

Temat Pomoc finansowa
Numer indeksu GMV-2555
Rozdział Cykl przychodów
Podrozdział Zarządzanie cyklem przychodów
Kategoria Korporacyjna
Kontakt Wendy Georges
Data wejścia w życie 4/1/2023
Data następnej aktualizacji 3/31/2024

Materiały źródłowe

GL-3001, EMTALA: Collection of Financial Information (Gromadzenie informacji finansowych)
RevCycle-1055 Self-Pay Billing & Collection Policy (Zasady fakturowania płatności własnych pacjentów i pobierania należności)
Federal Poverty Guidelines (Wytyczne federalne dotyczące progu ubóstwa),
US Department of Health and Human Services IRS Notice 2015-46 and 29 CFR §§1.501(r) (4) – (6)
26 CFR 250 (31 Dec 2014) p78954-79016
GL-3034 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

Wszystkich pacjentów t. Moundview Memorial Hospital, Inc. d/b/a Gundersen Moundview Hospital and Clinics (określanego tutaj jako „GMV”) korzystających z usług Gundersen Moundview Hospital and Clinics w zakresie opieki zdrowotnej.

Oświadczenie dotyczące celu

Misją GMV jest zdobycie wyróżniającej się pozycji poprzez zapewnienie doskonałej jakości opieki medycznej nad pacjentami, edukacji i prowadzone przez nas prace badawcze oraz poprawę stanu zdrowia społeczności, której służymy. Wizją firmy jest przyczynienie się do zapewnienia poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia wśród członków naszych społeczności oraz wzbogacenie życia naszych pacjentów, rodzin i personelu.

W ramach realizacji tej misji GMV zobowiązuje się do świadczenia usług w nagłych przypadkach, jak również usług uznanych jako niezbędne z medycznego punktu widzenia, bez względu na status ubezpieczeniowy pacjenta i jego zdolność do pokrycia kosztów. Zasady dotyczące pomocy finansowej są zgodne ze stosownymi federalnymi i stanowymi przepisami prawnymi obowiązującymi na obszarze obsługiwanych przez nas obszarze. Pacjenci kwalifikujący się do uzyskania pomocy w ramach tych zasad uzyskają zniżkę na usługi od kwalifikujących się świadczeniodawców GMV.

Udzielana na mocy tych zasad pomoc finansowa wiąże się z oczekiwaniem, że pacjenci będą przestrzegać procedur określonych w zasadach oraz dostępnych programach świadczeń społecznych i ubezpieczeniowych, które mogą zapewnić pokrycie kosztów opieki medycznej. Przy podejmowaniu decyzji dotyczących pomocy finansowej GMV nie dyskryminuje nikogo ze względu na wiek, płeć, rasę, wyznanie, kolor skóry, niepełnosprawność, religię, orientację seksualną, pochodzenie narodowe lub status imigracyjny.

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 jako 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 na rzecz GMV przez program 'opłata od usługi' Medicare (Fee-for-Service) wraz z uwzględnieniem płatności roszczeń 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 program 'opłata od usługi' Medicare wraz ze wszystkimi uwzględnionymi roszczeniami o płatność od prywatnych ubezpieczycieli. Opłaty brutto za wyżej wspomniane roszczenia zostaną uwzględnione w mianowniku. AGB będzie obliczane corocznie, do 45. dnia po zamknięciu poprzedniego roku kalendarzowego i zostanie wdrożone 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 składnia 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 o 400% federalny próg ubóstwa, majątkiem mniejszym niż wartość równa 600% federalnego progu ubóstwa oraz ze zobowiązaniami finansowymi z tytułu usług medycznych wyświadczonych przez GMV przekraczającymi 25% dochodu rodzinnego.

Usługi po obniżonych stawkach [Discounted Care]: Pomoc finansowa zapewniająca obniżone opłaty za kwalifikujące się usługi medyczne świadczone przez GMV, 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.

