

 <input checked="" type="checkbox"/> <b>POLÍTICA</b> <input type="checkbox"/> <b>PROCEDIMIENTO</b> <input type="checkbox"/> <b>ESTÁNDAR DE ATENCIÓN</b> <input type="checkbox"/> <b>PROCEDIMIENTO ESTÁNDAR</b> <input type="checkbox"/> <b>NORMAS</b> <input type="checkbox"/> <b>OTROS</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b> <b>Enero de 2016</b>	<b>MANUAL:</b> <b>Política del centro</b>
		<b>Nº DE SEGUIMIENTO</b> <b>CPM 7-11</b>
	<b>TÍTULO:</b> <b>PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA (POLÍTICAS DE PAGO CON DESCUENTO Y ATENCIÓN DE CARIDAD)</b>	
	<b>EFECTUADO POR:</b> <b>Todos los departamentos RCHSD y RCSSD responsables, incluido ciclo de ingresos (Revenue Cycle), servicios financieros para pacientes (Patient Financial Services), acceso de pacientes (Patient Access) y asesores financieros (Financial Counselors).</b>	

### **1.0 PROPÓSITO:**

Establecer el RCHSD FAP para servicios hospitalarios para pacientes internos y ambulatorios, incluyendo atención médica de emergencia, a través de políticas y procedimientos tanto para el programa de servicios caritativos como para los pagos con descuento para pacientes calificados financieramente

El hospital y la Fundación Médica se denominarán colectivamente en este documento “Rady Children’s”.

### **2.0 DEFINICIONES:**

“**Importes facturados generalmente (AGB)**” se refiere a la metodología de revisión retrospectiva usada por Rady Children’s para calcular un límite a los cargos para los participantes del Programa de Asistencia Financiera.

“**Lista de Descripción de Precios**” se refiere a una tabla uniforme de precios presentada por Rady Children’s al público como el precio bruto cobrado por un determinado servicio o ítem, incluido grupos asociados al diagnóstico, independiente del pagador.

“**Atención de caridad**” significa atención de caridad total o parcial. “**Atención de Caridad Total**” significa servicios de atención médica gratuitos donde no se espera que el

paciente/Garante pague nada. **“Atención de Caridad Parcial”** significa que se espera que el paciente/Garante pague una parte de los costos.

**“Pago con descuento”** se refiere a una situación en la que el Hospital ha determinado que el paciente no califica para Atención de Caridad Total pero es elegible para un descuento y se espera que pague solo una parte de la cuenta. Esta es una forma de Atención de Caridad Parcial.

**“Médico de emergencias”** se refiere a un médico que es miembro acreditado del Personal médico del hospital y que ha sido contratado por el Hospital para prestar servicios de atención de urgencia en el departamento de emergencias (Emergency department, ED). El “Médico de Emergencias” no incluye a los médicos especialistas que sean llamados al ED o que formen parte del personal, o que tengan privilegios, en el Hospital fuera del ED.

**“Gasto Básico de Subsistencia”** se refiere a gastos por cualquiera de lo siguiente: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; comida y suministros para el hogar; servicios básicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros, escuela o cuidado de niños; pensión alimenticia a menores o al cónyuge; gastos de transporte y automóvil, incluyendo seguro, gasolina y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.

**“Familia” o “Familia del Paciente”** se refiere, para pacientes de 18 años de edad y más, al cónyuge, pareja doméstica registrada del paciente y sus hijos dependientes menores de 21 años, vivan en su casa o no. Para pacientes menores de 18 años, la Familia incluye al padre/madre del paciente, familiares cuidadores y otros hijos (menores de 21 años) del padre/madre o familiar cuidador.

**“Participante FAP”** se refiere a un Paciente calificado financieramente para el Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Rady Children’s.

**“Nivel de Pobreza Federal/Pautas de Pobreza Federal (FPL)”** se refiere a las pautas de pobreza que son actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), publicado en <http://aspe.hhs.gov/poverty>.

