieczeniową przez ubezpieczyciela będącego stroną trzecią.

Grupa medyczna: profesjonalne usługi medyczne świadczone przez świadczeniodawców zatrudnionych przez Advocate Health.

Niezbędne z medycznego punktu widzenia: usługi opieki zdrowotnej, które świadczeniodawca, kierując się rozsądnym osądem klinicznym, zapewniłby pacjentowi w celu oceny, zdiagnozowania lub leczenia choroby, urazu, schorzenia lub jego 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 choroby, urazu lub schorzenia pacjenta.

Inne opcje ubezpieczenia: opcje, które skutkowałyby płatnością przez stronę trzecią na konto(a) pacjenta weryfikowanego pod kątem możliwości udzielenia pomocy w zakresie ochrony ubezpieczeniowej i pomocy finansowej, w tym m.in: Płatności z funduszu Workers' Compensation (Odszkodowania pracownicze za wypadki przy pracy), plany rządowe, takie jak Medicare i Medicaid, plany agencji stanowych/federalnych, pomoc ofiarom itp. lub odpowiedzialność cywilna wynikająca z wypadków samochodowych lub innych.

Uczestniczący świadczeniodawcy: niezależni dostawcy usług opieki zdrowotnej, którzy zgodzili się przestrzegać niniejszych Zasad w odniesieniu do usług podlegających rozliczeniu świadczonych w szpitalach Advocate Health. Ze świadczeniodawcami można kontaktować się bezpośrednio, aby sprawdzić, czy są oni świadczeniodawcami uczestniczącymi w programie.

Streszczenie napisane zrozumiałym językiem): (Plain Language Summary, PLS): streszczenie niniejszych Zasad, które jest uproszczone w celu ułatwienia zrozumienia kryteriów kwalifikowalności i sposobu ubiegania się o pomoc finansową.

Wstępna kwalifikowalność: zgodnie z prawem i przepisami stanowymi, ustalenie kwalifikowalności do pomocy finansowej na podstawie określonych kryteriów, których spełnienie zostało uznane za wykazanie potrzeby finansowej ze strony nieubezpieczonego pacjenta bez wypełniania wniosku o pomoc finansową.

Ubezpieczyciele zewnętrzni: każda strona zapewniająca płatność w imieniu pacjenta, w tym firmy ubezpieczeniowe, odszkodowania pracownicze, plany rządowe, takie jak Medicare i Medicaid, plany agencji stanowych/federalnych, pomoc ofiarom lub odpowiedzialność cywilna wynikająca z wypadków samochodowych lub innych. Plany podziału kosztów opieki zdrowotnej, w tym między innymi MediShare, nie są uważane za ubezpieczyciela zewnętrznego.

Saldo do samodzielnej zapłaty: część rachunku pacjenta, za który w świetle prawa odpowiada pacjent lub poręczyciel pacjenta, po uwzględnieniu wszelkich obowiązujących rabatów.

Pacjent nieubezpieczony: pacjent, który nie jest objęty w całości lub w części ubezpieczeniem przez ubezpieczyciela będącego osobą trzecią i nie jest beneficjentem publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego lub innego programu ubezpieczenia zdrowotnego (w tym między innymi ubezpieczenia prywatnego, Medicare, Medicaid lub pomocy ofiarom przestępstw) i którego obrażenia nie podlegają odszkodowaniu z tytułu odszkodowania pracowniczego, ubezpieczenia samochodowego, odpowiedzialności cywilnej lub innego ubezpieczenia osób trzecich, zgodnie z ustaleniami Advocate Health na podstawie dokumentów i informacji przekazanych przez pacjenta lub uzyskanych z innych źródeł, w celu opłacenia usług opieki zdrowotnej świadczonych przez Advocate Health.

Nieubezpieczeni pacjenci

Pacjenci nieubezpieczeni będą sprawdzani pod kątem kwalifikowania się do pomocy finansowej w ramach zautomatyzowanego procesu lub procesu pomocy w zakresie ubezpieczenia realizowanego przez pracowników zespołu rzeczników finansowych /doradców finansowych Advocate Health. Rzecznicy finansowi/doradcy finansowi Advocate Health sprawdzą nieubezpieczonych pacjentów ubiegających się o pomoc pod kątem innych możliwości ubezpieczenia przed określeniem kwalifikowalności do pomocy finansowej.

