
Asunto	Asistencia financiera
Número de índice	GL-2555
Sección	Ciclo de ingresos
Subsección	Administración del ciclo de ingresos
Categoría	Corporativa
Contacto	Shannon Carey
Fecha de vigencia	01/ABR/2023
Próxima fecha de revisión	31/MAR/2024

Referencias

GL-3001, EMTALA: Recopilación de información financiera
RevCycle-1055 Política de facturación y cobranza a particulares
Pautas federales de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
Notificación del IRS 2015-46 y ley federal 29 CFR §§1.501(r) (4) – (6)
Ley federal 26 CFR 250 (31 dic. 2014) p78954-79016
GL-3034 Informe de deudas incobrables con pacientes de Medicare
Anexo 1: Formulario de solicitud de asistencia financiera
Anexo 2: Tabla de descuentos basados en límites de ingresos y activos, y tarifa de descuento para personas sin seguro
Anexo 3: Proveedores y departamentos cubiertos
Anexo 4: Porcentaje de montos generalmente facturados
Anexo 5: Acceso público a los documentos

Aplicable a

Todos los pacientes de Gundersen Lutheran Health System, Inc. (en adelante, referido conjuntamente como “GHS”) que obtengan servicios de cuidado de salud en Gundersen Lutheran Medical Center, Inc., or Gundersen Clinic, Ltd.

Declaración de propósito

La misión de GMV's es distinguirse por su excelencia en la atención al paciente, así como también en educación, investigación y el mejoramiento en la calidad de la salud en las comunidades a las que presta servicios. Su visión es mejorar la salud y el bienestar de nuestras comunidades mientras enriquecemos cada vida que tocamos, como las de pacientes, familias y el personal.

En virtud de su misión, GHS se ha comprometido a brindar servicios de cuidado de la salud de emergencia y necesarios por razones médicas a los pacientes, independientemente de su cobertura de seguro o sus posibilidades económicas. El propósito

de esta política de asistencia financiera es cumplir con las leyes federales y estatales aplicables a nuestra área de servicio. Los pacientes calificados para recibir asistencia bajo esta política obtendrán un descuento por el cuidado obtenido de proveedores calificados de GHS.

La asistencia financiera brindada según esta política se otorga con la expectativa de que los pacientes colaboren con los procedimientos de solicitud que establece la política, al igual que con los procedimientos de beneficio público o programas de cobertura disponibles para cubrir el costo de la atención prestada. Al determinar la elegibilidad del paciente para asistencia financiera, GHS no discriminará a nadie por su edad, sexo, raza, credo, color, discapacidad, religión, orientación sexual, país de origen o estado migratorio.

Definiciones

Las siguientes definiciones se aplican a todas las secciones de esta política.

Monto generalmente facturado: El monto generalmente facturado es el pago por servicios de emergencia o necesarios por razones médicas que realizarían los pacientes o el garante de un paciente. Para los pacientes calificados, dicho monto no superará una tarifa determinada mediante el método de actualización descrito en el apartado §1.501(r)-5(b) (3) del Código de Rentas Internas. El método de actualización se basará efectivamente en las reclamaciones pasadas que fueron compensadas a GHS mediante el pago por servicio (Fee-for-Service) de Medicare junto con todas las reclamaciones pagadas por seguros privados de salud. Las reclamaciones a incluir en el cálculo del monto generalmente facturado serán aquellas permitidas durante el año calendario anterior. Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador junto con el pago por servicio de Medicare y todas las reclamaciones autorizadas a seguros privados de salud. Los cargos brutos correspondientes a tales reclamaciones se incluirán en el denominador. El monto generalmente facturado se calculará anualmente desde el día número 45 a partir del cierre del año calendario anterior y se implementará desde el día número 120 a partir del cierre del año calendario actual.

Porcentaje del monto generalmente facturado: El porcentaje del monto generalmente facturado se calculará cada año a partir del día número 45 del año y se describe en el Anexo 4 de la presente política.

Periodo de solicitud: El periodo durante el cual se aceptarán y se procesarán las solicitudes de asistencia financiera. El periodo de solicitud comienza en la fecha de emisión de la primera factura posterior al servicio y finaliza el día número 240 a partir de la fecha de emisión de la primera factura posterior al servicio.

Asistencia para cuidados en situaciones catastróficas: La asistencia financiera brindada a pacientes elegibles con un ingreso familiar anualizado superior al 400% del nivel federal de pobreza y activos inferiores al 600% del nivel federal de pobreza, así como también las obligaciones financieras resultantes de los servicios médicos prestados por GHS cuyo costo supere el 25% del ingreso familiar.

Atención con descuentos: La asistencia financiera que proporciona un descuento por servicios médicos elegibles prestados por GHS, según una escala móvil, para pacientes elegibles o garantes de pacientes con un ingreso familiar anualizado equivalente al 200-400% del nivel federal de pobreza y activos inferiores o equivalentes a seis veces el nivel federal de pobreza.

