

 <input checked="" type="checkbox"/> P O L Í T I C A <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> CUIDADO ESTÁNDAR <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO ESTÁNDAR <input type="checkbox"/> LINEAMIENTOS <input type="checkbox"/> OTRO	FECHA DE APROBACIÓN Septiembre 2022	MANUAL: Política del Centro
		Número de control # CPM 7-11
	TÍTULO: PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA (POLÍTICA DE DESCUENTO DE PAGOS Y ASISTENCIA CARITATIVA)	
	DESEMPEÑADO POR: TODOS los departamentos responsable de RCHSD, incluyendo el Ciclo de Ingresos, Servicios Financieros para el Paciente, Acceso del Paciente y Asesores Financieros.	

1.0 OBJETIVO:

- 1.1. Establecer el Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Rady Children’s Hospital- San Diego (Hospital) para los servicios hospitalarios de pacientes ingresados y de pacientes ambulatorios, incluyendo cuidados médicos urgentes y la atención médica necesaria, a través de políticas y procedimientos tanto para la asistencia caritativa como para los descuentos de pagos para los pacientes que califiquen financieramente. En este documento se denominará colectivamente al Hospital como Rady Children’s.

2.0 DEFINICIONES:

- 2.1. **Cantidades Generalmente Facturadas (AGB)** son la metodología de revisión retrospectiva utilizada por Rady Children’s para calcular un límite en los cobros de los participantes del Programa de Asistencia Financiera.
- 2.2. **Lista Detallada de Precios (CDM)** es una lista de tarifas uniforme presentada por Rady Children’s ante el público como su cargo bruto de facturación por un servicio o artículo brindados, incluyendo los grupos de diagnóstico relacionados, independientemente de su pagador.
- 2.3. **Asistencia Caritativa** significa asistencia caritativa completa o parcial. **Atención de caridad total** significa servicios de atención de salud gratuitos donde no se espera que el paciente/garante pague nada, excepto un copago. **Asistencia Caritativa Parcial** significa que el paciente /garante no tiene que pagar una parte de los costes.
- 2.4. **Descuento de Pagos** es una situación en la que el Hospital ha determinado que el paciente no califica para la Asistencia Caritativa Completa, pero es elegible para un descuento y tiene que pagar solo una parte de la factura. Esta es una manera de Asistencia Caritativa Parcial.
- 2.5. **Médico de Emergencias** es un médico con credenciales para ser parte del Personal Médico Hospitalario contratado por el Hospital para proporcionar servicios médicos de emergencia en el Departamento de Emergencias (ED). El médico de emergencias no incluye al médico especialista que es solicitado para acudir al ED o que es parte del