Proces pomocy w zakresie ubezpieczenia

- Nieubezpieczeni pacjenci przyjęci do szpitala lub korzystający z usług ambulatoryjnych, które skutkują wysokimi kosztami, odbędą rozmowę z zespołem rzeczników/doradców finansowych Advocate Health. Rozmowa obejmuje zebranie informacji potrzebnych do oceny kwalifikowalności pacjenta do opcji ubezpieczenia (np. Medicaid), a także informacji potrzebnych do określenia kwalifikowalności do pomocy finansowej.
- Jeśli nieubezpieczeni pacjenci nie odbędą takiej rozmowy przed wypisaniem ze szpitala, zespół rzeczników/doradców finansowych Advocate Health podejmie próbę skontaktowania się z pacjentem w celu zebrania informacji niezbędnych do przeprowadzenia rozmowy. Ponadto pacjenci mogą zainicjować rozmowę dzwoniąc pod numer podany w korespondencji od zespołu rzeczników /doradców finansowych, dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta lub pobierając wniosek i wysyłając go pocztą do zespołu rzeczników /doradców finansowych.
- Jeśli proces ustalenia kwalifikowalności do pomocy w zakresie ubezpieczenia wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo, że pacjent będzie kwalifikował się do innych opcji ubezpieczenia (np. Medicaid), wówczas pacjent, z pomocą zespołu rzecznika finansowego/zespołu ds. pomocy finansowej, będzie musiał skorzystać z tych opcji, zanim będzie kwalifikował się do pomocy finansowej Advocate Health.
- **Jeśli pacjent w pełni współpracuje w procesie poszukiwania opcji ubezpieczenia**, ale kwalifikowalność do takiego ubezpieczenia zostanie później uznana za mało prawdopodobną lub pacjentowi odmówi się takiego ubezpieczenia z powodów innych niż nieprzestrzeganie zasad, Advocate Health określi wówczas kwalifikowalność pacjenta do pomocy finansowej.
- **Nieubezpieczeni pacjenci, którzy nie będą w pełni współpracować w procesie ustalania kwalifikowalności do pomocy w zakresie ubezpieczenia, zostaną uznani za niekwalifikujących się do pomocy finansowej**, który obejmuje między innymi pełną współpracę z zespołem rzecznika finansowego/doradztwa finansowego oraz agencjami stanowymi lub federalnymi w całym procesie ubiegania się o Medicaid lub inne opcje ubezpieczenia.
- Pacjenci uznani za niekwalifikujących się do pomocy finansowej z powodu braku pełnej współpracy w ramach procesu ustalania uprawnień do pomocy w zakresie ubezpieczenia mogą skontaktować się z Działem Obsługi Klienta w celu omówienia opcji płatności.

Pomoc w zakresie ubezpieczenia: Kryteria kwalifikowalności do pomocy finansowej

- Nieubezpieczeni pacjenci mieszkający w Illinois, Wisconsin[1], Karolinie Północnej, Karolinie Południowej, Georgii lub Alabamie.
- Nieubezpieczeni pacjenci korzystający z nieplanowanych, niezbędnych ze względów medycznych usług w placówce Advocate Health lub u świadczeniodawcy uczestniczącego w programie Advocate Health.
- Nieubezpieczeni pacjenci, którzy w pełni współpracują w procesie określania i poszukiwania innych opcji ubezpieczenia (np. Medicaid)[2].
- Nieubezpieczeni pacjenci, którzy nie kwalifikują się do wszystkich innych opcji ubezpieczenia dla analizowanych kont.

- Kwalifikowalność zostanie określona poprzez porównanie całkowitego dochodu gospodarstwa domowego pacjenta z federalnymi wytycznymi dotyczącymi ubóstwa (FPG) obowiązującymi w momencie przeglądu.
- Nieubezpieczeni pacjenci spełniający wszystkie powyższe kryteria, z dochodem gospodarstwa domowego między 0% a 300% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG), kwalifikują się do 100% pomocy finansowej.
- Pacjenci Atrium Health: nieubezpieczeni pacjenci spełniający wszystkie powyższe kryteria, z dochodem gospodarstwa domowego między 301% a 400% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG), kwalifikują się do obniżki w postaci 75% pomocy finansowej w stosunku do całkowitych opłat brutto.
- WYŁĄCZNIE pacjenci ze stanu Illinois: nieubezpieczeni pacjenci spełniający wszystkie powyższe kryteria, z dochodem gospodarstwa domowego między 301% a 600% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG), kwalifikują się do obniżki w postaci pomocy finansowej zgodnie z przepisami stanowymi HUPDA3 IL.

[1]nieubezpieczeni pacjenci, którzy mieszkają w Michigan w pobliżu sąsiadujących placówek Advocate Health lub świadczeniodawców uczestniczących w programie Advocate Health.

[2] pacjent, u którego potwierdzono przynależność do społeczności Plain Community lub którego system przekonań uniemożliwia współpracę przy ubieganiu się o ubezpieczenie, będzie miał alternatywne opcje dla programów pomocy finansowej opisanych w niniejszej polityce. Obejmuje to ubieganie się o zniżkę z tytułu trudnej sytuacji życiowej, w ramach której kwalifikujący się pacjenci mogą otrzymać do 75% zniżki od należnego salda.

