
Temat	Pomoc finansowa
Numer indeksowy	GL-2555
Rozdział	Cykl przychodów
Podrozdział	Zarządzanie cyklem przychodów
Kategoria	Korporacyjne
Kontakt	Doris Schumacher
Data wejścia w życie	04/01/2024
Data następnej aktualizacji	03/31/2025

MATERIAŁY ŹRÓDŁOWE

EMTALA: Collection of Financial Information (Gromadzenie informacji finansowych)

Self-Pay Billing & Collection Policy (Zasady fakturowania płatności własnych pacjentów i pobierania należności)

Federal Poverty Guidelines (Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa), US Department of Health and Human Services

IRS Notice 2015-46 i 29 CFR §§1.501(r) (4) – (6)

26 CFR 250 (31 grudnia 2014 r.) str. 78954-79016

Reporting of Medicare Bad Debt (Zgłaszanie długów nieściągalnych Medicare)

Załącznik 1: Financial Assistance Application Form (Formularz wniosku o pomoc finansową)

Załącznik 2: Discount chart based on income and asset thresholds, and the uninsured discount rate (Tabela zniżek w zależności od progu dochodowego i majątkowego oraz stawki zniżek dla osób nieubezpieczonych)

Załącznik 3: Covered providers and departments (Dostawcy usług i działy, których dotyczą zasady)

Załącznik 4: Amounts Generally Billed (AGB) Percentage (Wartości procentowe kwot naliczanych zwyczajowo)

Załącznik 5: Public Access to documents (Publiczny dostęp do dokumentacji)

DOTYCZY

Wszyscy pacjenci Gundersen St. Elizabeth's Hospital and Clinics (hereinafter, collectively referred to as GSEHC)

korzystający z usług Gundersen St. Elizabeth's Hospital and Clinics (hereinafter, collectively referred to as GSEHC).

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE CELU

Zasady fakturowania płatności i pobierania należności opracowaliśmy, by wraz z Misją i wizją firmy GSEHC stanowiły ramy procesu zapewniania społeczeństwu dostępności pomocy finansowej zgodnie z wytycznymi stanowymi, federalnymi i prawnymi.

DEFINICJE

Poniższe definicje mają zastosowanie do wszystkich rozdziałów tych zasad.

Kwota naliczana zwyczajowo (AGB) [Amount Generally Billed (AGB)]: Kwota naliczana zwyczajowo to oczekiwana płatność za usługi wyświadczone w nagłych przypadkach lub uznane za niezbędne z medycznego punktu widzenia, za uiszczenie której odpowiedzialny jest pacjent i/lub poręczyciel. W przypadku kwalifikujących się pacjentów kwota ta nie przekroczy stawki określonej przy użyciu metody retrospekcyjnej (Look Back Method) opisanej w §1.501(r)-5(b) (3) Kodeksu Podatkowego (Internal Revenue Code). Metoda retrospekcyjna (Look Back Method) oparta będzie na roszczeniach z przeszłości zapłaconych przez program 'opłata od usługi' Medicare (Fee-for-Service) wraz z uwzględnieniem płatności roszczeń od wszystkich prywatnych ubezpieczycieli. AGB będzie obliczana corocznie, do 45.

dnia po zamknięciu poprzedniego roku kalendarzowego i zostanie wdrożona do 120. dnia po zamknięciu roku kalendarzowego.

Procent kwoty naliczanej zwyczajowo [Amount Generally Billed Percentage]: Wartość procentowa AGB będzie obliczana corocznie, do 45. dnia roku; została ona opisana w Załączniku 4 niniejszych Zasad.

Okres składania wniosków [Application Period]: Okres, w którym będą przyjmowane i rozpatrywane wnioski o pomoc finansową. Okres składania wniosków rozpoczyna się w dniu wskazanym jako data pierwszego rozliczenia płatności za wyświadczone usługi i kończy w 240. dniu po dacie dostarczenia pierwszego rozliczenia płatności za wyświadczone usługi.