**“Programa de Asistencia Financiera”** se refiere al programa de Rady Children’s descrito por esta política y procedimiento y diseñado para ayudar a Pacientes Calificados Financieramente para obtener Pagos con Descuento o Atención de Caridad para servicios del Hospital y servicios de Médico de Emergencias.

**“Paciente Calificado Financieramente”** significa:

- 1) Una paciente no asegurado con un ingreso familiar del 450% o menos del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés); o
- 2) Paciente asegurado con Costos Médicos Altos y un ingreso familiar del 350% o menos del nivel de pobreza federal (FPL); o
- 3) Paciente asegurado con cargos no cubiertos y un ingreso familiar del 350% o menos del

- nivel de pobreza federal (FPL); o
- 4) Un paciente, asegurado o no, que tiene Costos Médicos Altos.

**“Garante”** se refiere a la persona con responsabilidad personal por los servicios de salud del paciente, normalmente el paciente, padre/madre o tutor legal.

**“Costos Médicos Altos”** se refiere a lo siguiente, según se aplique a la fecha(s) de servicio:

- (1) Costos de bolsillo anuales incurridos en el Hospital que superen el 10% del Ingreso familiar en los 12 meses anteriores (los cuales se determinarán comparando los costos de bolsillo del paciente/Garante para el paciente con el Ingreso Familiar del Paciente), o
- (2) Costos de bolsillo anuales que superen el 10% del Ingreso familiar si el paciente/Garante aporta documentación de gastos médicos pagados en los 12 meses anteriores (los cuales se determinarán comparando los gastos médicos totales, incluidos aquellos no incurridos en el Hospital, pagados realmente por el paciente al Ingreso familiar del paciente).

**“Activos monetarios”** se refiere a los que se pueden convertir fácilmente a dinero efectivo, tales como cuentas bancarias y acciones que cotizan en bolsa pero no a los activos no líquidos como una propiedad inmobiliaria. Los activos monetarios no incluyen los planes de jubilación o planes de compensación diferida, ni tampoco se contarán los primeros \$10,000 de Activos Monetarios, ni el 50% de Activos monetarios de los primeros \$10,000 para determinar la elegibilidad FAP en base a los activos monetarios.

**“Ingreso Familiar/del Paciente”** se refiere al ingreso calculado de la siguiente forma: Ingresos brutos antes de impuestos del Paciente o Familia, menos los pagos efectuados por pensión de alimentos para cónyuge e hijos (Los planes de jubilación o de compensación diferida calificados según el Código de rentas internas [Internal Revenue Code], o los planes de compensación diferida no calificados, no se incluirán en el cálculo del ingreso).

**“Plan de pago”** se refiere a pagos mensuales en condiciones acordadas entre el Hospital y el paciente/Garante.

**“Paciente de Pago por Cuenta Propia”** se refiere a un paciente que no tiene cobertura de terceros de una compañía de seguros de salud, un plan de servicio de salud, Medicare o Medicaid y cuya lesión no es compensable a efectos de una indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro determinado y documentado por el Hospital. **“Pacientes de Pago por Cuenta Propia Calificados Financieramente”** son Pacientes sin seguro de terceros ni otra cobertura y cuyo Ingreso de Paciente/Familiar no supera el 350% del nivel de pobreza federal (FPL). Los Pacientes de Pago por Cuenta Propia Calificados Financieramente pueden incluir pacientes de Atención de Caridad.

**“Tercero pagador”** se refiere a un seguro privado incluida la cobertura ofrecida a través del sistema de beneficios de salud del Estado de California (California Health Benefits Exchange), indemnización laboral, seguro de automóvil así como cobertura de un programa de salud del gobierno como Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, CHAMPUS, Healthy Families.

**“Paciente No Asegurado”** se refiere a un Paciente de Pago por Cuenta Propia.

**“Los servicios médicamente necesarios”** son aquellos servicios razonables y necesarios para proteger la vida, para prevenir una enfermedad o una discapacidad significativa, o para aliviar un dolor o sufrimiento severo a través del diagnóstico o tratamiento, enfermedad o lesión, tanto mental como física, determinada por profesionales capacitados los cuales actúan dentro del ámbito de la práctica profesional de la salud.