[3] Zgodnie z ustawą Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act (210 ILCS 89/1) (HUPDA) obowiązującą od 1 kwietnia 2009 r., uprawnienie do pomocy finansowej dla pacjentów o dochodach rodziny od czterech do sześciu (4-6) krotności FPG jest ograniczone do pacjentów mieszkających w stanie Illinois i ponoszących opłaty za medycznie niezbędne usługi. Advocate Health porównał zniżki dla 135% stosunku kosztów do opłat szpitala z AGB i zastosował bardziej hojne zniżki dla pacjentów. Zgodnie z HUPDA kwota pobierana od pacjenta zostanie ograniczona do 20% rocznego dochodu brutto pacjenta, jeśli pacjent powiadomi Advocate Health o wcześniejszym zatwierdzeniu pomocy finansowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

<u>Ocena pomocy finansowej (Financial Assistance Scoring, FAS)</u>

Nieubezpieczeni pacjenci z niskim saldem za usługi ambulatoryjne będą automatycznie oceniani pod kątem możliwości skorzystania z pomocy finansowej za pomocą zewnętrznych elektronicznych narzędzi przesiewowych.

- Zewnętrzny proces przesiewowy identyfikuje pacjentów, którzy spełniają kryteria otrzymania 100% pomocy finansowej, jak określono w niniejszych zasadach.
- Pacjenci nie muszą wypełniać wniosku o usługi, które są oceniane w ramach procesu FAS.

<u>Kwalifikowalność do FAS</u>

- Nieubezpieczeni pacjenci mieszkający w Illinois, Wisconsin, Karolinie Północnej, Karolinie Południowej, Georgii lub Alabamie.
- Nieubezpieczeni pacjenci korzystający z nieplanowanych, niezbędnych ze względów medycznych usług ambulatoryjnych w placówce Advocate Health lub u świadczeniodawcy uczestniczącego w programie Advocate Health.
- Nieubezpieczeni pacjenci, którzy w pełni współpracują w procesie określania i poszukiwania innych opcji ubezpieczenia (np. Medicaid).
- Nieubezpieczeni pacjenci, którzy nie kwalifikują się do wszystkich innych opcji ubezpieczenia dla analizowanych kont.

- Nieubezpieczeni pacjenci spełniający wszystkie powyższe kryteria, z dochodem gospodarstwa domowego między 0% a 300% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (Federal Poverty Guidelines, FPG).

Proces FAS

- Kwalifikowalność do pomocy finansowej opiera się na koncie.
- Informacje wykorzystywane do określenia kwalifikowalności są uzyskiwane od zewnętrznego podmiotu zajmującego się obsługą kont nieubezpieczonych pacjentów ambulatoryjnych.
- Kwalifikowalność jest określana na podstawie informacji od zewnętrznego podmiotu wskazujących prawdopodobieństwo, że dochód pacjenta mieści się w kryteriach FPG dla 100% pomocy finansowej.
- Przed objęciem pomocą finansową, konta mogą być sprawdzane pod kątem możliwości korzystania z Medicaid lub innych możliwości ubezpieczenia.
- Konta, które zakwalifikują się w procesie FAS, otrzymają 100% pomocy finansowej.
- Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej w ramach procesu FAS dla usług szpitalnych, otrzymają pismo odmowne z informacją o tym, jak ubiegać się o ponowne rozpatrzenie wniosku o przyznanie pomocy finansowej.
- Nieubezpieczeni pacjenci, którzy nie zakwalifikują się do pomocy finansowej w ramach procesu FAS, mogą złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie możliwości udzielenia pomocy finansowej. Kwalifikowalność do pomocy finansowej będzie uzależniona od pełnej współpracy pacjenta w procesie ubiegania się o Medicaid lub inne możliwości ubezpieczenia.

Ubezpieczeni pacjenci

Pomoc finansowa dla ubezpieczonych pacjentów jest dostępna po przedstawieniu pacjentowi rachunku. Pacjenci mogą zainicjować proces, wypełniając wniosek i wysyłając go pocztą lub dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta z prośbą o rozpatrzenie wniosku o pomoc finansową.

Kryteria kwalifikowalności do pomocy finansowej dla ubezpieczonych pacjentów:

- Ubezpieczeni pacjenci mieszkający w Illinois, Wisconsin, Karolinie Północnej, Karolinie Południowej, Georgii lub Alabamie.
- Ubezpieczeni pacjenci korzystający z nieplanowanych, niezbędnych ze względów medycznych usług w placówce Advocate Health lub u świadczeniodawcy uczestniczącego w programie Advocate Health.
- Ubezpieczeni pacjenci, którzy są w sieci[1] na podstawie planu świadczeń ubezpieczyciela zewnętrznego pacjenta w placówce Advocate Health lub u świadczeniodawcy Advocate Health (lub świadczeniodawcy uczestniczącego), z wyjątkiem usług świadczonych na oddziale ratunkowym Advocate Health.
- Ubezpieczeni pacjenci z w pełni rozstrzygniętymi roszczeniami skutkującymi saldem płatności własnych.
- Ubezpieczeni pacjenci, którzy w pełni współpracowali z ubezpieczycielem zewnętrznym w celu rozwiązania problemów związanych z płatnościami, jeśli dotyczy, tj. pytania dotyczące koordynacji świadczeń, informacje o wypadkach itp.
- Ubezpieczeni pacjenci, którzy w pełni współpracują przy określaniu innych opcji dodatkowego ubezpieczenia.
- Ubezpieczeni pacjenci, którzy zostali uznani za niekwalifikujących się do wszystkich innych opcji dodatkowego ubezpieczenia dla analizowanych kont.
- Ubezpieczeni pacjenci spełniający wszystkie powyższe kryteria, których dochód gospodarstwa domowego wynosi od 0% do 300% federalnych wytycznych dotyczących ubóstwa (FPG), otrzymają 100% pomocy finansowej w odniesieniu do weryfikowanego salda płatności własnych.

[1] Zgodnie z celami inicjatywy NC Medical Debt Mitigation, ubezpieczeni pacjenci, którzy są mieszkańcami Karoliny Północnej i otrzymują usługi w szpitalu Atrium Health w Karolinie Północnej, mogą kwalifikować się do programu, niezależnie od statusu przynależności do sieci ich planu ubezpieczeniowego.

Usługi niekwalifikujące się do pomocy finansowej

Następujące usługi nie kwalifikują się do objęcia pomocą finansową:

- Usługi planowane i/lub kosmetyczne
- Usługi, które nie są niezbędne ze względów medycznych
- Medycyna komplementarna/nietradycyjna
- Usługi w zakresie płodności
- Globalne i menedżerskie usługi zdrowotne
- Usługi medycyny pracy
- Usługi detaliczne
- Usługi z cenami pakietowymi
- Usługi wymagające płatności z góry zgodnie z innymi zasadami szpitala lub świadczeniodawcy
- W przypadku pacjentów ubezpieczonych, usługi, które są świadczone poza siecią w oparciu o plan świadczeń strony trzeciej pacjenta, z wyjątkiem usług świadczonych na oddziale ratunkowym Advocate Health.
- W przypadku pacjentów ubezpieczonych, usługi nieobjęte ubezpieczeniem przez ubezpieczyciela zewnętrznego pacjenta

Określenie uprawnień do pomocy finansowej dla pacjentów nieubezpieczonych i ubezpieczonych

- Rzecznicy finansowi/doradcy finansowi starają się przeprowadzać rozmowy z nieubezpieczonymi pacjentami w celu zebrania informacji potrzebnych do oceny kwalifikowalności pacjenta do opcji ubezpieczenia (np. Medicaid), a także informacji potrzebnych do określenia kwalifikowalności do pomocy finansowej. Pacjenci, z którymi nie przeprowadzono rozmowy, mogą ją zainicjować dzwoniąc pod numer podany w korespondencji od rzecznika finansowego/zespołu doradztwa finansowego, dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta lub pobierając wniosek i wysyłając go do rzecznika finansowego/zespołu doradztwa finansowego.
- Ubezpieczeni pacjenci mogą złożyć wniosek po otrzymaniu rachunku, dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta lub pobierając wniosek i wysyłając go do zespołu ds. doradztwa finansowego.
- Dodatkowo, poza informacjami uzyskanymi od pacjenta, w celu ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej, mogą zostać wykorzystane informacje pochodzące ze źródeł zewnętrznych, w tym między innymi:
  - szacowany dochód gospodarstwa domowego w porównaniu do FPG)
  - portale stanowe i/lub bazy danych zawierające informacje na temat pomocy publicznej
  - narzędzia do kwalifikacji umożliwiające wyszukiwanie i weryfikację uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego, Medicaid i pomocy publicznej
  - W stosownych przypadkach informacje ze źródeł zewnętrznych zostaną wykorzystane do potwierdzenia informacji podanych przez pacjenta w wywiadzie i/lub we wniosku o pomoc finansową. W przypadku rozbieżności między informacjami pochodzącymi ze źródeł zewnętrznych a informacjami dostarczonymi przez pacjenta, pacjent może zostać poproszony o przedłożenie dodatkowej dokumentacji, w tym między innymi następujących dokumentów:
  - zeznania podatkowe pacjenta za ostatni rok, W-2, dokumentacja podatku dochodowego pacjenta, odcinki czeków, zaświadczenia o bezrobociu lub pisma dotyczące ubiegania się o wsparcie finansowe