Pomoc w przypadku sytuacji katastrofalnej [Catastrophic Care Assistance]: Pomoc finansowa dla kwalifikujących się pacjentów z przeliczonym w skali roku dochodem rodzinnym przekraczającym 400% federalnego progu ubóstwa, majątkiem mniejszym niż wartość równa 600% federalnego progu ubóstwa oraz ze zobowiązaniami finansowymi z tytułu usług medycznych wyświadczonych przez firmę GSEHC przekraczającymi 25% dochodu rodzinnego.

Pomoc po obniżonych stawkach [Discounted Care]: Pomoc finansowa zapewniająca obniżone opłaty za kwalifikujące się usługi medyczne świadczone przez firmę GSEHC, w oparciu o ruchomą skalę, skierowana do kwalifikujących się pacjentów lub poręczycieli pacjentów, w przypadku których przeliczony w skali roku dochód rodzinny wynosi 200-400% federalnego progu ubóstwa, a wartość majątku nie przekracza sześciokrotności federalnego progu ubóstwa. Obsługiwane obszary objęte programem NHSC będą korzystały z przeliczonego w skali roku dochodu rodzinnego w przedziale 201-400% federalnego progu ubóstwa.

Stan nagłego zagrożenia zdrowia [Emergency Medical Condition]: Zgodnie z definicją zawartą w Rozdziale 1867 ustawy o ubezpieczeniach społecznych (Social Security Act) (42 U.S.C. 1395dd). Termin „stan nagłego zagrożenia zdrowia” oznacza stan, w którym występują ostre objawy o takim stopniu ciężkości (w tym silny ból), że istnieje uzasadniona obawa, iż brak natychmiastowej pomocy medycznej może spowodować: poważne zaburzenia organów lub funkcji organizmu, poważne zagrożenie życia, poważne zagrożenie zdrowia pacjentki w ciąży lub jej nienarodzonego dziecka.

Rodzina [Family]: Zgodnie z definicją określoną przez Amerykańskie Biuro Spisu Ludności (U.S. Census Bureau), jest to grupa dwojga lub więcej osób, które mieszkają razem i są powiązane poprzez urodzenie, małżeństwo lub adopcję. Jeżeli pacjent zgłasza kogoś w zeznaniu podatkowym jako osobę zależną zgodnie z zasadami Urzędu Skarbowego (IRS), może ona zostać uznana za osobę zależną w celu określenia kwalifikowalności do uzyskania tej polisy.

Dochód rodzinny [Family Income]: Dochód rodzinny wnioskodawcy to suma dochodów brutto wszystkich dorosłych członków rodziny zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym, uwzględnionych w ostatnim federalnym zeznaniu podatkowym.

Federalny próg ubóstwa [Federal Poverty Level]: Federalny próg ubóstwa (FPL) określa, kogo należy uznać za osobę żyjącą w ubóstwie w Stanach Zjednoczonych; jego podstawą są progi dochodowe, które są zależne od wielkości i składu rodziny (<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/povertyguidelines>).

Pomoc finansowa [Financial Assistance]: Pomoc udzielana kwalifikującym się pacjentom, którzy w przeciwnym razie byłiby narażeni na nadmierne trudności finansowe, mająca na celu całkowite lub częściowe zwolnienie ich ze zobowiązań związanych z wyświadczeniem przez firmę GSEHC usług medycznych w nagłych przypadkach, lub usług, które były niezbędne z medycznego punktu widzenia.

Poręczyciel [Guarantor]: Osoba inna niż pacjent, która jest odpowiedzialna za opłacenie rachunków pacjenta.

Opłaty brutto [Gross Charges]: Suma opłat przy pełnej ustalonej stawce za wyświadczone pacjentowi usługi, przed zastosowaniem potrażeń.

Osoba bezdomna [Homeless]: Zgodnie z definicją określoną przez rząd federalny i publikacją zamieszczoną w Rejestrze Federalnym przez HUD w dniu 5 grudnia 2011 r.: Osoba lub rodzina, która nie ma stałego, regularnego i odpowiedniego

miejsca do zamieszkania w godzinach nocnych, co oznacza, że dla osoby tej lub rodziny głównym miejscem przebywania w nocy jest miejsce publiczne lub prywatne, które nie jest przeznaczone do zamieszkania przez ludzi, lub publicznie albo prywatnie prowadzone schronisko, którego celem jest zapewnienie tymczasowego schronienia.