Condición médica de emergencia: Tal como se define en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (apartado 42 U.S.C. 1395dd). El término “condición médica de emergencia” se refiere a una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor severo) de tal magnitud que podría preverse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pueda resultar en:

1. grave peligro para la salud de la persona (o, en caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o el feto),
2. insuficiencia grave de las funciones físicas, o
3. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o
4. con respecto a una mujer embarazada que tiene contracciones:
 - a. que hay un tiempo inadecuado para trasladarla en forma segura a otro hospital antes del parto, o
 - b. que el traslado pueda implicar una amenaza a la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

Familia: Tal como lo define la Oficina del Censo de los Estados Unidos, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara a alguien como dependiente en su declaración del impuesto a los ingresos, según el reglamento del Servicio de Rentas Internas, dicha persona se considerará como dependiente para fines de determinar la elegibilidad para la presente política.

Ingreso familiar: El ingreso familiar de un solicitante corresponde al ingreso bruto combinado de todos los miembros adultos de la familia que residen en la vivienda y que se han incluido en la declaración más reciente del impuesto federal a los ingresos. En el caso de pacientes menores de 18 años, el ingreso familiar incluye el del padre, la madre o ambos o los padrastros o parientes cuidadores. El ingreso familiar se determina mediante la definición de la Oficina del Censo, la cual incluye los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:

1. Incluye ganancias, subsidio por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, beneficios del Seguro Social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, beneficios para veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingreso de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos patrimoniales, fideicomisos, subsidios para educación, pensión alimenticia, manutención de hijos;
2. No se cuentan los beneficios no monetarios (tales como estampillas de alimentos y subsidios para vivienda);
3. Se calculan antes de deducir los impuestos;
4. Se excluyen las ganancias o pérdidas de capital.

Nivel federal de pobreza: El nivel federal de pobreza aplica límites de ingresos que varían con el tamaño y la composición de la familia para determinar quiénes viven en condiciones de pobreza en los Estados Unidos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos actualiza periódicamente dichos límites en el Federal Register (periódico oficial del gobierno federal) de conformidad con la Subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código Federal de los Estados Unidos. Las pautas actuales del FPL pueden consultarse en el sitio <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>.

Asistencia financiera: Asistencia brindada a pacientes elegibles quienes, en caso contrario, padecerían dificultades financieras, a fin de cubrirles total o parcialmente la obligación financiera surgida de servicios de emergencia o necesarios por razones médicas que les preste GHS.

Atención gratuita: Una exención del 100% de la obligación financiera del paciente con respecto a servicios médicos elegibles que GHS haya prestado a pacientes elegibles o sus garantes, con un ingreso familiar anualizado inferior o equivalente al 200% del FPL y activos por debajo del equivalente al 600% del FPL.

Garante: Una persona que no es el paciente pero que tiene la responsabilidad de pagar la factura del paciente.

Cargos brutos: El total de los cargos a la tarifa completa establecida por la prestación de atención médica al paciente antes de aplicar deducciones a los ingresos.

Persona(s sin hogar): Tal como lo define el gobierno federal y lo publicó el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) en el Federal Register el 5 de diciembre de 2011: Una persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada; lo que significa que la persona o familia tiene una residencia primaria nocturna que es un lugar público o privado cuyo propósito no es servir como vivienda humana, o bien que la persona o familia vive en un refugio de funcionamiento público o privado, diseñado para brindar vivienda temporal. En esta categoría también se incluye a las personas que se están retirando de una institución donde residieron, como máximo, por 90 días, y que inmediatamente antes de haber ingresado en dicha institución, habían residido en un refugio o lugar de emergencia cuyo propósito no es servir como vivienda humana.

Necesario por razones médicas: Tal como lo define Medicare, los servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Pago por servicio de Medicare: Seguro médico disponible conforme a las Parte A y Parte B de Medicare del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (Título 42 USC, secciones 1395c – 1395w-5).

Plan de pago: Un plan de pago convenido por GHS y un paciente o el garante de un paciente para cubrir los gastos de bolsillo. El plan de pago considerará las circunstancias financieras del paciente, el monto adeudado y todo pago previo.

Presunta elegibilidad: Bajo ciertas circunstancias, se puede suponer o considerar que los pacientes sin seguro son elegibles para asistencia financiera con base en su inscripción en otros programas condicionados por los recursos económicos u otras fuentes de información, no proporcionados directamente por el paciente, a fin de evaluar la necesidad financiera de una persona. Si un paciente ha hecho un pago, ya no calificará para la presunta elegibilidad.