(w przypadku braku dochodu). Jeśli w rodzinie pacjenta jest więcej niż jedna zatrudniona osoba, każda z nich może zweryfikować swoje informacje finansowe, korzystając z tych samych opcji weryfikacji.
  - Dowód zamieszkania w danym stanie może zostać zweryfikowany poprzez przedstawienie przez pacjenta dwóch (2) z następujących ważnych dokumentów tożsamości wskazujących ten sam adres: Wydane przez stan prawo jazdy (lub inny dokument tożsamości ze zdjęciem, taki jak legitymacja studencka lub wojskowa), rachunki za media (gaz, prąd, woda), wyciągi bankowe, dowody rejestracyjne samochodów lub inna korespondencja otrzymana od jednostki rządowej z aktualną datą i adresem.
  - sprawozdania finansowe i weryfikacja dochodów oraz dokumentacja zewnętrznego dostawcy będą przechowywane przez Advocate Health przez okres 10 lat lub zgodnie z wymogami prawa. Fałszowanie informacji finansowych, w tym zatajanie informacji, będzie powodem odmowy przyznania pomocy finansowej.
- Pacjent zostanie powiadomiony o ustaleniu kwalifikowalności do pomocy finansowej pocztą, ustnie lub osobiście, w zależności od sytuacji.
- Jeśli pacjent zostanie uznany za kwalifikującego się do pomocy finansowej, płatności dokonane za kwalifikujące się usługi przed złożeniem przez pacjenta wniosku o pomoc finansową zostaną przeanalizowane w celu ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do zwrotu kosztów.
- Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do otrzymania pomocy finansowej, mogą zadzwonić do Działu Obsługi Klienta, aby utworzyć plan płatności w celu uregulowania pozostałego salda. Salda opłacane samodzielnie podlegają zasadom dotyczącym rozliczeń i windykacji Advocate Health (Advocate Health Billing and Collections Policy).

Wstępne określenie kwalifikowalności

Wstępne określenie ej kwalifikowalności może zostać dokonane zgodnie ze stanowymi przepisami i regulacjami. Pacjenci, którzy kwalifikują się do określonych federalnych i stanowych programów pomocy lub spełniają inne kryteria nieoparte na dochodach, mogą zostać uznani za wstępnie kwalifikujących się do 100% pomocy finansowej i nie jest konieczne składanie wniosku.
Informacje na temat procesu i uczestniczących w nim stanów są wymienione w Załączniku A.

Okres kwalifikowalności

- Osoby nieubezpieczone: Pomoc finansowa będzie obowiązywać retrospektywnie dla wszystkich kwalifikujących się otwartych sald płatności własnych i prospektywnie przez okres do 180 dni.
  - Przyszłe usługi w okresie 180 dni mogą zostać zweryfikowane pod kątem możliwości korzystania z Medicaid lub innych możliwości ubezpieczenia. Pacjenci muszą w pełni współpracować w trakcie procesu pomocy w zakresie ubezpieczenia, aby utrzymać uprawnienia do pomocy finansowej przez okres 180 dni, jeśli zostaną uznani za niekwalifikujących się do objęcia inną ochron a ubezpieczeniową.
  - Jeśli w okresie kwalifikowalności nastąpią jakiekolwiek zmiany, pacjent jest zobowiązany do współpracy w ramach procesu pomocy w zakresie ubezpieczenia w celu utrzymania kwalifikowalności do pomocy finansowej.
  - Pacjent poinformuje Advocate Health o wszelkich istotnych zmianach w swojej sytuacji finansowej, które wystąpią w okresie 180 dni po zatwierdzeniu, a które mogą mieć wpływ na jego status kwalifikowalności. Informacje należy przekazać w ciągu trzydziestu (30) dni od zmiany. Niedopełnienie tego obowiązku przez pacjenta może spowodować unieważnienie wszelkiej kwoty pomocy finansowej udzielonej przez Advocate Health po wystąpieniu istotnej zmiany.

- Osoby ubezpieczone: Pomoc finansowa będzie skuteczna w odniesieniu do kwalifikujących się bieżących sald pozostałych po dokonaniu płatności przez wszystkie strony trzecie. Pacjenci muszą ponownie ubiegać się o pomoc finansową w przypadku nagłej i niezbędnej ze względów medycznych opieki w przyszłości.

Oszustwo

Advocate Health zastrzega sobie przewidziane w niniejszej polityce prawo do cofnięcia korekt po uwzględnieniu pomocy finansowej, jeśli informacje podane przez pacjenta podczas procesu zbierania informacji zostaną uznane za fałszywe lub jeśli Advocate Health dowie się, że pacjent otrzymał rekompensatę za usługi medyczne z innych źródeł nieujawnionych Advocate Health.

Wnioski o pomoc finansową

Wnioski o pomoc finansową są przeznaczone dla:

- Nieubezpieczonych pacjentów, z którymi rzecznik/doradca finansowy nie przeprowadził wcześniej rozmowy.
- Nieubezpieczonych pacjentów, którym odmówiono pomocy finansowej w ramach zautomatyzowanego procesu oceny kwalifikowalności do pomocy finansowej i którzy chcą zostać ponownie rozpatrzeni pod kątem kwalifikowalności do pomocy finansowej.
- Ubezpieczonych pacjentów ubiegających się o pomoc finansową po otrzymaniu rachunku.