Niezbędne z medycznego punktu widzenia [Medically Necessary]: Zgodnie z definicją Medicare, usługi lub materiały niezbędne do zdiagnozowania i leczenia schorzenia lub obrażeń.

Plan spłat [Payment Plan]: Plan spłat płatności własnych pacjenta, który został uzgodniony pomiędzy firmą GSEHC i pacjentem lub poręczycielem pacjenta. Plan spłat płatności własnych powinien uwzględniać warunki finansowe pacjenta, wysokość kwoty do spłacenia oraz wszystkie wcześniej uiszczone płatności.

Domniemana kwalifikowalność [Presumptive Eligibility]: W pewnych okolicznościach, aby dokonać oceny potrzeb finansowych pacjenta, nieubezpieczeni pacjenci mogą zostać uznani za kwalifikujących się do uzyskania pomocy finansowej w oparciu o ich udział w innych, zależnych od wysokości dochodu programach lub na podstawie innych niż pacjent źródeł informacji. W przypadku dokonania płatności przez pacjenta domniemana kwalifikowalność nie będzie miała do danego pacjenta zastosowania.

Okres kwalifikacyjny [Qualification Period]: Wnioskodawcy, którzy kwalifikują się do uzyskania pomocy finansowej otrzymają tę pomoc na okres sześciu miesięcy. Pomoc zostanie również przyznana z mocą wsteczną i obejmie wszystkie kwalifikujące się konta obciążone kosztami usług wyświadczonych w ciągu sześciu miesięcy przed datą złożenia wniosku.

Zniżki dla osób nieubezpieczonych [Uninsured Discount]: Pacjentom nieposiadającym ubezpieczenia udzielona zostanie w ramach tych zasad, w momencie naliczenia opłat, zniżka dla osób nieubezpieczonych na kwalifikujące się usługi wyświadczone przez firmę GSEHC. Niektóre usługi są wykluczone, a stosowna zniżka jest automatycznie stosowana w rozliczeniu płatności pacjenta. Zniżka taka jest wyłączana w przypadku późniejszego stwierdzenia ubezpieczenia i niemożności łączenia jej z innymi zniżkami za wyjątkiem Zniżki za terminową płatność [Prompt Pay Discount].

Nieubezpieczony pacjent [Uninsured Patient]: Pacjent nieposiadający ubezpieczenia ze strony komercyjnej firmy ubezpieczeniowej, planu ERISA, federalnego programu opieki zdrowotnej (w tym, bez żadnych ograniczeń, Medicare, Medicaid, SCHIP lub CHAMPUS), odszkodowania pracowniczego lub innej pomocy od strony trzeciej, które umożliwiłyby pokrycie kosztów opieki zdrowotnej.

Niedoubezpieczony pacjent [Underinsured Patient]: Osoba posiadająca prywatne lub publiczne ubezpieczenie, dla której konieczność opłacenia z własnej kieszeni oczekiwanego udziału w kosztach usług medycznych wyświadczonych przez firmę GSEHC stanowiłaby nadmierne obciążenie finansowe.

Implementacja

KWALIFIKUJĄCE SIĘ USŁUGI

Usługi kwalifikujące się do zniżki dla osób nieubezpieczonych w ramach zasad pomocy finansowej firmy GSEHC muszą mieć właściwy charakter kliniczny i ogólnie akceptowany standard medyczny. Obejmują one:

1. Usługi medyczne w nagłych przypadkach wyświadczane w placówce pogotowia.
2. Nieplanowe usługi wyświadczane w odpowiedzi na zagrażające życiu okoliczności w placówce innej niż pogotowie.
3. Usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia zwykle określane przez Medicare lub innego ubezpieczyciela jako „pokrywane materiały lub usługi”.
4. Program Unity House leczenia uzależnień od substancji chemicznych dla osób dorosłych.
5. Na mocy tych zasad pokrywane są usługi świadczone przez dostawców zatrudnionych przez firmę GSEHC. Pełna lista tych dostawców usług zamieszczona jest w Załączniku 3.