### **3.0 POLÍTICA:**

Es la política de Rady Children’s proveer asistencia financiera a través del Programa de Asistencia Financiera (FAP) de Rady Children’s a:

- (1) Los pacientes no asegurados con un Ingreso Familiar del 450% o menos del nivel de pobreza federal (FPL); o
- (2) Pacientes asegurados con Costos Médicos Altos y un ingreso familiar del 350% o menos del nivel de pobreza federal (FPL); o
- (3) Pacientes no asegurados con cargos no cubiertos y un Ingreso familiar del 350% o menos del nivel de pobreza federal (FPL); y
- (4) Pacientes asegurados y no asegurados con Costos Médicos Altos.

### **4.0 PROCEDIMIENTOS:**

#### **4.1.ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA**

Rady Children’s administrará el programa de asistencia financiera o FAP para ayudar a los Pacientes Calificados Financieramente a obtener Pagos con Descuento y/o Atención de Caridad para servicios del Hospital y servicios de Médico de Emergencia.

#### **4.2.PROCESO DE SOLICITUD**

- 4.2.1. Para solicitar el programa FAP y solicitar la determinación de elegibilidad, el paciente/Garante debe presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa al Departamento de Asesoría Financiera (Financial Counseling Department).
- 4.2.2. El paciente/Garante tendrá 21 días desde la fecha en que presente por primera vez su solicitud para hacer todos los esfuerzos razonables por presentar todos los documentos siguientes:
  - (1) Documentación de ingresos del Paciente/Familia. Los ingresos pueden ser verificados a través de cualquiera de los siguientes mecanismos:
    - (a) Declaración de impuestos (preferidas)
    - (b) Comprobantes de pago de sueldo/notificación de envío de cheque de sueldo o verificación telefónica por el empleador
    - (c) Formulario W-2 del IRS
    - (d) Declaración de sueldo y ganancias

- (e) Ingresos del Seguro Social
- (f) Cartas de determinación de indemnización laboral o compensación por desempleo
- (g) Cualificación dentro de los últimos seis meses para programas de asistencias del gobierno (incluido cupones para alimentos, Medi-Cal y AFDC)
- (h) Si el paciente/Garante no puede proporcionar la documentación de ingresos, Rady Children's podrá a su exclusiva discreción pedir al paciente/Garante que haga una declaración jurada firmada bajo pena de perjurio respecto a (i) la veracidad de la información de ingresos entregada en el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera, (ii) una explicación de por qué no han proporcionado la documentación de ingresos y (iii) verificación de la exactitud del cálculo de sus ingresos realizado por Rady Children's.

- (2) Documentación de pagos por pensión alimenticia para cónyuge y menores, si aplica.
- (3) Documentación de activos si (a) está solicitando Atención de Caridad y (b) lo exige Rady Children's.
- (4) Documentación de gastos médicos, incluidos cuando aplique, los gastos médicos no incurridos en el Hospital que hayan sido pagados efectivamente por el paciente en los 12 meses anteriores.
- (5) Documentación sobre la existencia o ausencia de cobertura de salud de terceros (seguro privado incluida la cobertura ofrecida a través del sistema California Health Benefits Exchange, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, indemnización laboral, seguro de automóvil u otros).
- (6) Renuncias o exenciones autorizando a Rady Children's a obtener información de cuentas de instituciones financieras o comerciales, o (si aplica) otras entidades donde mantenga activos monetarios.

4.2.3. Rady Children's puede a su exclusiva discreción otorgar tiempo adicional para que el paciente/Garante presente documentos que respalde la solicitud, por ejemplo en casos en que Rady Children's solicite información adicional después de 21 días desde la fecha de presentación de la solicitud.