- personal, o que tiene privilegios, en el Hospital fuera del ED.
- 2.6. **Gastos Básicos de Manutención** son gastos por cualesquiera de los siguientes: pago y mantenimiento de alquiler o de vivienda; comida y provisiones domésticas; servicios y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros; colegio o cuidado infantil; manutención infantil o conyugal; gastos de transporte y de automóvil, incluyendo seguro, gas y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios
 - 2.7. **Familia o Familia del Paciente** significa, para los pacientes de 18 años y mayores, el cónyuge del paciente, pareja doméstica registrada, y niños dependientes menores de 21 años de edad, ya sea que vivan en el hogar o no. Para pacientes menores de 18 años de edad, la Familia incluye a los padres del paciente, a los cuidadores que son parientes y a otros niños (menores de 21 años) de los padres o del cuidador.
 - 2.8. **Participante FAP** es un Paciente de Rady Children's Calificado Financieramente.
 - 2.9. **Nivel Federal de Pobreza/Guía Federal de Pobreza (FPL)** son las directrices de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el departamento estadounidense de Salud y Servicios Humanos, y publicadas en <http://aspe.hhs.gov/poverty>.
 - 2.10. **Programa de Asistencia Financiera (FAP)** es el programa de Rady Children's descrito en esta política y procedimiento, y diseñado para ayudar a los Pacientes Calificados Financieramente para obtener Descuentos de Pagos o Asistencia Caritativa por servicios hospitalarios y para servicios de Médico de Emergencias.
 - 2.11. **Los Pacientes Calificados Financieramente** son:
 - 2.11.1. Los pacientes sin seguro médico con ingresos familiares del 550% del FPL o inferiores; o
 - 2.11.2. Los pacientes con seguro médico que tienen costes médicos elevados e ingresos familiares de 450% de FPL o inferiores; o
 - 2.11.3. Los pacientes con seguro médico con cargos no cubiertos e ingresos familiares de 450% de FPL o inferiores; o
 - 2.11.4. Los pacientes que tienen costes médicos elevados, con seguro médico o sin él.
 - 2.12. **Garante** significa la persona con responsabilidad financiera de los servicios de atención de la salud al paciente, comúnmente el paciente, padre o tutor legal.
 - 2.13. **Costos Médicos Elevados** son cualquiera de los siguientes, correspondientes a la(s) fecha(s) del servicio:
 - 2.13.1. Los costos de bolsillo anuales pagados efectivamente para el paciente en el Hospital que superen el 10% del ingreso familiar en los 12 meses anteriores (determinado al comparar los costos de bolsillo de paciente/Garante para el paciente con los ingresos de la familia del paciente para el mismo periodo anterior de 12 meses). Por ejemplo, si el paciente/garante presenta una Solicitud de asistencia financiera (Financial Assistance Application, FAA) el 1° de enero, la documentación sobre ingresos y gastos debe presentarse para el período anterior del 1° de enero al 31 de diciembre.
 - 2.13.2. Los costos anuales de bolsillo pagados efectivamente para el paciente incurridos en el Hospital que superen el 10% del ingreso familiar actual. Cuando el ingreso actual se usa como base para la determinación, la asesoría financiera usará el ingreso a partir del mes de la solicitud de asistencia financiera (FAA) y lo multiplicará por 12 para determinar el ingreso anual proyectado.

- 2.13.3. Los costos de bolsillo anuales pagados efectivamente para el paciente que superen el 10% del Ingreso familiar en los 12 meses anteriores o el ingreso familiar actual si el paciente/garante proporciona documentación de gastos médicos pagados en los 12 meses anteriores (determinado al comparar los gastos médicos totales, incluidos aquellos no incurridos en el Hospital, que se pagaron realmente para el paciente al ingreso familiar del paciente). Si se usa el ingreso actual, la asesoría financiera usará el ingreso a partir del mes de la solicitud de asistencia financiera (FAA) y lo multiplicará por 12 para determinar el ingreso anual proyectado.
- 2.13.4. Deben incluirse recibos o facturas de gastos pagados en la FAA del garante. No se aceptará una declaración jurada como prueba de altos costos médicos.
- 2.14. **Servicios Medicamento Necesarios** son aquellos servicios razonables y necesarios para proteger la vida, para prevenir una enfermedad significativa o una discapacidad significativa, o para aliviar un dolor severo o un sufrimiento debido a un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, o por una lesión de una enfermedad, tanto mental como física, como sea determinada por un profesional médico capacitado actuando dentro del rango de la práctica profesional.
- 2.15. **Servicios Activos Monetarios** son activos listos para convertirse en efectivo, como cuentas bancarias y valores de cotización pública, pero no activos sin liquidar, tales como bienes inmuebles. Los activos monetarios no incluyen planes de jubilación o de compensación diferida, ni los primeros \$10,000 de los activos monetarios, ni el 50% de los activos monetarios por encima de los primeros \$10,000 se contarán para determinar elegibilidad de FAP en base a los activos monetarios.
- 2.16. **La ley sin sorpresas** se aplica a hospitales y proveedores; extiende las protecciones federales financieras y de información a las personas cubiertas por planes comerciales e impone nuevos límites al balance de facturas y el costo compartido del paciente para pacientes no asegurados.
- 2.17. **Ingresos del Paciente/Familiares** son los ingresos calculados de la siguiente manera: ingresos brutos del Paciente y Familiares antes de impuestos. Los planes de retiro o compensación diferida calificados según el Código de impuestos internos (Internal Revenue Code), o los planes de compensación diferida no calificados, no se incluirán en el cálculo de ingresos o bienes).
- 2.18. **Plan de Pago** son los pagos mensuales bajo los términos acordados entre el Hospital y el paciente/garante.
- 2.19. **Paciente de pago por cuenta Propia** se refiere a un paciente que no tiene o elige no usar la 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. **Los Pacientes que pagan por cuenta propia Calificados Financieramente** son pacientes sin seguro por terceros o sin otro tipo de cobertura cuyos ingresos (del Paciente/Familiares) no exceden el 550% del FPL. Los Pacientes que pagan por cuenta propia Calificados Financieramente pueden incluir a pacientes con Asistencia Caritativa.
- 2.20. **Pago por Terceros** significa seguro privado, incluyendo cobertura ofrecida a través de California Health Benefits Exchange, Compensación de Trabajadores, seguro de