Usługi, które nie kwalifikują się do pomocy finansowej obejmują:

1. Planowe zabiegi, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia, jak również usługi typowo niepokrywane przez Medicare lub określone przez Medicare bądź innego ubezpieczyciela jako nie będące niezbędnymi z medycznego punktu widzenia.
2. Zabiegi Lasik, soczewki kontaktowe/okulary, soczewki niestandardowe, usługi chiropraktyka, usługi w zakresie leczenia niepłodności, operacje/usługi kosmetyczne, aparaty słuchowe, usługi ortodontyczne i stomatologiczne
3. Usługi świadczone przez dostawców niezatrudnionych przez firmę GSEHC (np. prywatnych i/lub nienależących do systemu GSEHC lekarzy i personel medyczny, transport karetką itd.). Pełna lista tych dostawców usług nieobjętych tymi zasadami zamieszczona jest w Załącznikach 3 i 6.
4. Udział własny i współubezpieczenie powiązane z usługami niezbędnymi z medycznego punktu widzenia, wyświadczonymi pacjentom poza siecią są określone przez ich ubezpieczycieli.
5. Badania na żądanie stron trzecich (np. badanie fizykalne kierowców zawodowych DOT).

KOORDYNACJA Z OCENĄ POTRZEB ZDROWOTNYCH SPOŁECZNOŚCI

Na obszarze obsługiwanych przez firmę GSEHC przeprowadzono ocenę potrzeb zdrowotnych społeczności. Stwierdzono, że istotnymi problemami zdrowotnymi jest otyłość, zdrowie psychiczne i nadużywanie środków odurzających. W planie implementacji środków zaradczych w zakresie stanu zdrowia społeczności podkreślono leczenie uzależnień jako jedną ze skutecznych metod interwencji medycznej w przypadku zdrowia psychicznego. Z tego powodu do pomocy finansowej firmy GSEHC kwalifikować się będzie pełen zakres instytucjonalnego leczenia uzależnień od środków odurzających, podlegając ograniczeniom AGB w przypadku kwalifikujących się pacjentów i poręczycieli.

KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI

Pomoc finansowa obejmie pacjentów nieubezpieczonych i niedoubezpieczonych lub poręczycieli pacjentów, którzy spełnią określone, wymienione niżej kryteria. Kryteria te zapewnią, że w obrębie całego systemu GSEHC będą obowiązywać spójne zasady pomocy finansowej. Firma GSEHC zastrzega sobie prawo do, zgodnie z potrzebą, skorygowania, wprowadzenia zmian lub modyfikacji niniejszych zasad.

Przed uznaniem pacjenta za kwalifikującego się do uzyskania pomocy finansowej musi zostać przeprowadzona ocena źródeł płatności (ubezpieczenia dostępnego w miejscu zatrudnienia, medycznej pomocy finansowej, funduszy dla osób ubogich, pomocy dla ofiar przemocy itd.) w celu zapewnienia, że udzielanie pomocy finansowej z zasobów firmy GSEHC odbywa się w rozsądny sposób. Jeżeli pacjent wydaje się spełniać wymogi innego programu pomocy, to firma GSEHC przekieruje takiego pacjenta do stosownej agencji po pomoc w wypełnieniu niezbędnych wniosków i formularzy. Warunkiem zatwierdzenia wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc finansową jest wyczerpanie przez niego wszelkich innych opcji pomocy.

Kryteria uwzględniane przez firmę GSEHC w procesie oceny kwalifikowalności pacjenta do uzyskania pomocy finansowej obejmują dochód rodzinny, majątek oraz zobowiązania płatnicze z tytułu wyświadczonych usług medycznych. Program pomocy finansowej GSEHC jest dostępny dla wszystkich pacjentów spełniających określone w niniejszych zasadach kryteria kwalifikacyjne, bez względu na ich lokalizację geograficzną i status dotyczący miejsca zamieszkania. Pomoc finansowa będzie przyznana pacjentom lub ich poręczycielom w oparciu o ich potrzeby finansowe oraz zgodnie z federalnymi i stanowymi przepisami prawnymi.