#### **4.3.DETERMINACIONES DE ELEGIBILIDAD**

El Departamento de Asesoría Financiera de Rady Children's:

- 4.3.1. Determinará la elegibilidad para el programa FAP tan pronto como sea posible después de que se haya completado el proceso de solicitud.
- 4.3.2. Clasificará la cuenta del paciente como Pago por Cuenta Propia mientras la

- determinación de elegibilidad esté en curso.
- 4.3.3. Tomará en consideración y actuará razonablemente cuando un paciente/Garante no presente la documentación razonable y necesaria requerida por esta política para respaldar la solicitud FAP. Si la documentación es esencial para una determinación FAP, Rady Children's puede denegar la participación el FAP si no puede tomar una determinación de elegibilidad. Si Rady Children's puede tomar una determinación razonable sin contar con la documentación, hará un esfuerzo para hacerlo.
  - 4.3.4. No tomará una determinación final de no elegibilidad para el FAP hasta por lo menos 150 días desde la fecha de facturación inicial.
  - 4.3.5. Determinará si un paciente es un Paciente Calificado Financieramente que sea elegible para un Pago con Descuento mediante la evaluación de:
    - (1) Ingreso Familiar/del Paciente, comparado con el nivel de pobreza federal (FPL) para determinar el porcentaje del FPL.
    - (2) Condición de seguro como asegurado o no asegurado, incluido a través de un programa de salud estatal o federal.
    - (3) Los gastos médicos anuales pagados realmente por el paciente en los 12 meses anteriores, incluidos aquellos gastos no incurridos en el Hospital.
    - (4) Si el paciente tiene Costos Médicos Altos mediante:
      - (a) la comparación de los costos de bolsillo anuales incurridos en el Hospital con el Ingreso Familiar para determinar si los costos de bolsillo anuales exceden el 10% del Ingreso familiar en los 12 meses anteriores, o
      - (b) si el paciente presenta documentación de gastos médicos pagados en los 12 meses anteriores, comparando los gastos médicos totales (incluidos aquellos no incurridos en el Hospital) pagados efectivamente por el paciente con el Ingreso familiar del paciente para determinar si los costos de bolsillo anuales exceden el 10% del Ingreso familiar.
  - 4.3.6 Determinar si un Paciente Calificado Financieramente es elegible para Atención de Caridad mediante la evaluación de:
    - (1) Ingreso Familiar/del Paciente, comparado con el nivel de pobreza federal (FPL) para determinar si es del 350% o menos del FPL.
    - (2) Activos Monetarios del Paciente/Familia del paciente.
    - (3) Si el servicio de salud prestado al paciente fue medicamento necesario, electivo o cosmético. Rady Children's puede a su exclusiva discreción denegar la Atención de Caridad para servicios de atención de salud que no sean medicamento necesarios.
  - 4.3.7 Usará las determinaciones de elegibilidad anteriores solo de la siguiente forma: Si el paciente es un participante actual de FAP y regresa a Rady Children's para recibir servicios de atención de salud, la participación FAP se extenderá automáticamente por 6 meses para todos los servicios medicamento necesarios.

#### **4.4.PAGOS CON DESCUENTO (REEMBOLSO PREVISTO LIMITADO)**

A los pacientes que Rady Children's determine que son Pacientes Calificados

Financieramente conforme a la Sección 4.3.5 de arriba se les otorgará Pagos con Descuento de la siguiente forma:

4.4.1. Pagos con Descuento del Hospital (todos los participantes FAP). Rady Children's aplicará estos "Límites de Pago" para ofrecer descuentos a todos los Participantes FAP en servicios de salud proporcionados por el hospital. Por consiguiente, estos límites de pago se aplican a pacientes No Asegurados con Ingreso familiar del 450% o menos del nivel de pobreza federal (FPL); pacientes Asegurados con Costos Médicos Altos y un Ingreso familiar del 350% o menos del nivel de pobreza federal (FPL); pacientes No Asegurados con cargos no cubiertos y un Ingreso familiar del 350% o menos del nivel de pobreza federal (FPL); y pacientes, asegurados o no, que tengan Costos Médicos Altos).