Jak złożyć wniosek?

- Atrium Health
  - Online korzystając z telefonu, tabletu lub komputera, korzystając z łącza dostępnego na stronie pomocy finansowej w witrynie Atrium Health lub na stronie https://ola.veritysource.com/atrium.
  - Wniosek o pomoc finansową można pobrać ze strony https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance i przesłać pocztą na adres:
    Atrium Health Business Office
    ATTN: Coverage Assistance Services
    P.O. Box 32861
    Charlotte, NC 28232-2861
  - Należy zadzwonić pod numer 704-512-7171 lub 1-844-440-6536

- Illinois – Advocate Health Care
  - Wniosek o pomoc finansową można pobrać ze strony http://www.advocatehealth.com/financialassistance i przesłać pocztą na adres:
    Advocate Health Care Financial Advocates
    P.O. Box 3039
    Oak Brook, IL 60522-9908
  - Należy zadzwonić pod numer 847-795-2300

- Wisconsin – Aurora Health Care
  - Wniosek o pomoc finansową można pobrać ze strony http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance i przesłać pocztą na adres:
    Aurora Health Care Financial Advocates
    P.O. Box 909996
    Milwaukee, WI 53209-0996
  - Należy zadzwonić pod numer 1-800-326-2250

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

Rozpatrywane będą tylko w pełni wypełnione wnioski o pomoc finansową. Wniosek uznaje się za kompletny, jeśli wypełniono wszystkie pola we wniosku, dostarczono wszelkie wymagane dokumenty, a rzecznik finansowy/doradca finansowy przeanalizował informacje i uznał, że pacjent nie kwalifikuje się do innych możliwości objęcia ubezpieczeniem. Wniosek jest następnie rozpatrywany pod kątem możliwości zakwalifikowania się do uzyskania pomocy finansowej, a decyzja jest podejmowana w odpowiednim czasie.

Niekompletne wnioski: Jeśli wniosek jest niekompletny lub pacjent nie przekazał wymaganych informacji lub nie podjął działań wymaganych przez przedstawiciela Advocate Health, rzecznik finansowy/doradca finansowy poinformuje pacjenta i wyjaśni, jakie informacje są potrzebne do wypełnienia wniosku. Wymagane informacje należy dostarczyć do Advocate Health w ciągu 30 dni od powiadomienia pacjenta, chyba że Advocate Health zostanie poinformowana o szczególnych okolicznościach.

Przekazywanie informacji na temat zasad

Aby pacjenci Advocate Health i szersza społeczność wiedzieli o dostępności pomocy finansowej, Advocate Health podejmuje następujące środki w celu informowania o pomocy w zakresie ubezpieczenia oraz polityce i procesach pomocy finansowej:

- Rzecznicy/doradcy finansowi przeprowadzają kampanie informacyjne i rozmowy na miejscu w celu oceny kwalifikowalności do objęcia ubezpieczeniem (np. Medicaid) i pomocy finansowej.
- Napisane prostym językiem podsumowanie programów pomocy finansowej znajduje się na wszystkich oddziałach ratunkowych, w miejscach rejestracji pacjentów oraz na wszystkich wyciągach z rachunków. Streszczenie napisane zrozumiałym językiem zawiera informacje na temat programów pomocy finansowej dostępnych w ramach niniejszej polityki pomocy finansowej, informacje na temat sposobu składania wniosków, numer telefonu działu, który może udzielić informacji na temat polityki pomocy finansowej oraz informuje, jak uzyskać dostęp do kopii polityki pomocy finansowej.
- Strony internetowe Advocate Health, Aurora Health Care i Atrium Health udostępniają informacje na temat dostępnych programów pomocy finansowej, sposobu składania wniosków przez pacjentów, numerów telefonów do działów, które mogą udzielić informacji na temat pomocy finansowej, podsumowania w prostym języku, kopii polityki pomocy finansowej, wniosku o pomoc finansową oraz polityki dotyczącej rozliczeń i windykacji.
- Zapytania kierowane do Działu Obsługi Klienta.