Seguro médico privado: Toda organización que, sin ser una unidad gubernamental, ofrece seguro médico, incluyendo las organizaciones no gubernamentales que administren un plan de seguro médico bajo el programa Medicare Advantage.

Periodo de calificación: A los solicitantes elegibles para asistencia financiera se les otorgará asistencia por un periodo de seis meses. También se aplicará asistencia en forma retroactiva a todos los gastos elegibles incurridos por servicios obtenidos durante los seis meses anteriores a la fecha de la solicitud.

Descuento para personas sin seguro: A los pacientes que no tengan cobertura de terceros se les otorgará un descuento para personas sin seguro, por los servicios elegibles de GHS bajo esta política, al momento de aplicarse los cargos sin descuento.

Paciente sin seguro: Un paciente sin cobertura de terceros proporcionada mediante un tercero asegurador comercial, un plan bajo la ley ERISA, un programa federal de atención médica (incluyendo, entre otros, los programas Medicare, Medicaid, SCHIP y

CHAMPUS), una indemnización por accidente de trabajo u otra asistencia de terceros disponible para cubrir el costo del cuidado de la salud de un paciente.

Paciente con seguro insuficiente: Una persona, que tiene cobertura de un seguro privado o público, quien incurriría en dificultades financieras para pagar la totalidad de los gastos previstos de bolsillo por los servicios médicos prestados por GHS.

Implementación

SERVICIOS ELEGIBLES

Los servicios elegibles en virtud de la política de asistencia financiera de GHS tienen que ser clínicamente adecuados y mantenerse dentro de las prácticas médicas generalmente aceptadas. Incluyen lo siguiente:

1. Los servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia, así como también el cuidado prestado en un entorno de emergencia para estabilizar la condición de un paciente.
2. Los servicios no optativos prestados en respuesta a circunstancias de riesgo vital en un entorno que no es de emergencia.
3. Los servicios necesarios por razones médicas, tales como servicios de atención médica a paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, prestados con el fin de evaluar, diagnosticar o tratar una lesión o enfermedad, así como también aquello que, por lo general, Medicare u otra cobertura de seguro médico defina como “artículos o servicios cubiertos”.
4. El programa residencial Unity House para el tratamiento de la dependencia química en adultos
5. Los servicios prestados por proveedores contratados por GHS quedan cubiertos en virtud de esta política. Para ver una lista completa de los proveedores incluidos, consulte el Anexo 3.

Entre los servicios no elegibles para asistencia financiera se incluyen los siguientes:

1. Los procedimientos optativos que no sean necesarios por razones médicas, así como también los servicios que, por lo general, no cubra Medicare o que Medicare u otra cobertura de seguro médico no defina como necesario por razones médicas.
2. Cirugía ocular Lasik, lentes de contacto/anteojos, lentes no estándares, cuidado quiropráctico, tratamientos de fertilidad, servicios de cirugía cosmética o plástica, audífonos, ortodoncias y servicios dentales.
3. Los servicios prestados por proveedores de atención no contratados por GHS (por ej., profesionales médicos privados o ajenos a GHS, transporte en ambulancia, etc.). Se recomienda a los pacientes contactar directamente a los proveedores y consultar si hay alguna asistencia disponible para coordinar un método de pago. Para ver una lista completa de los proveedores no cubiertos en virtud de esta política, consulte el Anexo 3.
4. Los deducibles y el coseguro asociados con los servicios necesarios por razones médicas, prestados a pacientes fuera de la red como los definidos por sus empresas de seguros.
5. Exámenes solicitados por terceros (por ejemplo, exámenes físicos del DOT).

COORDINACIÓN CON UNA EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES COMUNITARIAS EN MATERIA DE SALUD

Se realizó una evaluación de las necesidades comunitarias en materia de salud (CHNA) en el área donde GHS presta servicios. La obesidad, la salud mental y el abuso de sustancias se identificaron como problemas de salud significativos. El plan de implementación para la salud comunitaria identifica el tratamiento por abuso de sustancias como una de las intervenciones médicas efectivas para la salud mental. Por lo tanto, toda la variedad de tratamientos residenciales por abuso de sustancias serán elegibles para asistencia financiera y estarán sujetas a los límites de AGB para los pacientes calificados para asistencia financiera o sus garantes en GHS.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La asistencia financiera se extenderá a pacientes o a garantes de pacientes sin seguro o con cobertura insuficiente que cumplan los criterios especificados a continuación. Dichos criterios garantizarán que la presente política de asistencia financiera se aplique uniformemente en el ámbito de GHS se reserva el derecho a revisar, modificar o cambiar la presente política según sea necesario o apropiado.