Pomoc finansowa zazwyczaj nie obejmuje współpłatności ani salda pacjenta po uiszczeniu płatności przez ubezpieczyciela, jeżeli pacjent nie zastosuje się należycie do jego wymagań, takich jak uzyskanie odpowiednich skierowań lub upoważnień. Oczekuje się, że przed uzyskaniem pomocy finansowej pacjenci posiadający odliczane od podatku indywidualne konta zdrowotne, takie jak Health Savings, Health Reimbursement Arrangement lub Flexible Spending Account, wykorzystają dostępne w nich środki.

Firma GSEHC zastrzega sobie prawo do cofnięcia zniżek opisanych w niniejszych zasadach, jeżeli zostanie stwierdzone, że warunki na jakich zostały one przyznane stanowią naruszenie prawnych lub umownych zobowiązań firmy GSEHC.

DOMNIEMANA KWALIFIKOWALNOŚĆ

Firma GSEHC rozumie, że nie wszyscy pacjenci są w stanie wypełnić wnioski o pomoc finansową lub spełnić wymagania dotyczące dokumentacji. Mogą zaistnieć sytuacje, kiedy kwalifikowalność pacjenta do uzyskania pomocy finansowej zostanie ustalona bez wypełniania formalnego wniosku. W celu stwierdzenia, czy zaległa kwota jest nieściągalna, firma GSEHC może wykorzystać inne informacje, które będą stanowić podstawę do określenia domniemanej kwalifikowalności.

Status domniemanej kwalifikowalności może zostać przyznany pacjentowi w oparciu o jego kwalifikowalność do innych programów oraz okoliczności życiowe, takie jak:

1. Pacjenci lub poręczyciele, którzy ogłosili upadłość. W przypadku upadłości, odpisana zostanie tylko kwota zaległości, która widniała w dniu uchylecia upadłości.
2. Pacjenci lub poręczyciele, którzy zmarli, nie pozostawiając masy spadkowej, która byłaby przedmiotem postępowania spadkowego.
3. Pacjenci lub poręczyciele, którzy zostaną uznani za osoby bezdomne.
4. Konta zwrócone przez agencje windykacyjne jako nieściągalne z dowolnego z wyżej wymienionych powodów.
5. Pacjenci lub poręczyciele, którzy kwalifikują się do udziału w stanowych programach Medicaid lub innych finansowanych przez państwo programów pomocy żywieniowej, będą kwalifikować się do uzyskania pomocy w zakresie wszelkich zobowiązań dotyczących współpłaty związanych z programem lub usług, których nie obejmuje ubezpieczenie.

Firma GSEHC rozumie, że niektórzy pacjenci mogą nie reagować na proces składania wniosku GSEHC. W takich okolicznościach do przeprowadzenia oceny potrzeb finansowych pacjenta firma GSEHC może wykorzystać inne źródła informacji. Informacje te, poprzez ich możliwie najlepsze oszacowanie, umożliwią firmie GSEHC podjęcie świadomej decyzji odnośnie potrzeb finansowych pacjentów niereagujących, od których bezpośrednio nie uzyskano żadnych informacji. Sprawdzenie majątku nie obowiązuje rodzin o rocznym dochodzie nieprzekraczającym 200% progu z aktualnych wytycznych dotyczących federalnego progu ubóstwa (FPG) w przypadku obszarów świadczenia usług objętych programem Narodowego Korpusu Służby Zdrowia (NHSC).

Aby przeprowadzić ocenę potrzeb finansowych, firma GSEHC może skorzystać z pomocy strony trzeciej w celu dokonania elektronicznego przeglądu informacji dotyczących pacjenta. Przegląd ten oparty jest na stosowanym w służbie zdrowia modelu, którego podstawę stanowią bazy danych rejestrów publicznych. Ten model prognostyczny wykorzystuje dane z rejestrów publicznych do obliczenia zdolności socjoekonomicznej i finansowej na podstawie oszacowania dochodów, majątku i płynności finansowej. (Sprawdzenie majątku nie obowiązuje rodzin o rocznym dochodzie nieprzekraczającym 200% progu z aktualnych wytycznych FPG w przypadku obszarów świadczenia usług objętych programem NHSC.)