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:

1. Poważne zagrożenie zdrowia (lub, w przypadku kobiety w ciąży, zdrowia kobiety i nienarodzonego dziecka),
2. Poważne zaburzenie funkcji organizmu, lub
3. Poważną dysfunkcję dowolnego narządu lub części ciała, lub
4. W odniesieniu do ciężarnej kobiety, u której występują skurcze:
 - a. nie ma czasu, aby zapewnić przed porodem bezpieczny transport do innego szpitala, lub
 - b. transport może powodować zagrożenie zdrowia lub bezpieczeństwa kobiety lub 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. W przypadku pacjentów poniżej 18 roku życia, dochód rodzinny obejmuje dochody rodzica lub rodziców i/lub przybranych rodziców, lub sprawujących opiekę krewnych. Dochód rodzinny jest określany na podstawie definicji Biura Spisu Ludności, według której przy obliczaniu federalnego progu ubóstwa uwzględniane są następujące elementy dochodu:

1. Zarobki, zasiłek z tytułu bezrobocia, odszkodowanie pracownicze, świadczenia Social Security, Uzupełniająca zapomoga rządowa (Supplemental Security Income), pomoc społeczna, płatności dla weteranów, świadczenia wdowie, emerytura lub dochód emerytalny, odsetki, dywidendy, dochód z wynajmu, tantiemy, dochód z nieruchomości, fundusz powierniczy, stypendia naukowe, alimenty, alimenty na dzieci
2. Świadczenia niepieniężne (takie jak bony żywnościowe lub dopłaty mieszkaniowe) nie są uwzględniane
3. Określane przed opodatkowaniem
4. Nie obejmuje zysku ani strat kapitałowych

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. Jest on co pewien czas aktualizowany w Rejestrze Federalnym przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, zgodnie z podrozdziałem (2) rozdziału 9902 Części 42 Kodeksu Stanów Zjednoczonych. Aktualne wytyczne FPL są dostępne na stronie <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>.

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

Bezpłatne usługi medyczne [Free Care]: Zwolnienie pacjenta w 100% z odpowiedzialności finansowej za kwalifikujące się usługi medyczne wyświadczone przez GMV kwalifikującym się pacjentom lub ich poręczycielom, w przypadku których przeliczony w skali roku dochód rodzinny nie przekracza 200% FPL, a wartość majątku jest niższa niż 600% FPL.

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 potrąceń.

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. Kategoria ta obejmuje również

osoby, które opuszczają zakład karny, w którym spędziły 90 lub mniej dni, i które bezpośrednio przed umieszczeniem w zakładzie karnym przebywały w schronisku lub miejscu nieprzeznaczonym do zamieszkania przez ludzi.

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

Opłata od usługi Medicare [Medicare Fee-For-Service (FFS)]: Ubezpieczenie zdrowotne dostępne w ramach Medicare Części A i Części B wg Rozdziału XVIII ustawy o ubezpieczeniach społecznych (42 USC 1395c – 1395w-5).

Plan spłat [Payment Plan]: Plan spłat płatności własnych pacjenta, który został uzgodniony pomiędzy DHS 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. Jeżeli pacjent dokonał płatności, domniemana kwalifikowalność nie będzie się do niego odnosić.

Prywatny ubezpieczyciel [Private Health Insurer]: Każda organizacja niebędąca jednostką rządową, która oferuje ubezpieczenie na zdrowie, w tym pozarządowe organizacje zarządzające planami ubezpieczeń zdrowotnych w ramach Medicare Advantage.

Okres kwalifikacyjny [Qualification Period]: Aplikanci, 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 GMV.

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 trzeciej strony, 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 za usługi medyczne wyświadczone przez GMV stanowiłaby nadmierne obciążenie finansowe.

Implementacja

KWALIFIKUJĄCE SIĘ USŁUGI

Kwalifikujące się w ramach zasad pomocy finansowej GMV usługi muszą mieć właściwy charakter kliniczny i ogólnie akceptowany standard medyczny. Obejmują one:

1. Usługi medyczne w nagłych przypadkach, wyświadczone w placówce pogotowia, jak również opiekę zapewnioną w placówce pogotowia w celu ustabilizowania stanu pacjenta.
2. Nieplanowe usługi wyświadczone w odpowiedzi na zagrażające życiu okoliczności w placówce innej niż pogotowie.
3. Usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia, wyświadczone w szpitalu lub ambulatorium w celu dokonania oceny, postawienia diagnozy i/lub leczenia urazu lub choroby, jak również usługi typowo 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 GMV. 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 GMV (np. prywatnych i/lub nienależących do GMV lekarzy i personel medyczny, transport karetką itd.). Zachęcamy, aby pacjenci skontaktowali się bezpośrednio z tymi dostawcami i zapytali o dostępną pomoc oraz uzgodnili plan płatności. Pełen wykaz dostawców, którzy nie są objęci niniejszymi zasadami, zamieszczono w Załączniku 3.
4. Udział własny i współubezpieczenie powiązane z usługami niezbędnymi z medycznego punktu widzenia, wyświadczonymi pacjentom poza siecią są określone przez ich ubezpieczycieli.