Deben examinarse y evaluarse los recursos de pago (seguro disponible a través del empleo, Asistencia Médica [Medical Assistance], Fondos para Indigentes [Indigent Funds], Víctimas de Delitos Violentos [Victims of Violent Crimes], etc.) antes de considerar una cuenta para asistencia financiera a fin de garantizar el manejo prudente de los recursos de GHS en la prestación de dicha asistencia. Si se evidencia que un paciente es elegible para alguna otra asistencia, GHS lo referirá a la agencia pertinente a fin de obtener ayuda para llenar las solicitudes y los formularios necesarios. Como condición para aprobar su asistencia financiera, se requiere que los solicitantes de asistencia agoten todas las demás opciones de pago.

Los solicitantes de asistencia financiera tendrán la responsabilidad de inscribirse en programas públicos y procurar la cobertura de seguros médicos privados. Es posible que se deniegue la asistencia financiera a los pacientes o garantes de pacientes que opten por no colaborar en la inscripción en programas identificados por GHS como posibles fuentes de pago de la atención médica. Se espera que los solicitantes contribuyan al costo de su atención con base en su capacidad de pago, tal como se establece en esta política.

Los pacientes o garantes de pacientes identificados como que probablemente califiquen para Medicaid deben solicitar la cobertura de Medicaid o presentar la carta de negativa de Medicaid recibida durante los seis (6) meses anteriores a la solicitud de asistencia financiera de GHS. A fin de obtener asistencia financiera, los pacientes o garantes de pacientes deben colaborar con el proceso de solicitud establecido en la presente política.

Los criterios que considerará GHS al evaluar la elegibilidad de un paciente para asistencia financiera también incluyen los ingresos, los activos y las deudas médicas de su familia. El programa de asistencia financiera de GHS está a disposición de todos los pacientes que cumplan los requisitos de elegibilidad estipulados en la presente política, independientemente de su ubicación geográfica o estado de residencia. La asistencia financiera se extenderá a los pacientes o al garante de un paciente, de acuerdo con sus necesidades financieras y en cumplimiento con las leyes federales y estatales.

Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes elegibles con cobertura insuficiente de seguro, a condición de que dicha asistencia sea compatible con el contrato del seguro. Por lo general, la asistencia financiera no está disponible para cubrir el copago o los saldos correspondientes al paciente después de aplicado el seguro si un paciente no cumple razonablemente con los requisitos del seguro, tales como obtener las referencias o autorizaciones adecuadas. Se espera que los pacientes que tengan cuentas personales de salud con ventajas impositivas, tales como cuentas de ahorros para gastos médicos, planes de reembolso para la salud o cuentas flexibles para gastos médicos, utilicen todos los fondos de sus cuentas antes de que se les otorgue la asistencia financiera.

GHS se reserva el derecho a revertir los descuentos descritos en esta política si determina razonablemente que tales términos infringen cualquier obligación legal o contractual de GHS.

ASISTENCIA FINANCIERA

De acuerdo con la evaluación de los ingresos, activos y deudas médicas de la familia de un solicitante, puede que los solicitantes elegibles reciban la siguiente asistencia.

Descuento para personas sin seguro: Al momento de aplicarse los cargos sin descuento, a los pacientes que no tengan cobertura de terceros se les otorgará un descuento para personas sin seguro. Esto se aplica a los pacientes sin cobertura para el pago por parte de un seguro médico o terceros pagadores.

A los pacientes o garantes de pacientes a quienes se otorgue el descuento para personas sin seguro no se les impide solicitar y calificar para la asistencia financiera adicional establecida en este documento.

Atención totalmente gratuita: En virtud de esta política de asistencia financiera, se determinará cubierto el monto total de los cargos de GHS para todo paciente o garante de paciente sin seguro o con cobertura insuficiente de seguro cuyo ingreso familiar bruto sea inferior o equivalente al 200% del actual nivel federal de pobreza, con activos por debajo del equivalente al 600% del límite del FPL.

Atención con descuentos: Se aplicará una escala móvil a los cargos de GHS por los servicios cubiertos en virtud de la presente política de asistencia financiera proporcionados a todo paciente o garante de paciente sin seguro o con cobertura insuficiente de seguro cuyo ingreso familiar bruto sea mayor al 200% pero inferior o equivalente al 400% del actual nivel federal de pobreza, con activos por debajo del equivalente al 600% del FPL. Se aplicarán descuentos, según el siguiente programa, de acuerdo con el ingreso familiar del paciente o del garante del paciente:

1. Con ingresos familiares superiores al 200% del nivel federal de pobreza, pero inferiores o equivalentes al 225% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 80% del saldo adeudado por el paciente.
2. Con ingresos familiares superiores al 225% del nivel federal de pobreza, pero inferiores o equivalentes al 250% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 60% del saldo adeudado por el paciente.
3. Con ingresos familiares superiores al 250% del nivel federal de pobreza, pero inferiores o equivalentes al 275% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 40% del saldo adeudado por el paciente.
4. Con ingresos familiares superiores al 275% del nivel federal de pobreza, pero inferiores o equivalentes al 400% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 20% del saldo adeudado por el paciente.