- (1) Los pagos al Participante FAP se limitarán al importe que Rady Children's esperaría recibir de buena fe por los mismos servicios a través de Medicare, Medi-Cal, Healthy Families u otro programa de salud patrocinado por el gobierno en el cual participe Rady Children's, el monto que sea más grande. Rady Children's determinará la limitación al pago identificando el importe de reembolso previsto para el mismo servicio, con referencia a los códigos de servicios de salud (tales como código de servicio de impuestos, HCPCS, CPT, ICD-9, APR). No obstante, en ningún caso el pago excederá el AGB (importe facturado generalmente).
- (2) Los pagos al Participante FAP por servicios hospitalarios para los que no exista un pago establecido por Medicare u otro programa patrocinado del gobierno se limitará a la tarifa de CDM (lista de precios) con descuento según esta política.
- (3) Los pagos por el Participante FAP nunca excederán el Importe Facturado Generalmente (Amount Generally Billed, AGB) a los pacientes con seguro privado. Rady Children's determina el AGB según su Política de Precios Justos.
- (4) Rady Children's usará el enfoque de escala progresiva para cobrar a los Participantes FAP un porcentaje de los cargos que dependerán del Ingreso Familiar/del Paciente. Esto puede resultar en que se carguen distintos importes a distintos participantes FAP por el mismo servicio dependiendo del nivel de ingresos, pero el pago previsto nunca superará el máximo permitido por esta política.

4.4.2. Pagos con Descuento del Hospital (algunos Participantes FAP). Rady Children's aplicará estos límites de pago para proporcionar descuentos a ciertos Participantes FAP para servicios de salud entregados por el hospital.

- (1) Para los pacientes asegurados con Costos Médicos Altos y un Ingreso Familiar del 350% o menos del nivel de pobreza federal (FPL), los Límites de

Pago en la sección 4.4.1 anterior se aplicarán a la proporción de la cuenta que sea responsabilidad del paciente, incluidos copagos y deducibles (no Medi-Cal).

- (2) Los pagos de los Participantes FAP con Costos Médicos Altos serán limitados de forma que no superen la diferencia entre el importe de pago disponible de un tercero pagado y la tarifa máxima establecida para un servicio conforme a la lista de precios o CDM (ver Política de Precios Justos). No obstante, en ningún caso el pago excederá el importe cobrado generalmente (AGB). Rady Children's utilizará el siguiente método para calcular AGB:

Utilizar un método de revisión anual retroactivo (retrospectivo), después del cierre del año fiscal anterior, sobre reclamos pagados al Hospital por Medicare fee-for-service (servicios gratuitos) junto con todos los seguros médicos privados.

El cálculo AGB está disponible previa solicitud en la Oficina de Asesoría Financiera. El límite se calculará de forma similar a este ejemplo:

$$\begin{array}{r} \text{Tarifa de la lista de precios CDM (\$50)} \\ - \\ \text{Pago de Tercero Pagador (\$25)} \\ \hline \text{Pago máximo del Participante FAP (\$25)} \end{array}$$

#### 4.4.3. Pagos con descuento a Médicos de Servicio de Emergencias.

- (1) Los Médicos de Emergencias de Rady Children's se basarán en la determinación del hospital sobre la elegibilidad FAP.
- (2) Los Pagos con Descuento para servicios de Médico de Emergencias de Rady Children's se harán de acuerdo a esta política y procedimiento excepto donde apliquen las diferencias establecidas a continuación.
- (3) Rady Children's limitará los pagos de Participantes FAP por servicios de Médico de Emergencias a un importe no superior al (a) 50% del promedio de cargos facturados basados en una base de datos reconocida a nivel nacional de cargos de médicos una vez seleccionada la base de datos o (b) 50% de los cargos facturados usando la Lista de Descripción de Precios (Charge Description Master).

### 4.5. ATENCIÓN GRATUITA/DE CARIDAD

- 4.5.1. Los Pacientes de Pago por Cuenta Propia cuyo Ingreso Familiar/del paciente no supere el 250% del nivel de pobreza federal (FPL) recibirán Atención de Caridad con un cargo nominal que no superará los \$100.



- 4.5.2. Los servicios no medicamento necesarios que sean de naturaleza puramente cosmética son elegibles para Atención de Caridad solo de acuerdo al criterio exclusivo de Rady Children's.