KOORDYNACJA Z OCENĄ POTRZEB ZDROWOTNYCH SPOŁECZNOŚCI

Na obszarze obsługiwanych przez GMV 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 GMV kwalifikować się będzie pełen zakres instytucjonalnego leczenia uzależnień od środków odurzających, podlegając ograniczeniom AGB w przypadku kwalifikujących się pacjentów i poręczycieli.

KRYTERIA KWALIFIKACYJNE

Pomoc finansowa obejmie pacjentów nieubezpieczonych i niedoubezpieczonych, lub poręczycieli pacjentów, którzy spełnią określone, wymienione niżej kryteria. Kryteria te zapewnią, że w obrębie całego GMV będą obowiązywać spójne zasady pomocy finansowej. GMV 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 GMV odbywa się w rozsądny sposób. Jeżeli istnieje przypuszczenie, że pacjent może kwalifikować się do innego typu pomocy, GMV skieruje go do właściwej agencji oraz wypełni wszystkie niezbędne wnioski i formularze. Warunkiem zatwierdzenia wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc finansową jest wyczerpanie przez niego wszelkich innych opcji pomocy.

Wnioskodawcy będą zobowiązani do złożenia wniosków o uczestnictwo w publicznych programach, jak również o ubezpieczenie prywatne. Pacjentom lub ich poręczycielom, którzy nie będą współpracować w zakresie ubiegania się o udział we wskazanych przez GMV programach jako możliwych źródłach płatności za opiekę medyczną, może zostać udzielona odmowa odnośnie pomocy finansowej. Oczekuje się, że zgodnie ze swoimi możliwościami, wnioskodawcy wniosą swój wkład w pokrycie kosztów opieki medycznej, tak jak określono to w niniejszych zasadach.

Pacjenci lub ich poręczyciele, którzy zostaną uznani za potencjalnie kwalifikujących się do Medicaid, muszą złożyć wniosek o ubezpieczenie Medicaid lub okazać odmowę ze strony Medicaid, która została wydana w okresie sześciu (6) miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o pomoc finansową GMV. Aby uzyskać pomoc finansową, pacjenci lub ich poręczyciele muszą wykazać się współpracą w procesie składania wniosku, który opisano w niniejszych zasadach.

Kryteria uwzględniane przez GMV w procesie oceny kwalifikowalności pacjenta do uzyskania pomocy finansowej obejmują dochód rodzinny, majątek oraz zobowiązania płatnicze z tytułu świadczonych usług medycznych. Program pomocy finansowej GMV 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 będzie oferowana kwalifikującym się, niedoubezpieczonym pacjentom, pod warunkiem, że jest ona zgodna z postanowieniami zawartymi w umowie kontraktowej ubezpieczyciela. 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.

GMV 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 GMV.

POMOC FINANSOWA

W oparciu o ocenę dochodu rodzinnego, majątku i zobowiązań płatniczych z tytułu wyświadczonych usług medycznych, kwalifikujący się wnioskodawcy mogą uzyskać następującą pomoc.

Zniżki dla osób nieubezpieczonych: Pacjentom nieposiadającym ubezpieczenia udzielona zostanie zniżka dla osób nieubezpieczonych w momencie naliczenia pełnych opłat. Zniżka ta dotyczy pacjentów, którzy nie są objęci pokryciem finansowym z ubezpieczenia medycznego i/lub ze strony innych płatników.

Pacjenci lub ich poręczyteli, po uzyskaniu zniżki dla osób nieubezpieczonych nie będą wyłączeni z możliwości ubiegania się i zakwalifikowania do otrzymania dodatkowej, opisanej w niniejszych zasadach pomocy finansowej.

