GUNDERSEN HEALTH SYSTEM®

Política

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/2026
Próxima fecha de revisión	31/MAR/2027

REFERENCIAS

EMTALA: Recopilación de información financiera
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
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., o en Gundersen Clinic, Ltd., Gundersen Boscobel Area Hospital and Clinics, Gundersen Moundview Hospital and Clinics, Gundersen Palmer Lutheran and Clinics, Inc., Gundersen St. Elizabeth's Hospital and Clinics, Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics, and Gundersen Tri-County Hospital and Clinics.

DECLARACIÓN DE PROPÓSITO

Junto con nuestra Política de facturación y cobro y la Misión y visión de Gundersen hemos esbozado el proceso para garantizar a la comunidad la disponibilidad de ayuda financiera y al mismo tiempo cumplir con las directrices estatales, federales y normativas.

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 los reclamos pasados que fueron compensados mediante el pago por servicio (*Fee-for-Service*) de Medicare junto con todos los reclamos pagados por seguros privados de salud. 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 Gundersen cuyo costo supere el 25% del ingreso familiar.

Atención con descuentos: La asistencia financiera que proporciona un descuento por servicios médicos elegibles prestados por Gundersen, 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. Las áreas de servicio que participan en el programa “NHSC” utilizarán ingresos familiares anualizados equivalentes al 201-400% del 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: disfunción grave de órganos o funciones corporales, amenaza vital grave y la puesta en grave peligro de la salud de una paciente embarazada o el 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 manifiesta que alguien es su dependiente en su declaración del impuesto a los ingresos según el reglamento del Servicio de Rentas Internas, dicha persona puede considerarse como dependiente con el propósito de determinar la elegibilidad con respecto a 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.

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 (https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/povertyguidelines).

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 Gundersen.

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 (periódico oficial del gobierno federal) 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.

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.

Plan de pago: Un plan de pago convenido por Gundersen 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. Una prueba de activos no es aplicable a familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 200% del FPG más actual para aquellas áreas de servicio que participan en el Programa Nacional del Cuerpo de Servicios de Salud (NHSC).

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 Gundersen bajo esta política, al momento de aplicarse los cargos sin descuento. Ciertos servicios están excluidos y el descuento aplicable se aplica automáticamente a la factura del paciente. Este descuento se elimina si la cobertura del seguro se identifica posteriormente y no se puede combinar con otros descuentos, salvo el descuento por pronto pago.

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 Gundersen.
Implementación

SERVICIOS ELEGIBLES

Los servicios elegibles para el descuento para personas sin seguro y bajo la política de asistencia financiera de Gundersen deben ser clínicamente adecuados y estar dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados. Incluyen lo siguiente:

1. Los servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia.
2. Los servicios no optativos prestados en respuesta a circunstancias de riesgo vital en un entorno que no es de emergencia.
3. Los servicios que son necesarios por razones médicas y que Medicare u otros seguros médicos suelen definir 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 Gundersen 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 Gundersen (por ej., profesionales médicos privados o ajenos a Gundersen, transporte en ambulancia, etc.). Para ver una lista completa de los proveedores no cubiertos en virtud de esta política, consulte los anexos 3 y 6.
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 Gundersen presta servicios. La obesidad, la salud mental y el abuso de substancias se identificaron como problemas de salud significativos. El plan de implementación para la salud comunitaria identifica el tratamiento por abuso de substancias como una de las intervenciones médicas efectivas para la salud mental. Por lo tanto, toda la variedad de tratamientos residenciales por abuso de substancias serán elegibles para asistencia financiera y estarán sujetas a los límites del monto generalmente facturado para los pacientes calificados para asistencia financiera o sus garantes en Gundersen.

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 Gundersen, y Gundersen se reserva el derecho a revisar, modificar o cambiar la presente política según sea necesario o apropiado.