Działania w przypadku braku płatności

Informacje na temat praktyk Advocate Health w zakresie rozliczeń i windykacji można znaleźć w osobnej polityce dotyczącej rozliczeń i windykacji zamieszczonej na stronach internetowych Advocate Health, Aurora Health Care i Atrium Health. Bezpłatną kopię zasad można również otrzymać pocztą, dzwoniąc do Działu Obsługi Klienta pod numer:

- Atrium Health
  - Należy wejść na stronę https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance
  - Należy zadzwonić pod numer 704-512-7171 lub 1-844-440-6536
- Illinois – Advocate Health Care
  - Należy wejść na stronę http://www.advocatehealth.com/financialassistance
  - Należy zadzwonić pod numer 847-795-2300
- Wisconsin – Aurora Health Care

- Należy wejść na stronę http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance
- Należy zadzwonić pod numer 1-800-326-2250

Zapewnienie jakości i inne postanowienia

Zapewnienie jakości: Członkowie zespołu Advocate Health nie mogą udzielać rekomendacji i/lub rozpatrywać wniosków o pomoc finansową dla członków rodziny, przyjaciół, znajomych i współpracowników. Dział Zapewnienia Jakości Usług Finansowych dla Pacjentów (Patient Financial Services Quality Assurance Department) będzie przeprowadzał okresowe audyty kont weryfikowanych pod kątem możliwości zapewnienia pomocy finansowej, aby zapewnić przestrzeganie zasad i procesów.

Dostosowania kryteriów kwalifikowalności: Advocate Health może okresowo dostosowywać kryteria kwalifikowalności w niniejszej polityce w oparciu o oceny potrzeb zdrowotnych społeczności lub badania doskonalące przeprowadzone dla odpowiednich organizacji i / lub w razie potrzeby w celu zapewnienia zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami i / lub umowami okręgowymi.

Przepis dotyczący stanu zagrożenia zdrowia publicznego: Alternatywne źródła finansowania ze względu na stan zagrożenia zdrowia publicznego NIE uniemożliwią nieubezpieczonym pacjentom otrzymania pomocy finansowej w przypadku pozostałych sald, które kwalifikują się zgodnie z niniejszą polityką. W ramach zaangażowania Advocate Health na rzecz naszej społeczności, pomoc finansowa może być również zastosowana do wszelkich dopłat lub odpowiedzialności ubezpieczonego pacjenta, które zostały zniesione, ale nie zostały opłacone/zwrócone przez płatników lub gdy wydano sprzeczne wytyczne dotyczące rozliczeń w nagłych wypadkach związanych ze zdrowiem publicznym.

Załącznik A

W niektórych stanach pacjenci zarejestrowani w niektórych federalnych i stanowych programach pomocy lub spełniający inne kryteria niezwiązane z dochodami mogą kwalifikować się do 100% pomocy finansowej i nie jest konieczne składanie wniosku.

Wstępne określenie kwalifikowalności w Karolinie Północnej

- Zgodnie z inicjatywą NC Medical Debt Mitigation, wstępne ustalenia kwalifikowalności będą dokonywane dla pacjentów, którzy są mieszkańcami Karoliny Północnej i otrzymują usługi szpitalne w placówce Atrium Health w Karolinie Północnej. Pacjenci, którzy kwalifikują się do określonych federalnych i stanowych programów pomocy lub spełniają inne kryteria nieoparte na dochodach, zostaną uznani za wstępnie kwalifikujących się do korekty ze względu na 100% pomocy finansowej i nie jest konieczne składanie wniosku.
- Wstępna kwalifikowalność może opierać się na spełnianiu przez pacjenta kryteriów innych niż dochód, w tym między innymi:
  - Bezdomność
  - Zapisanie się do programów pomocy rządowej uzależnionych od posiadanych środków, takich jak Women, Infants and Children Nutritional Program (Program Żywieniowy dla Kobiet, Niemowląt i Dzieci), Supplemental Nutrition Assistance Program (Uzupełniający Program Pomocy Żywieniowej), Temporary Assistance for Needy Families (Pomoc dla Potrzebujących Rodzin).
  - Uprawnienie do Medicaid dla pacjenta lub dziecka w gospodarstwie domowym pacjenta
  - Niezdolność (do pracy) ze względu na niepełnosprawność umysłową, gdy nie ma nikogo, kto mógłby działać w imieniu pacjenta
- Jeśli spełnione jest co najmniej jedno kryterium wstępnej kwalifikowalności nieopartej na dochodach, od pacjentów nie wymaga się dostarczenia dokumentacji ani innej weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikowalności.
- Proces ustalania, czy pacjenci spełniają kryteria wstępnej kwalifikowalności nieoparte na dochodach, obejmuje:
  - Informacje zebrane podczas procesu przyjęcia/rejestracji
  - Aby przeprowadzić kompleksowy przegląd, można również uzyskać informacje od zespołów sprawujących opiekę nad pacjentem.
- Pacjenci, którzy spełniają co najmniej jedno z kryteriów wstępnej kwalifikowalności nieopartych na dochodach, kwalifikują się do 100% pomocy finansowej i zostaną o tym powiadomieni przed wypisem.
- Pacjenci, którzy spełniają kryteria wstępnej kwalifikowalności do pomocy finansowej, mogą zostać sprawdzeni pod kątem możliwości kwalifikowania się do Medicaid lub innych możliwości ubezpieczenia. Pacjenci ci nie zostaną pociągnięci do odpowiedzialności finansowej, jeśli później zostaną uznani za niekwalifikujących się do Medicaid lub innych możliwości ubezpieczenia.
- Pacjenci, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikowalności wstępnej nieopartej na dochodach i nie zostali zatwierdzeni do innego programu pomocy finansowej zgodnie z niniejszą polityką, otrzymają informacje o alternatywnych ścieżkach ubiegania się o pomoc finansową.