W pełni bezpłatna opieka medyczna: W ramach niniejszych zasad, każdemu nieubezpieczonemu lub niedoubezpieczonemu pacjentowi lub jego poręczytelowi, którego dochód rodzinny brutto nie przekracza 200% aktualnego federalnego progu ubóstwa, a wartość majątku jest niższa niż 600% FPL, przyznane zostanie pełne pokrycie kosztów usług wyświadczonych przez GMV Lutheran Medical Center.

Usługi po obniżonych stawkach: W ramach niniejszych zasad, każdemu nieubezpieczonemu lub niedoubezpieczonemu pacjentowi lub jego poręczytelowi, którego dochód rodzinny brutto przekracza 200% lecz jest nie wyższy niż 400% aktualnego federalnego progu ubóstwa, a wartość majątku jest niższa niż 600% FPL, przyznane zostanie pokrycie kosztów usług wyświadczonych przez GMV według ruchomej skali. Zniżki zostaną udzielone zgodnie z zamieszczoną niżej taryfą, w oparciu o dochód rodzinny pacjenta lub jego poręczytela:

1. Dochód rodzinny powyżej 200% FPL, lecz nie wyższy niż 225% FPL kwalifikuje do zniżki 80% na kwotę należności.
2. Dochód rodzinny powyżej 225% FPL, lecz nie wyższy niż 250% FPL kwalifikuje do zniżki 60% na kwotę należności.
3. Dochód rodzinny powyżej 250% FPL, lecz nie wyższy niż 275% FPL kwalifikuje do zniżki 40% na kwotę należności.
4. Dochód rodzinny powyżej 275% FPL, lecz nie wyższy niż 400% FPL kwalifikuje do zniżki 20% na kwotę należności.

Pomoc w przypadku sytuacji katastrofalnej: Pacjenci GMV nie spełniający progów kwalifikowalności do pomocy finansowej mogą kwalifikować się do uzyskania pomocy w sytuacji, jeżeli rachunki medyczne GMV spowodowałyby nadmiernie obciążenie finansowe. Pacjenci lub ich poręczyteli mogą

kwalikować się do uzyskania pomocy w przypadku sytuacji katastrofalnej, jeżeli łączna kwota zobowiązań do uregulowania z własnej kieszeni za usługi medyczne wyświadczone przez GMV przekracza 25% dochodu rodzinnego, a wartość ich majątku jest niższa niż 600% FPL.

Pacjenci lub ich poręczyiele, którzy spełniają kryteria kwalifikowalności do pomocy w przypadku sytuacji katastrofalnej, uzyskają zniżkę na należności GMV do kwoty nieprzekraczającej 25% dochodu rodzinnego.

Plan płatności: Oczekuje się, że pełna płatność kwoty zobowiązania zostanie uregulowana w ciągu 21 dni od otrzymania pierwszego rozliczenia płatności. Jeżeli uregulowanie pełnej kwoty zobowiązania przez pacjenta lub poręczyiele w tym terminie nie jest możliwe, plan spłacania kwoty zobowiązań pozostałych po uwzględnieniu zniżki udzielonej wnioskodawcy kwalifikującemu się do uzyskania pomocy finansowej może zostać wydłużony na okres do 36 miesięcy (3 lat). GMV ustali wraz z pacjentem rozsądny plan spłat. Termin dla planu spłat zostanie ustalony na podstawie wysokości kwoty za rachunki medyczne, która pozostała do spłacenia, dochodu rodzinnego oraz wszelkich okoliczności łagodzących. Zatwierdzony plan będzie wolny od oprocentowania.

Pacjenci są zobowiązani do skontaktowania się z GMV, jeżeli nie będą w stanie realizować obopólnie zatwierzonego planu spłat. Brak kontaktu ze strony pacjenta może spowodować przekazanie zaległego konta do agencji windykacyjnej.

DOMNIEMANA KWALIFIKOWALNOŚĆ

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

GMV rozumie, że niektórzy pacjenci mogą nie zareagować na proces składania wniosku. W takich okolicznościach, do przeprowadzenia oceny potrzeb finansowych pacjenta GMV może wykorzystać inne

źródła informacji. Informacje te, poprzez ich możliwie najlepsze oszacowanie, umożliwią GMV podjęcie świadomej decyzji odnośnie potrzeb finansowych pacjentów niereagujących, od których bezpośrednio nie uzyskano żadnych informacji.

Aby przeprowadzić ocenę potrzeb finansowych, GMV może skorzystać z pomocy trzeciej strony 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.