#### **4.6. PRESUNTA ELEGIBILIDAD**

- 4.6.1 Independiente del proceso de solicitud manual que se describe en la sección 4.2, se puede considerar que los pacientes califican para asistencia financiera basado en las pruebas presentadas a través del uso de una herramienta de revisión de una tercera parte, no obstante el estado de su seguro.
- 4.6.2 Para recibir asistencia financiera bajo presunta elegibilidad, el paciente debe cumplir con los mismos requisitos del nivel federal de pobreza que aquellos pacientes que completan el proceso de solicitud manual, tal como se ha definido en la sección 3.0 anteriormente. La información que se obtiene con la herramienta de revisión de una tercera parte se utiliza para verificar el estado financiero del paciente y puede usarse como única fuente de documentación para tomar una determinación sobre la asistencia financiera.
- 4.6.3 Aquellos pacientes que se consideren inelegibles para asistencia financiera a través del proceso de presunta elegibilidad, pueden aplicar por medio del proceso de solicitud estándar tal como se explica en la sección 4.2.

#### **4.7 NOTIFICACIONES A LOS PACIENTES Y OSHPD**

- 4.7.1 El Hospital:
- (1) Entregará a todos los pacientes que no indiquen cobertura de seguro por terceros, una solicitud de Medi-Cal, Healthy Families, el sistema California Health Benefit Exchange u otro programa del gobierno (en la medida disponible a Rady Children's). Estas solicitudes serán entregadas a los pacientes del departamento de emergencias, pacientes ambulatorios del Hospital y antes del alta a los pacientes ingresados en el Hospital.
  - (2) Enviará este documento de política y procedimiento, incluido un formulario de solicitud FAP de muestra a la Oficina estatal de California de planificación y salud pública (California Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) cuando se realice un cambio importante o cuando los documentos sean actualizados, y por lo menos cada dos años para notificar a la OSHPD que no se han realizado cambios.
  - (3) Publicará este documento de política y procedimiento, un resumen en lenguaje sencillo de este documento y el formulario de solicitud FAP en el sitio web del Hospital.
  - (4) Ofrecerá y tendrá disponibles copias en papel de este documento, la solicitud FAP y el resumen en lenguaje sencillo de este documento (1) previa solicitud y de forma gratuita por correo (2) como parte del proceso de ingreso y alta del Hospital y (3) en lugares públicos visibles incluido el departamento de emergencias, las áreas de ingreso de pacientes, la oficina de facturación, el Registro y Acceso de Pacientes y otras zonas de atención ambulatoria.

- (5) Notificará e informará a los miembros de la comunidad acerca del programa FAP de manera razonable y calculada para que llegar a aquellos miembros con más probabilidad de requerir asistencia financiera del Hospital.
- (6) Incluirá avisos escritos visibles en estados de cuenta acerca de la disponibilidad de FAP, incluido el número de teléfono de la oficina del Hospital que puede dar información sobre el proceso de solicitud y la dirección del sitio web donde está publicada esta política y procedimiento.
- (7) Se adaptará a todas las poblaciones de pacientes significativas que tengan un dominio limitado del inglés (limited English proficiency) ofreciendo documentos traducidos del programa FAP, la solicitud FAP y un resumen en lenguaje sencillo en el idioma(s) principal hablado por esa población de pacientes.

La Fundación Médica:

- (1) Informará específicamente acerca del programa FAP cuando los pacientes facturados no hayan entregado prueba de cobertura de terceros. Este aviso figurará por escrito de forma visible en estados de cuenta acerca de la disponibilidad de FAP, incluido el número de teléfono de la oficina del Hospital que puede dar información sobre el proceso de solicitud y la dirección del sitio web donde está publicada esta política y procedimiento.