Las opciones de pago del seguro de terceros (seguro disponible a través del empleo, Medical Assistance, fondos para indigentes, víctimas de delitos violentos, etc.) deben revisarse y evaluarse antes de que una cuenta sea considerada para asistencia financiera, para asegurar que los recursos de GHS se administren de manera prudente al proporcionar asistencia financiera. Si un paciente parece ser elegible para otra ayuda, GHS lo remitirá a la agencia correspondiente para recibir asistencia con la preparación de las solicitudes y formularios necesarios. Los solicitantes de asistencia deben agotar todas las demás opciones de pago como condición para la aprobación de la asistencia financiera. Esto no aplica a los solicitantes de SFDP que estén en o por debajo del 200 por ciento de las Directrices Federales de Pobreza.

Si se evidencia que un paciente es elegible para alguna otra asistencia, Gundersen 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 criterios que considerará Gundersen 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 BGHS 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.

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.

Gundersen 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 Gundersen.

PRESUNTA ELEGIBILIDAD

Gundersen 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 Gundersen 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, u otros programas de asistencia alimentaria financiados por el gobierno, serán elegibles para obtener asistencia para cubrir toda obligación de costo compartido asociada con el programa o los servicios no cubiertos.

Gundersen comprende que posiblemente ciertos pacientes no respondan a un proceso de solicitud de asistencia de BGHS. Bajo tales circunstancias, puede que Gundersen utilice otras fuentes de información a fin de evaluar la necesidad financiera de una persona. Tal información hará posible que Gundersen 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. La prueba de activos no se aplica a las familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 200% de las Pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) más actuales para las áreas de servicio que participan en el programa “NHSC” (National Health Service Corps Program).

Gundersen 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 prueba de activos no se aplica a las familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 200% de las Pautas federales de pobreza [FPG] más actuales para las áreas de servicio que participan en el programa “NHSC”).

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 Gundersen 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.

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 Gundersen 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 el pago por servicio (*Fee-for-Service*) de Medicare junto con todos los reclamos pagados a Gundersen por seguros privados de salud. Los reclamos a incluir en el cálculo del monto generalmente facturado serán aquellos permitidos 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 todos los reclamos que pagan los seguros privados de salud. Los cargos brutos correspondientes a tales reclamos 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 Gundersen para calcular los porcentajes del monto generalmente facturado.

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 Gundersen 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 (la prueba de activos no se aplica a las familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 200% de las Pautas federales de pobreza [FPG] más actuales para las áreas de servicio que participan en el programa “NHSC”):

1. Cuentas de cheques (30 dias)
2. Cuentas de ahorro (30 dias)
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 Gundersen pertinente aprueba una solicitud de asistencia financiera 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 Gundersen. 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
Atn: 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. Un comité designado por la Administración de Ciclos de Ingresos revisará la apelación para su reconsideración. Las decisiones del comité designado serán inapelables.

PERIODO DE CALIFICACIÓN

Si se determina que un solicitante es elegible para asistencia financiera, Gundersen 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 Gundersen e instrucciones sobre cómo comunicarse con Gundersen 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 Gundersen, el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de dicha política estarán disponibles en el sitio web del sistema en https://www.gundersenhealth.org/patients-visitors/financial-assistance. Esta información también está disponible gratuitamente si llama a Gundersen Health al (608) 775-8660 o al (800) 362-9567, ext. 58660.

La información sobre la política de asistencia financiera de Gundersen se comunicará a los pacientes en un lenguaje adecuado para su cultura. La información sobre asistencia financiera y el anuncio publicado en localidades del hospital y las clínicas se traducirá a todo idioma que sea el principal hablado por la cantidad menor equivalente a 1,000 residentes o el 5% de la población del área de servicio.
Asimismo, Gundersen incluye referencias a las políticas de pago y la asistencia financiera en todas las facturas mensuales impresas y las cartas de cobranza enviadas por Gundersen a sus pacientes. Previa solicitud del paciente, hay información sobre la política de asistencia financiera de Gundersen disponible en cualquier momento.

REQUISITOS NORMATIVOS

Gundersen Health System 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 Gundersen haga el seguimiento de 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

Gundersen 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 Gundersen se presentó ante el Comité Financiero y la Junta Directiva de Gundersen, y fue aprobada por ambos órganos el de febrero de 2025. La presente política queda sujeta a revisiones periódicas. Todo cambio significativo en la política debe ser aprobado por la Junta Directiva de Gundersen.