Elektroniczna metoda została opracowana w taki sposób, aby ocena każdego pacjenta odbywała się według takich samych standardów i uwzględniała otrzymaną w przeszłości pomoc finansową GMV, przyznaną w tradycyjnym procesie składania wniosku.

Metoda elektroniczna zostanie zastosowana, zanim nastąpi przelew nieściągalnego długu, po wyczerpaniu wszystkich innych źródeł kwalifikowalności i płatności. Umożliwi to GMV 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.

W przypadku ustalania domniemanej kwalifikowalności metodą elektroniczną, najwyższe zniżki zostaną przyznane tylko w przypadku kwalifikujących się usług z datami wstecznymi. Jeżeli pacjent nie zakwalifikuje się w procesie elektronicznym, jego kandydatura może nadal być rozpatrywana w tradycyjnym procesie składania wniosku o pomoc finansową.

Klasyfikacja pacjentów, którym przyznano status domniemanej kwalifikowalności zostanie zmieniona zgodnie z zasadami dotyczącymi pomocy finansowej. Ich konta nie zostaną przekazane do windykacji oraz nie zostaną włączone do wydatków szpitala z tytułu należności nieściągalnych.

USŁUGI MEDYCZNE W NAGŁYCH PRZYPADKACH

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. GMV może wymagać, aby w chwili wyświadczenia usługi uregulowana została współpłatność, pod warunkiem, że takie żądanie nie spowoduje opóźnienia w wykonaniu badania lekarskiego lub czynności mających na celu ustabilizowanie stanu pacjenta (patrz Zasady GL-3001).

KWOTA OBCIĄŻENIA W PRZYPADKU 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 GMV 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, który stanowił podstawę do obliczenia tych wartości.

W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących wartości procentowych AGB należy skontaktować się z biurem usług finansowych dla klientów (Customer Financial Services) pod numerem (608) 775-8660 lub (800) 362-9567, wew. 58660. Informacje dotyczące AGB będą zapewnione bezpłatnie.

Pacjenci, którzy zakwalifikują się do programu pomocy finansowej GMV nie będą zobowiązani do uiszczania opłat brutto za kwalifikujące się usługi.

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, GMV 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:

1. Konta bieżące
2. Konta 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. Inny majątek

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 trzydziestu (30) dni od daty wysłania do wnioskodawcy 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 należyście i zgodnie z wymogami wypełniony Wniosek zostanie zatwierdzony przez przedstawiciela GMV, 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 Health System
Customer Financial Service; Mailstop NCA3-01
1900 South Avenue
La Crosse, WI 54601
(608)775-8660 lub (800) 362-9567, wew. 58660

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 GMV. 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.

Pacjenci mogą odwołać się od tej decyzji w ciągu trzydziestu (30) dni od otrzymania powiadomienia do niżej wymienionego biura:

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

Odwołanie musi zostać złożone w ciągu trzydziestu (30) dni od daty oryginalnej decyzji. Dyrektor działu Patient Access dokona ponownego rozpatrzenia wniosku. Decyzja podjęta przez dyrektora działu Patient Access będzie ostateczna.

OKRES KWALIFIKACYJNY

Jeżeli zostanie stwierdzone, że wnioskodawca kwalifikuje się do uzyskania pomocy finansowej, GMV 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 wyświadczone w ciągu sześciu (6) miesięcy przed datą złożenia wniosku. Żadnemu pacjentowi nie można odmówić przyznania pomocy z powodu niedostarczenia informacji lub dokumentacji, które nie są wymagane we wniosku.

POWIADOMIENIE O POMOCY FINANSOWEJ

Informacje na temat zasad pomocy finansowej GMV i instrukcje, w jaki sposób należy skontaktować się z GMV 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 w obrębie całej organizacji.

Zasady pomocy finansowej GMV, wniosek i opis zasad w prostym języku będą dostępne na stronie internetowej systemu pod adresem www.gundersenhealth.org/FAA. Informacje te można również uzyskać bezpłatnie pod numerem (608) 775-8660 lub (800) 362-9567, wew. 58660. W przypadku konieczności skorzystania z pomocy przy wypełnianiu wniosku o pomoc finansową należy skontaktować się z doradcą finansowym pod numerem (608) 775-8660 lub (800) 362-9567, wew. 58660.