Cuidado en situaciones catastróficas: Los pacientes de GHS que no cumplan con los límites de elegibilidad para asistencia financiera pueden calificar para obtener asistencia, en situaciones donde las facturas médicas de GHS pudieran acarrear graves dificultades financieras. Los pacientes o sus garantes pueden calificar para atención en situaciones catastróficas si han incurrido en gastos de bolsillo generados por los servicios médicos de GHS superiores al 25% del ingreso familiar y si tienen activos por debajo del equivalente al 600% del nivel federal de pobreza.

A los pacientes o garantes de pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad para la atención en situaciones catastróficas se les descontarán los cargos de GHS en un monto no superior al 25% del ingreso familiar.

Planes de pago: Esperamos recibir el pago completo de los saldos adeudados dentro de los 21 días de la factura inicial del paciente. Si a un paciente o garante de un paciente le fuera imposible pagar la totalidad del monto dentro del plazo

mencionado, podrá extenderse un plan de pagos por un plazo de hasta 36 meses o 3 de años sobre todo saldo restante después de otorgar descuentos a los solicitantes elegibles para asistencia financiera. Se establecerá un plan de pago razonable entre GHS y el paciente. El plazo del plan de pago se basará en las deudas médicas pendientes del solicitante, así como en su ingreso familiar y toda circunstancia atenuante que corresponda. Si se aprueba, se otorgará el plan sin intereses.

Los pacientes tienen la responsabilidad de comunicarse con GHS siempre que no puedan cumplir un plan de pago previamente acordado. La falta de comunicación por parte del paciente puede resultar en la asignación de la cuenta a una agencia de cobranzas.

PRESUNTA ELEGIBILIDAD

GHS comprende que no todos los pacientes pueden llenar una solicitud de asistencia financiera o cumplir con las peticiones de documentación. Hay instancias en las que se determina la calificación de un paciente para la asistencia financiera sin cumplir una solicitud formal. Es posible que GHS utilice alguna otra información para determinar si es incobrable la cuenta de un paciente, y se use dicha información para determinar la presunta elegibilidad.

Puede reconocerse la presunta elegibilidad de pacientes con base en su calificación para otros programas u otras circunstancias de su vida, tales como:

1. Pacientes o garantes que se hayan declarado en bancarrota. En los casos que involucren una bancarrota, solo se cancelará el saldo de la cuenta a la fecha de la rehabilitación de la bancarrota.
2. Pacientes o garantes que han fallecido sin propiedad en proceso de legalización testamentaria.
3. Pacientes o garantes comprobados como sin hogar.
4. Las cuentas devueltas por la agencia de cobranzas como incobrables en razón de cualquiera de las razones indicadas anteriormente.
5. Los pacientes o garantes que califiquen para programas estatales de Medicaid serán elegibles para obtener asistencia para cubrir toda obligación de costo compartido asociada con el programa o los servicios no cubiertos.

GHS comprende que posiblemente ciertos pacientes no respondan a un proceso de solicitud de asistencia de GHS. Bajo tales circunstancias, puede que GHS utilice otras fuentes de información a fin de evaluar la necesidad financiera de una persona. Tal información hará posible que GHS tome una decisión informada sobre la necesidad financiera de esos pacientes; para ello, y en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente, utilizará los mejores cálculos disponibles.

GHS puede recurrir a un tercero para examinar electrónicamente la información del paciente a fin de evaluar la necesidad financiera. Dicha evaluación aplica un modelo reconocido en la industria del cuidado de la salud que se sustenta en bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos, activos y solvencia.

La tecnología electrónica se ha diseñado para evaluar a cada paciente según los mismos estándares y se calibra conforme a las aprobaciones históricas de asistencia financiera de GHS bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia.

Cuando se utilice tecnología electrónica, esta se desplegará antes de asignar la deuda como incobrable y después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y pago. Esto permite que GHS seleccione la asistencia financiera para

todos los pacientes antes de procurar medidas extraordinarias de cobranza. Bajo la presente política, los datos obtenidos mediante esta revisión electrónica de elegibilidad constituirán una adecuada documentación de la necesidad financiera.

Cuando se utiliza la inscripción electrónica como base para la presunta elegibilidad, se otorgarán los máximos niveles de descuento para los servicios elegibles solamente con respecto a fechas pasadas. Si un paciente no califica bajo el proceso electrónico de inscripción, igualmente puede ser considerado bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.

Las cuentas de pacientes, a quienes se reconoce una presunta elegibilidad, se reclasificarán según la política de asistencia financiera. Dichas cuentas no se enviarán a cobranza ni se incluirán en los gastos por deudas incobrables del hospital.

SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA

Según el reglamento de la LEY FEDERAL DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y TRABAJO DE PARTO (EMTALA), no se examinará la capacidad de pago ni de obtener asistencia financiera de ningún paciente antes de prestarle servicios en situaciones de emergencia. Puede que GHS solicite al paciente realizar los pagos de costo compartido (es decir, copagos) al momento de la prestación del servicio, siempre y cuando dicho requerimiento no cause una demora en el examen médico ni en el tratamiento de estabilización necesario de la condición médica de emergencia. (Ver la política GL-3001).

MONTOS FACTURADOS A PACIENTES ELEGIBLES PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

El monto generalmente facturado es el pago esperado que realizarían los pacientes o el garante de un paciente elegible(s) para asistencia financiera. Para los pacientes sin seguro calificados, dicho monto no superará una tarifa determinada mediante el método de actualización.

El método de actualización se basará en los montos permitidos bajo la tarifa por servicio (Fee-for-Service) de Medicare junto con todas las reclamaciones pagadas a GHS por seguros privados de salud. Las reclamaciones a incluir en el cálculo del monto generalmente facturado serán aquellas permitidas durante el año calendario anterior. Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador junto con el pago por servicio de Medicare y todas las reclamaciones que pagan los seguros privados de salud. Los cargos brutos correspondientes a tales reclamaciones se incluirán en el denominador. El monto generalmente facturado se calculará anualmente. Los porcentajes se aplicarán el día número 120 después de finalizar el año calendario utilizado por GHS para calcular los porcentajes de AGB.

Si tiene alguna pregunta sobre los porcentajes de AGB, sírvase llamar a la oficina de los Servicios Financieros del Cliente al (608) 775-8660 u (800) 362-9567, ext. 58660. La información sobre el monto generalmente facturado se entregará gratuitamente.

Mientras estén cubiertos por la política de asistencia financiera de GHS, no se dispondrá que los pacientes elegibles para asistencia financiera paguen los cargos brutos por servicios elegibles.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

La elegibilidad para la asistencia financiera se basará en la necesidad financiera a la fecha de la solicitud. Por lo general se requiere presentar documentación para respaldar una solicitud de asistencia financiera. Si no se proporciona la documentación adecuada, puede que GHS procure obtener información adicional.

Se requerirá presentar una evidencia confiable para respaldar la necesidad de asistencia financiera.

A fin de determinar la elegibilidad, se requerirá presentar la siguiente información sobre ingresos de los pacientes o sus garantes:

1. Copia de la declaración del impuesto federal a los ingresos y todos los anexos correspondientes al año fiscal más reciente
2. Comprobante actual de ingresos (copia de los talones de cheques salariales más recientes u otra documentación)
3. Comprobante de otros ingresos, incluyendo subsidio por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, manutención de hijos, pensión alimenticia, ingreso por fideicomiso y beneficios para veteranos
4. Estados bancarios actuales

A fin de determinar la elegibilidad, se requerirá presentar la siguiente información sobre activos de los pacientes o sus garantes:

1. Cuentas de cheques
2. Cuentas de ahorro
3. Cuentas del mercado monetario
4. Certificados de depósito
5. Anualidades
6. Cuentas de inversión no previsionales
7. Cuentas de jubilación, incluidas las pensiones
8. Bienes raíces
9. Otros activos

Se pueden presentar las solicitudes de asistencia financiera hasta 240 días después de la fecha de la primera factura posterior al alta hospitalaria.

Si una solicitud está incompleta o si se ha pedido información adicional, la solicitud permanecerá activa por treinta (30) días a partir de la fecha de envío por correo de la carta para pedir dicha información al solicitante.

Si el solicitante no responde dentro del plazo de treinta (30) días, se rechazará la solicitud.

Durante el periodo en que se esté examinando la solicitud de asistencia financiera debidamente llenada, se suspenderá todo procedimiento de cobranzas. La solicitud de asistencia financiera se documentará en el expediente del paciente o se escaneará , y se registrará en la cuenta. Mientras se esté examinando y considerando la solicitud de asistencia financiera, continuará el proceso normal de facturación. Si el representante de GHS pertinente aprueba una FAA completa y conforme, esta se registrará en el expediente del paciente y se cancelará el saldo de la cuenta con el código correspondiente. Las solicitudes de asistencia financiera tienen que entregarse en la siguiente oficina:

Gundersen Health System
Customer Financial Service; Mailstop NCA3-01
1900 South Avenue
La Crosse, WI 54601
(608) 775-8660 u (800) 362-9567, ext. 58660

Si se deniega la asistencia financiera, el paciente o su garante puede volver a solicitarla en cualquier ocasión en que haya cambiado su ingreso o estado.