Metoda elektroniczna zostanie zastosowana, zanim nastąpi przelew nieściągalnego długu, po wyczerpaniu wszystkich innych źródeł kwalifikowalności i płatności. Umożliwi to firmie GSEHC sprawdzenie wszystkich pacjentów pod kątem potrzeb w zakresie pomocy finansowej, zanim podjęte zostaną nadzwyczajne działania w celu ściągnięcia długu. W świetle tych zasad, dane z elektronicznego przeglądu kwalifikowalności będą stanowić wystarczającą dokumentację dotyczącą potrzeb finansowych.

RATOWNICTWO MEDYCZNE

Zgodnie z federalną ustawą o opiece medycznej w nagłych przypadkach i opiece okołoporodowej (FEDERAL EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND LABOR ACT - EMTALA), przed wyświadczeniem usług w nagłym przypadku zabrania się sprawdzania informacji dotyczących pomocy finansowej i płatności pacjenta. Firma GSEHC może wymagać od pacjenta uczestnictwa w kosztach (tj. współpłaty) w czasie świadczenia usługi pod warunkiem, że wymóg taki nie powoduje opóźnienia w medycznym badaniu przesiewowym lub czynnościach stabilizacji stanu zdrowia w stwierdzonym stanie nagłego zagrożenia zdrowia (patrz Zasady GL-3001).

KWOTY OBCIĄŻAJĄCE PACJENTÓW KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ DO UZYSKANIA POMOCY FINANSOWEJ

Kwota naliczana zwyczajowo to płatność oczekiwana od pacjentów lub ich poręczycieli kwalifikujących się do otrzymania pomocy finansowej. W przypadku kwalifikujących się pacjentów, którzy nie są objęci ubezpieczeniem, kwota ta nie przekroczy stawki określonej przy użyciu metody retrospekcyjnej (Look Back Method).

Metoda retrospekcyjna oparta będzie na uzgodnionych przez Medicare 'opłatach od usługi' wraz z uwzględnieniem roszczeń wobec firmy GSEHC o płatności od wszystkich prywatnych ubezpieczycieli. Roszczenia ubezpieczeniowe, które zostaną uwzględnione w obliczeniach AGB obejmują roszczenia uznane w okresie poprzedniego roku kalendarzowego. We wzorze naliczania płatności zostaną uwzględnione kwoty za współubezpieczenie, współpłatności i udział własny, jak również opłata za usługę Medicare wraz ze wszystkimi roszczeniami o płatności od prywatnych ubezpieczycieli. Opłaty brutto za wyżej wspomniane roszczenia zostaną uwzględnione w mianowniku. Kwota naliczana zwyczajowo (AGB) będzie obliczana corocznie. Wartość procentowa zostanie zastosowana do 120. dnia po zakończeniu roku kalendarzowego stosowanego przez firmę GSEHC i stanowiącego podstawę do obliczenia tych wartości.

UBIEGANIE SIĘ O POMOC FINANSOWĄ

Podstawą kwalifikowalności do uzyskania pomocy finansowej będą potrzeby finansowe w momencie ubiegania się o pomoc. Zasadniczo wymaga się, aby do wniosku o pomoc finansową załączona była dokumentacja wspierająca. Jeżeli wystarczająca dokumentacja nie zostanie zapewniona, firma GSEHC może zażądać dodatkowych informacji. Wymagane jest wiarygodne udokumentowanie potrzeby w zakresie pomocy finansowej.