Informacje dotyczące zasad pomocy finansowej GMV 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 GMV zamieszcza odniesienia do zasad płatności i pomocy finansowej na wszystkich, przesyłanych pacjentom drukowanych comiesięcznych wyciągach GMV oraz listach windykacyjnych.

Informacje na temat zasad pomocy finansowej GMV są dostępne w dowolnym czasie na prośbę pacjenta.

WYMOGI REGULACYJNE

GMV Health System 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 GMV 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.

PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI

GMV 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 GMV zostały przedstawione Komitetowi Finansowemu i Zarządowi GMV oraz zatwierdzone przez te jednostki w dniu lutego 2023 r. Zasady te podlegają okresowej aktualizacji. Wszelkie istotne zmiany wprowadzone do tych zasad muszą zostać zatwierdzone przez Zarząd GMV.

Odpowiedzialność

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

z 11

Zasady dotyczące pomocy finansowej (GMV-2555)

Załącznik 2

Poziom zniżek (obowiązuje od stycznia 2023 r.)

Zniżki dla osób nieubezpieczonych: W chwili przedstawienia pełnych kosztów, Gundersen Moundview zapewni osobom nieubezpieczonym zniżkę w wysokości 50.3%. Zniżka ta zostanie zastosowana w odniesieniu do kont pacjentów, którzy nie są objęci ubezpieczeniem ze strony firmy ubezpieczeniowej i/lub innych płatników.

Zniżka na kwalifikujące się usługi świadczone przez Szpital Gundersen Moundview Hospital: Wnioskodawcy spełniający wymagania dotyczące progu majątkowego i uzyskujący dochód na rodzinę:

1. Powyżej 200% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), lecz nie więcej niż 225% FPL kwalifikują się do zniżki na poziomie 80%
2. Powyżej 225% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), lecz nie więcej niż 250% FPL kwalifikują się do zniżki na poziomie 60%
3. Powyżej 250% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), lecz nie więcej niż 275% FPL kwalifikują się do zniżki na poziomie 40%
4. Powyżej 275% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), lecz nie więcej niż 400% FPL kwalifikują się do zniżki na poziomie 20%

Zniżka na kwalifikujące się usługi świadczone przez Klinikę Gundersen Moundview Clinics: Wnioskodawcy spełniający wymagania dotyczące progu majątkowego i uzyskujący dochód na rodzinę:

1. Powyżej 200% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), lecz nie więcej niż 225% FPL kwalifikują się do zniżki na poziomie 80%
2. Powyżej 225% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), lecz nie więcej niż 250% FPL kwalifikują się do zniżki na poziomie 60%
3. Powyżej 250% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), lecz nie więcej niż 275% FPL kwalifikują się do zniżki na poziomie 40%
4. Powyżej 275% federalnego poziomu ubóstwa (FPL), lecz nie więcej niż 400% FPL kwalifikują się do zniżki na poziomie 20%

Progi dochodowe i majątkowe: Poniżej podano wytyczne Departamentu Zdrowia i Pomocy Społecznej z 2023 r. dotyczące ubóstwa, które zostały opublikowane w Rejestrze Federalnym w dniu 12 stycznia 2023 r.

Liczba osób w rodzinie/gospodarstwie domowym	Wytyczne dotyczące ubóstwa (100%)	200% poziomu ubóstwa	225% poziomu ubóstwa	250% poziomu ubóstwa	275% poziomu ubóstwa	400% poziomu ubóstwa	Próg majątkowy (100% poziomu ubóstwa x6)
1	\$14,580	\$29,160	\$32,805	\$36,450	\$40,095	\$58,320	\$87,480
2	\$19,720	\$39,440	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$78,880	\$118,320
3	\$24,860	\$49,720	\$55,935	\$62,150	\$68,365	\$99,440	\$149,160
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$120,000	\$180,000
5	\$35,140	\$70,280	\$79,065	\$87,850	\$96,635	\$140,560	\$210,840
6	\$40,280	\$80,560	\$90,630	\$100,700	\$110,770	\$161,120	\$241,680
7	\$45,420	\$90,840	\$102,195	\$113,550	\$124,905	\$181,680	\$272,520
8	\$50,560	\$101,120	\$113,760	\$126,400	\$139,040	\$202,240	\$303,360

**Zasady dotyczące pomocy finansowej
(GMV-2555)**

Załącznik 4

Wartości procentowe kwot naliczanych zwyczajowo (AGB)