#### **4.8. REEMBOLSO DE COBROS EN EXCESO**

- 4.8.1 Rady Children's reembolsará a los pacientes las cantidades pagadas en exceso del importe debido según el FAP, incluido el interés aplicable.
- 4.8.2 Los intereses acumulados por un cobro en exceso de un paciente que califica para FAP desde la fecha del pago recibido por Rady Children's.
- 4.8.3 Si el exceso es menos de \$5, Rady Children's abonará ese crédito a la cuenta del paciente por 60 días desde la fecha en que la cantidad deba ser reembolsada al paciente. Si el crédito no se ha usado en ese periodo de 60 días, se retirará de la cuentas de Rady Children's.

#### **4.9 LISTA DE PROVEEDORES**

- 4.9.1 Todos los miembros de la Fundación Médica que sean parte del Personal Médico del Hospital están cubiertos por el FAP. Rady Children's tiene una lista de los médicos de la Fundación Médica en <http://www.rchsd.org/rcssd/>.
- 4.9.2 Todos los Médicos de Emergencias que provean servicios de salud en el Hospital están cubiertos por el FAP. Rady Children's mantiene una lista de Médicos de Emergencias en [http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergency medicine/urgent care](http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergency%20medicine/urgent%20care).

#### **4.10 DENEGACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA**

- 4.10.1 Rady Children's puede revertir la actual asistencia financiera que fue otorgada de acuerdo a esta política si determina que el paciente/Garante presentó información

- falsa, engañosa o fraudulenta en o con la solicitud de Asistencia Financiera.
- 4.10.2 Rady Children’s puede retirar una solicitud de Asistencia Financiera si determina que el paciente/Garante presentó información falsa, engañosa o fraudulenta en o con la solicitud de Asistencia Financiera.
- 4.10.3 Si Rady Children’s determina que el paciente/Garante no es elegible para el programa FAP según esta política, notificará por escrito la denegación al paciente/Garante. El departamento de Asesoría Financiera coordinará el proceso y envío de estas comunicaciones.

#### **4.11 DISPUTAS DE ELEGIBILIDAD**

- 4.11.1 Rady Children’s puede denegar la elegibilidad para la Atención de Caridad o Pagos con Descuento por cualquiera de los siguientes motivos: 1) el paciente no es elegible financieramente o 2) el paciente/Garante no entregó la documentación exigida por esta política y procedimiento.
- 4.11.2 Rady Children’s designa al Director de Acceso del Paciente (Director of Patient Access) para revisar las disputas sobre elegibilidad. Las disputas de elegibilidad deben presentarse al Servicio al Cliente del Hospital al 800-788-9029 para documentación y seguimiento. El Servicio al Cliente remitirá cada disputa al Director de Acceso del Paciente para su revisión.
- 4.11.3 Rady Children’s limita sus actividades de cobranza de deudas de acuerdo con su política de Facturación y Cobranza de Deudas.

#### **4.12 EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA COMUNIDAD/ANÁLISIS DE BENECIOS DE LA COMUNIDAD**

Rady Children’s realiza una Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad/Análisis de Beneficio de la Comunidad que puede consultarse en <http://www.rchsd.org/health-safety/community-health-needs-assessment/>.

### **5.0 FORMULARIOS:**

Solicitud para FAP (Atención Gratuita/de Caridad o Pago con Descuento)  
Resumen del FAP

### **6.0 POLÍTICAS RELACIONADAS:**

Precios Justos del Hospital y Médico de Emergencias (Hospital & ED Physician Fair Pricing), CPM 7-55  
Facturación y Cobranza de deudas (Billing & Debt Collection), CPM 7-56

### **7.0 REFERENCIAS:**

California AB 774 (2007), AB 1503 – Capítulo 445 (2010), SB 1276 – Capítulo 758 (2014)– Ley de políticas de precios hospitalarios justos Hospital Fair Pricing Policies Law (Health &

Safety Code 127400-127446)

Título 22, California Code of Regulations, §§ 96005-96020, 96040-96050

Oshpd.ca.gov/HID/Products/Hospitals/Chrgmstr

Código de salud y seguridad (Health & Safety Code) §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585 y 128770

Ley de protección del paciente y cuidado asequible (Patient Protection and Affordable Care Act)

Código de rentas internas (Internal Revenue Code), sección 501(r)