DETERMINACIONES DE ELEGIBILIDAD, APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Hay que notificar por escrito a los pacientes de la decisión sobre su solicitud de asistencia financiera dentro de los treinta (30) días de haber presentado la solicitud completa. Si se determina que un solicitante es elegible para 100% asistencia financiera, se le reembolsarán los pagos que superen el monto que se determine que debe el paciente o su garante, de las cuentas con asistencia asignada conforme a la política de asistencia financiera de GHS. Se aplicarán reembolsos a los pagos que excedan de \$5.00 o más. De conformidad con la presente política, generalmente no se otorga asistencia financiera para copagos o saldos correspondientes al paciente cuando este no cumple en la obtención de referencias o autorizaciones adecuadas, ni tampoco si dicha asistencia no es compatible con el contrato del seguro. Por lo tanto, tales pagos recibidos no se reembolsarán.

Los pacientes podrán apelar dicha decisión dentro de los treinta (30) días de recibida la notificación si escriben a:

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

Las apelaciones deben presentarse en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de la decisión original. El Director de Acceso para Pacientes revisará la apelación para una nueva consideración. Las decisiones del Director de Acceso para Pacientes serán inapelables.

PERIODO DE CALIFICACIÓN

Si se determina que un solicitante es elegible para asistencia financiera, GHS le otorgará asistencia por un periodo de seis (6) meses. También se aplicará asistencia financiera en forma retroactiva a todas las facturas impagas por gastos elegibles

incurridos por servicios obtenidos durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de la solicitud. No se denegará asistencia a ningún paciente porque no haya entregado información o documentación no requerida en la solicitud.

NOTIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

En las áreas de recepción y admisión del hospital y la clínica, así como en el departamento de emergencias del hospital, se exhibirá información sobre la política de asistencia financiera de GHS e instrucciones sobre cómo comunicarse con GHS para obtener asistencia e información adicional sobre las opciones de pago. Dicha información también puede solicitarse a los asesores financieros en todo el ámbito de la organización.

La política de asistencia financiera de GHS, el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de dicha política estarán disponibles en el sitio web del sistema, www.gundersenhealth.org/FAA. Esta información también está disponible gratuitamente si llama al (608) 775-8660 o al (800) 362-9567, ext. 58660. Si necesita ayuda para llenar la solicitud de asistencia financiera, puede llamar al (608) 775-8660 o al (800) 362-9567, ext. 58660 para hablar con un asesor financiero.

La información sobre la política de asistencia financiera de GHS se comunicará a los pacientes en un lenguaje adecuado para su cultura. La información sobre asistencia financiera y el anuncio publicado en nuestros hospitales y clínicas se traducirá a todo idioma que sea el principal hablado por lo menos por 1,000 residentes o el 5%, la cantidad que sea menor, de la población del área de servicio.

Asimismo, GHS incluye referencias a las políticas de pago y la asistencia financiera en todas las facturas mensuales y las cartas de cobranza enviadas a sus pacientes. Previa solicitud del paciente, hay información sobre la política de asistencia financiera de GHS disponible en cualquier momento.

REQUISITOS NORMATIVOS

GHS cumplirá con todas las leyes, las normas, los reglamentos y los requisitos de reporte fiscal, a nivel federal, estatal y local que puedan aplicarse a las actividades realizadas según la presente política. A fin de generar informes exactos, esta política exige que GHS rastree la asistencia financiera brindada. La información sobre asistencia financiera brindada según la presente política se reportará anualmente mediante el Form. 990 Anexo H del IRS (Servicio de Rentas Internas).

MANTENIMIENTO DE REGISTROS

GHS documentará toda asistencia financiera a fin de mantener controles adecuados y cumplir todo requisito normativo interno y externo.

APROBACIÓN DE LA POLÍTICA

La política de asistencia financiera de GHS se presentó ante el Comité Financiero y la Junta Directiva de GHS y fue aprobada por ambos órganos de febrero de 2023. La presente política queda sujeta a revisiones periódicas. Todo cambio significativo en la política debe ser aprobado por la junta directiva de GHS.

Responsabilidades

GHS documentará toda asistencia financiera a fin de mantener controles adecuados y cumplir todo requisito normativo interno y externo.

Política de asistencia financiera (GL-2555) Anexo 2
Niveles de descuento (vigente desde enero de 2023)

Descuento para personas sin seguro: Gundersen Health System Hospital and Clinics brindará un descuento del 67.5% para personas sin seguro al momento de aplicarse los cargos sin descuento. Dicho descuento se aplicará a las cuentas de pacientes sin cobertura para el pago por parte de un seguro médico u otros terceros pagadores.

Descuento por servicios elegibles de Gundersen Hospital: Solicitantes que cumplen el límite de activos y con ingresos del grupo familiar:

1. Superior al 200% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 225% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 80%.
2. Superior al 225% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 250% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 60%.
3. Superior al 250% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 275% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 40%.
4. Superior al 275% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 400% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 20%.