Kwota naliczana zwyczajowo to oczekiwana płatność za usługi świadczone w nagłych przypadkach lub uznane jako niezbędne z medycznego punktu widzenia, za uiszczenie której odpowiedzialny jest pacjent i/lub poręczyciel. W przypadku kwalifikujących się pacjentów, którzy nie są objęci ubezpieczeniem, kwota ta nie przekroczy stawki określonej przy użyciu metody retrospekcyjnej (Look Back Method), opisanej w §1.50(r)-5(b) (3) Kodeksu IRS (Internal Revenue Service Code). Metoda retrospekcyjna oparta będzie na opłacie za usługę Medicare wraz z uwzględnieniem roszczeń o płatności od wszystkich prywatnych ubezpieczycieli. Roszczenia ubezpieczeniowe, które zostaną uwzględnione w obliczeniach AGB obejmują roszczenia uznane w okresie poprzednich dwunastu miesięcy roku kalendarzowego. We wzorze naliczania płatności zostaną uwzględnione kwoty za współubezpieczenie, współpłatności i udział własny, jak również opłata za usługę Medicare wraz ze wszystkimi uwzględnionymi roszczeniami spośród roszczeń o płatności od prywatnych ubezpieczycieli. Płatności brutto za wspomniane wyżej roszczenia zostaną uwzględnione w mianowniku. AGB będzie obliczane nie rzadziej niż corocznie, do 45. dnia po zamknięciu poprzedniego roku kalendarzowego i zostanie wdrożone do 120. dnia po zamknięciu roku kalendarzowego.

Data obowiązywania	Procent
1 kwiecień 2018	44.1%
1 kwiecień 2019	51.8%
1 kwiecień 2020	48.7%
1 kwiecień 2021	46.1%
1 kwiecień 2022	45.5%
1 kwiecień 2023	50.3%

**Zasady dot. pomocy finansowej
(GMV-2555)
Załącznik 5
Dostęp publiczny do Zasad**

Informacje dotyczące Zasad pomocy finansowej GMV, Zasad dot. fakturowania płatności własnych pacjentów GMV i pobierania należności zostaną udostępnione pacjentom i społeczności obsługiwanej przez GMV za pośrednictwem wielu źródeł.

1. Pacjenci i poręczyciele mogą zwrócić się z prośbą o przesłanie kopii Zasad pomocy finansowej, Zasad dot. fakturowania płatności własnych pacjentów GMV i pobierania należności, Wniosku o przyznanie pomocy finansowej i/lub Streszczenia w prostym języku, pisząc na adres:

Gundersen Moundview Hospital and Clinics
Patient Financial Service
402 West Lake Street, P.O. Box 40
Friendship, WI 53934

2. Pacjenci i poręczyciele mogą zwrócić się z prośbą o przesłanie kopii Zasad pomocy finansowej, Zasad dot. fakturowania płatności własnych pacjentów GMV i pobierania należności, Wniosku o przyznanie pomocy finansowej i/lub Streszczenia w uproszczonym języku telefonicznie, dzwoniąc pod numer (608) 375-6215 lub (866) 662-2242, wew. 63748.
3. Pacjenci i poręczyciele mogą pobrać kopie Zasad pomocy finansowej, Zasad dot. fakturowania płatności własnych pacjentów GMV i pobierania należności, Wniosku o przyznanie pomocy finansowej i/lub Streszczenia w uproszczonym języku na stronie: www.gundersenhealth.org/faa
4. Pacjenci i poręczyciele mogą zwrócić się z prośbą o kopie Zasad pomocy finansowej, Zasad dot. fakturowania płatności własnych pacjentów GMV i pobierania należności, Wniosku o przyznanie pomocy finansowej i/lub Streszczenia w uproszczonym języku, osobiście w niżej wymienionych lokalizacjach:
 - a. Gundersen Moundview Hospital and Clinics
402 West Lake Street, Friendship, WI
Emergency Department – Hospital Main Floor
Patient Registration – Hospital Main Floor
Patient Financial Services – Hospital Ground Level
(608) 339-8466
 - b. Gundersen Moundview Hospital and Clinics
Westfield Clinic
Frontier Square Mini Mall
207 North Pioneer Park Road, Westfield, WI
(608) 296-6350