Dla celów określenia kwalifikowalności od pacjentów lub ich poręczycieli wymagana jest następująca dokumentacja dotycząca dochodu:

1. Kopia federalnego zeznania podatkowego i wszystkie załączniki z ostatniego roku podatkowego
2. Bieżące zaświadczenia o dochodzie (kopia ostatniego odcinka wypłaty lub inna dokumentacja)
3. Zaświadczenia o innym dochodzie, takim jak zasiłek z tytułu bezrobocia, odszkodowanie pracownicze, alimenty na dziecko, alimenty, dochód z funduszu powierniczego, świadczenia dla weteranów
4. Bieżące wyciągi z kont bankowych

Dla celów określenia kwalifikowalności, od pacjentów lub ich poręczycieli wymagana jest następująca dokumentacja dotycząca majątku (sprawdzenie majątku nie obowiązuje rodzin o rocznym dochodzie nieprzekraczającym 200% progu z aktualnych wytycznych FPG w przypadku obszarów świadczenia usług objętych programem NHSC):

1. Konta bieżące
2. Rachunki oszczędnościowe
3. Rachunki środków ulokowanych na rynku pieniężnym
4. Certyfikaty depozytowe
5. Renty dożywotnie
6. Nieemerytalne konta inwestycyjne
7. Konta emerytalne, w tym renty
8. Nieruchomości
9. Pozostałe aktywa

Wnioski o przyznanie pomocy finansowej należy składać nie później niż po upływie 240 dni od daty pierwszego rozliczenia po wypisie. Jeżeli wniosek okaże się niepełny lub biuro zwróci się z prośbą o dostarczenie dodatkowych informacji, wniosek pozostanie aktywny przez trzydzieści (30) dni od daty wysłania do ubiegającej się osoby listu z prośbą o dostarczenie tych informacji. Jeżeli wnioskodawca nie odpowie w ciągu trzydziestu (30) dni, wniosek zostanie odrzucony.

W okresie rozpatrywania należyście wypełnionego Wniosku o pomoc finansową (FAA), nastąpi wstrzymanie procesu windykacyjnego. Wniosek o pomoc finansową zostanie dołączony do dokumentacji pacjenta lub zeskanowany, a przy

koncie zostanie umieszczona adnotacja. W okresie rozpatrywania wniosku realizowany będzie normalny proces rozliczeniowy. Jeżeli należycie i zgodnie z wymogami wypełniony Wniosek zostanie zatwierdzony przez przedstawiciela firmy GSEHC, fakt ten zostanie odnotowany w dokumentacji pacjenta i kwota zaległości zostanie umorzona i opatrzona odpowiednim kodem. Wnioski o pomoc finansową należy składać do niżej wymienionego biura:

Gundersen St. Elizabeth's Hospital and Clinics
Attn: Financial Counselor
1200 Grant Boulevard West
Wabasha, MN 55981
651-565-5697

Jeżeli wydana zostanie odmowa przyznania pomocy finansowej, pacjent lub poręczyciel pacjenta może ponownie ubiegać się o nią w przypadku każdej zmiany w dochodzie lub statusie.

OKREŚLANIE KWALIFIKOWALNOŚCI, ODWOŁANIA I ROZWIĄZYWANIE SPORÓW

Pacjenci muszą zostać poinformowani pisemnie o decyzji w ciągu trzydziestu (30) dni od daty złożenia wypełnionego wniosku. Wnioskodawca, co do którego zostanie stwierdzone, że kwalifikuje się do otrzymania pomocy finansowej w wysokości 100%, uzyska zwrot płatności stanowiących nadwyżkę kwoty, która uznana zostanie za zobowiązanie pacjenta lub poręczyciela, w odniesieniu do kont, na które przyznano pomoc na mocy zasad dotyczących pomocy finansowej firmy GSEHC. Zwrot dotyczy nadwyżek w kwocie \$5,00 lub wyższej. Zgodnie z niniejszymi zasadami pomoc finansowa zazwyczaj nie obejmuje współpłatności lub kwot należnych pozostałych po wypłacie ubezpieczenia w sytuacji, gdy pacjent nie uzyska właściwych skierowań lub upoważnień, lub gdy pomoc nie jest zgodna z postanowieniami zawartymi w umowie kontraktowej ubezpieczyciela, w związku z czym takie płatności nie podlegają zwrotowi.