Descuento por servicios elegibles de Gundersen Clinics: Solicitantes que cumplen el límite de activos y con ingresos del grupo familiar:

1. Superior al 200% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 225% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 80%.
2. Superior al 225% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 250% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 60%.
3. Superior al 250% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 275% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 40%.
4. Superior al 275% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 400% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 20%.

Límites de ingresos y activos: Los siguientes montos se basan en las pautas de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos para el año 2023, que se publicaron en el Federal Register (periódico oficial del gobierno federal) de enero de 2023.

Personas en la familia/grupo familiar	Pauta de pobreza (100%)	200% de pauta de pobreza	225% de pauta de pobreza	250% de pauta de pobreza	275% de pauta de pobreza	400% de pauta de pobreza	Límites de activos (100% de pobreza 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

**Política de asistencia financiera
(GL-2555)
Anexo 3
Proveedores y departamentos
cubiertos**

En virtud de esta política, quedan cubiertos los servicios prestados en las siguientes localidades, por proveedores que hayan sido contratados por GHS.

Gundersen Hospital: Todos los departamentos

Gundersen Clinics: Todas las localidades y todos los departamentos, con excepción de los siguientes:

- Cirugía ocular Lasik
- Cuidados quiroprácticos
- Servicios de fertilidad
- Anteojos/lentes de contacto
- Servicios de cirugía plástica/cosmética
- Audífonos
- Ortodoncias
- Servicios dentales
- Optometría

**Política de asistencia financiera
(GHS-2555)**

Anexo 4

Porcentaje de montos generalmente facturados

El monto generalmente facturado es el pago de los servicios de emergencia o necesarios por razones médicas que realizarían los pacientes o el garante de un paciente. Para los pacientes sin seguro calificados, dicho monto no superará una tarifa determinada mediante el método de actualización descrito en el apartado §1.50(r)-5(b) (3) del Código del Servicio de Rentas Internas. El método de actualización se basará en el pago por servicio (Fee-for-Service) de Medicare junto con todos los reclamos pagados por seguros privados de salud. Los reclamos a incluir en el cálculo del monto generalmente facturado serán aquellos permitidos durante el año calendario (12 meses) anterior. Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador con el pago por servicio de Medicare junto con todos los reclamos autorizados y pagados por seguros privados de salud. Los cargos brutos correspondientes a tales reclamos se incluirán en el denominador. El monto generalmente facturado se calculará con una frecuencia no menor a la anual desde el día número 45 a partir del cierre del año calendario anterior, y se implementará desde el día número 120 a partir del cierre del año calendario actual.

Fecha de vigencia	Porcentaje
1 de abril de 2019	56.5%
1 de abril de 2020	59.7%
1 de abril de 2021	61.7%
1 de abril de 2022	61.3%
1 de abril de 2023	67.5%

**Política de asistencia financiera
(GL-2555)
Anexo 5
Acceso publico a la politica**

La información sobre la política de asistencia financiera de GHS, así como la política de facturación y cobranza a particulares de GHS, se pondrá a disposición de los pacientes y la comunidad a la que GHS presta servicios por medio de diversas fuentes.

1. Para solicitar copias de la política de asistencia financiera, la política de facturación y cobranza a particulares, la solicitud de asistencia financiera o el resumen en lenguaje sencillo, los pacientes y garantes pueden escribir a:

Gundersen Health System Customer
Financial Service; Mailstop: NCA3-01
1900 South Ave. LaCrosse, WI 54601

2. Para solicitar copias de la política de asistencia financiera, la política de facturación y cobranza a particulares, la solicitud de asistencia financiera o el resumen en lenguaje sencillo, los pacientes y garantes pueden llamar a los teléfonos (608) 775-8660 u (800) 362-9567, ext. 58660.
3. Para descargar copias de la política de asistencia financiera, la política de facturación y cobranza a particulares, la solicitud de asistencia financiera o el resumen en lenguaje sencillo, los pacientes y garantes pueden visitar el sitio web www.gundersenhealth.org/faa.
4. Para solicitar copias de la política de asistencia financiera, la política de facturación y cobranza a particulares, la solicitud de asistencia financiera o el resumen en lenguaje sencillo, los pacientes y garantes pueden hacerlo personalmente en las siguientes localidades:
 - a. Gundersen Lutheran Medical Center
1900 South Avenue, La Crosse, WI
Emergency Services 1st Floor, Legacy Building - HM1802
(608)775-4078
 - b. Gundersen Clinic
1900 South Avenue, La Crosse, WI
Patient Business Services - Cashiers
1st Floor, Clinic – CC1012
(608)775-4078
 - c. Gundersen Clinic
3111 Gundersen Drive, Onalaska, WI
Patient Business Services - Cashiers
1st Floor, Clinic- CON1-091
(608)775-8630