Wstępne określenie kwalifikowalności w stanie Illinois

- W przypadku pacjentów z Wisconsin i Illinois można dokonać wstępnego ustalenia kwalifikowalności zgodnie z ustawą IL Fair Patient Billing Act. Nieubezpieczeni pacjenci, którzy kwalifikują się do określonych federalnych i stanowych programów pomocy, mogą zostać uznani za wstępnie kwalifikujących się do korekty ze względu na 100% pomocy finansowej i nie jest konieczne składanie wniosku.
- Jeśli można zweryfikować co najmniej jedno kryterium, nie będą wymagane żadne inne dowody dochodu.

- AAH może poprosić pacjenta o weryfikację uprawnień, jeśli rzecznik finansowy nie jest w stanie zweryfikować uprawnień drogą elektroniczną.
- Jeśli rzecznik finansowy może stwierdzić, że pacjent jest przypuszczalnie uprawniony do otrzymania pomocy finansowej, pisemny wniosek nie jest wymagany.
- Kryteria wstępnej kwalifikowalności są wykazywane przez zarejestrowanie w jednym z następujących programów:
  o Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC) (Program żywienia kobiet, niemowląt i dzieci).
  o Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Uzupełniający program pomocy żywieniowej).
  o Illinois Free Lunch and Breakfast Program (Program bezpłatnych obiadów i śniadań w stanie Illinois).
  o Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) (Program pomocy w opłaceniu rachunków za energię elektryczną dla gospodarstw domowych o niskich dochodach).
  o Temporary Assistance for Needy Families (TANF) (Tymczasowa pomoc dla potrzebujących rodzin (TANF).
  o Illinois Housing Development Authority's Rental Housing Support Program (Program wsparcia mieszkań czynszowych Urzędu Rozwoju Mieszkalnictwa stanu Illinois).
  o Zorganizowany program społecznościowy lub charytatywny program zdrowotny zapewniający opiekę medyczną, który jako kryterium ocenia i dokumentuje status finansowy osób o niskich dochodach.
  o Kwalifikowalność do Medicaid, ale brak kwalifikowalności w dniu otrzymania usługi lub do usługi nieobjętej ubezpieczeniem (tylko pacjenci z IL)
- Spełnienie kryteriów wstępnej kwalifikowalności można również wykazać przez następujące okoliczności życiowe:
  o Uzyskanie zasiłku na usługi medyczne.
  o Bezdomność.
  o Zmarły bez majątku.
  o Niezdolność (do pracy) ze względu na niepełnosprawność umysłową i brak osoby, która mogłaby działać w imieniu pacjenta.
  o Osadzenie w zakładzie karnym.
  o Przynależność do zakonu i ślub ubóstwa.
  o Dowód z niezależnej agencji sprawozdawczej wskazujący, że dochód rodziny jest niższy niż dwukrotność FPL.
- Sposoby wykazania wstępnej kwalifikowalności obejmują:
  o Elektroniczne potwierdzenie rejestracji w programie lub innych kryteriów wstępnej kwalifikowalności.
  o Jeśli niezależne potwierdzenie elektroniczne nie jest możliwe, wymagany będzie dowód rejestracji lub spełnienia innych
  kryteriów kwalifikowalności. Każdy z poniższych dowodów będzie wystarczający:
  o Kupon WIC.
  o Karta SNAP z wydrukiem ekranu dowodu rejestracji lub kopia listu zatwierdzającego uprawnienia do SNAP.
  o Pismo ze szkoły lub powiadomienie o bezpłatnych/obniżonych cenach posiłków i zwolnieniu z opłat z podpisem.
  o Pismo o przyznaniu lub zatwierdzeniu LIHEAP.
  o Pismo o zatwierdzeniu TANF od Czerwonego Krzyża, DHS lub HFS.
  o Potwierdzenie zapłaty czynszu w przypadku programu mieszkaniowego subsydiowanego przez władze stanowe lub federalne.
  o Pismo o dostosowaniu czynszu od wynajmującego lub karta lub pismo HUD.
  o Karta lub pismo o przyznaniu świadczeń potwierdzające aktualne uprawnienia do udziału w programie stanu Illinois.
  o Oświadczenie agencji przyznającej zasiłek lub pismo o przyznaniu zasiłku.
  o Osobiste zaświadczenie lub pismo z kościoła lub schroniska potwierdzające bezdomność.
  o Pismo od adwokata, domu zamieszkania grupowego, schroniska, zakonu lub kościoła