W ciągu trzydziestu (30) dni od otrzymania powiadomienia pacjenci mogą przesłać pisemne odwołanie się od tej decyzji do:

Gundersen Health System
Do wiadomości: Customer Financial Service Manager
1900 South Avenue
La Crosse, WI 54601

Odwołanie musi zostać złożone w ciągu trzydziestu (30) dni od daty oryginalnej decyzji. Wyznaczona Komisja z działu Cyklu przychodów dokona ponownego rozpatrzenia wniosku. Decyzja podjęta przez Wyznaczoną Komisję będzie ostateczna.

OKRES KWALIFIKACYJNY

Jeżeli zostanie stwierdzone, że wnioskodawca kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej, firma GSEHC przyzna tę pomoc na okres sześciu (6) miesięcy. Pomoc finansowa zostanie również przyznana z mocą wsteczną i obejmie wszystkie niezapłacone rachunki dla kwalifikujących się kont za usługi świadczone w ciągu sześciu (6) miesięcy przed datą złożenia wniosku. Żadnemu pacjentowi nie można odmówić przyznania pomocy z powodu niedostarczenia informacji lub dokumentów, które nie są wymagane we wniosku.

POWIADOMIENIE O POMOCY FINANSOWEJ

Informacje na temat zasad pomocy finansowej firmy GSEHC i instrukcje, w jaki sposób należy skontaktować się z firmą GSEHC w sprawie pomocy i uzyskania dodatkowych informacji, jak również informacji dotyczących opcji płatności, zostaną umieszczone w rejestracji i izbie przyjęć szpitala i kliniki oraz szpitalnym oddziale ratunkowym. Informacje te można również uzyskać od doradców finansowych z organizacji.

Zasady pomocy finansowej firmy GSEHC, wniosek i opis zasad w prostym języku będą dostępne na stronie internetowej systemu pod adresem <https://www.gundersenhealth.org/patients-visitors/financial-assistance>. Informacje

te można również uzyskać bezpłatnie, kontaktując się z GSEHC Health pod numerem (608) 775-8660 lub (800) 362-9567, wew. 58660.

Informacje dotyczące zasad pomocy finansowej firmy GSEHC zostaną przekazane pacjentom w odpowiednim języku. Informacje na temat pomocy finansowej oraz powiadomienie umieszczone w szpitalu i klinice zostaną przetłumaczone na wszystkie języki, które są pierwszym językiem dla 1000 lub 5% (którakolwiek z tych liczb jest mniejsza) mieszkańców na obsługiwanym obszarze. Ponadto firma GSEHC zamieszcza odniesienia do zasad płatności i pomocy finansowej na wszystkich przesyłanych pacjentom drukowanych comiesięcznych wyciągach firmy GSEHC oraz listach windykacyjnych. Informacje na temat zasad pomocy finansowej firmy GSEHC są udostępniane w dowolnym czasie na prośbę pacjenta.

WYMAGANIA WYKONAWCZE

GSEHC będzie stosować się do wszystkich federalnych, stanowych i lokalnych ustaw, zasad i przepisów oraz wymogów dotyczących raportowania, które odnoszą się do działań podejmowanych w związku z tymi zasadami. Niniejsze zasady wymagają od firmy GSEHC śledzenia udzielanej pomocy finansowej w celu zapewnienia dokładności raportowania. Informacje dotyczące pomocy finansowej przedstawione w ramach tych zasad będą zgłaszane corocznie w formularzu 990 IRS H.

PROWADZENIE DOKUMENTACJI

Firma GSEHC będzie dokumentować wszystkie dane dotyczące pomocy finansowej w celu zachowania odpowiedniej kontroli oraz spełnienia wszystkich wewnętrznych i zewnętrznych wymogów regulacyjnych.

ZATWIERDZENIE ZASAD

Zasady pomocy finansowej firmy GSEHC zostały przedstawione Komitetowi Finansowemu i Zarządowi systemu GSEHC oraz zatwierdzone przez te jednostki w dniu 03/12/2024. Zasady te podlegają okresowej aktualizacji. Wszelkie istotne zmiany wprowadzone do tych zasad muszą zostać zatwierdzone przez Zarząd firmy GSEHC.