automóvil, así como cobertura de programa de atención sanitaria gubernamental, como Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, CHAMPUS, Healthy Families.

- 2.21. **Responsabilidad de Terceros (TPL):** Responsabilidad de terceros significa que una persona o entidad que no sea el paciente o el Hospital es alegado o adjudicado como responsable legal de la condición médica del paciente y de los servicios de atención sanitaria médicamente necesarios, normalmente como consecuencia de una lesión al paciente.
- 2.22. **Paciente sin Seguro Médico** significa un paciente que paga por cuenta propia.

3.0 POLÍTICA:

- 3.1. Es la política del hospital proporcionar asistencia financiera a través del Programa de Asistencia Financiera (FAP) de Rady Children's a:
 - 3.1.1. Pacientes sin seguro con un ingreso familiar de o inferior a 550% del FPL;
 - 3.1.2. Pacientes con seguro con Elevados Gastos Médicos y un Ingreso Familiar del 450% del FPL o inferior;
 - 3.1.3. Pacientes con seguro, con cargos no cubiertos y un ingreso familiar del 450% del FPL o inferior; y
 - 3.1.4. Pacientes con y sin seguro que tengan Elevados Gastos Médicos.

4.0 PROCEDIMIENTOS:

4.1. ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA

- 4.1.1. Rady Children's administrará un FAP para ayudar a Pacientes Calificados Financieramente a obtener Descuento de Pagos y/o Asistencia Caritativa por servicios hospitalarios y por servicios de Médicos de Emergencia.

4.2. PROCESO DE SOLICITUD

- 4.2.1. Para solicitar el programa de FAP y para solicitar una determinación de elegibilidad, el paciente/garante debe presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa al Departamento de Asesoría Financiera .
- 4.2.2. Se espera que los pacientes no asegurados y/o garantes que soliciten asistencia financiera busquen opciones de seguros médicos públicos, incluidos entre otros, Medi-Cal o Servicios para niños de California, antes de que Rady Children's tome la determinación final sobre la elegibilidad para el FAP. Si se le niega, Rady Children's deberá recibir una copia de la negación. El personal de asesoramiento financiero de Rady Children's hará todo lo posible para ayudar a las familias de la FAP de Rady Children's a completar las solicitudes de las opciones de financiación del gobierno para las que puedan ser elegibles. El no cumplimiento con el proceso de solicitud o no proporcionar los documentos requeridos puede ser considerado en la determinación. La falta de cooperación deliberada por parte del paciente/garante puede resultar en la incapacidad de Rady Children's de proporcionar asistencia financiera.
 - 4.2.2.1. Si el paciente/garante no cumple el plazo para solicitar retroactivamente Medi-Cal u otro seguro para una fecha de servicio específica, el paciente/garante debe cooperar con el Departamento de asesoría financiera de Rady Children's al solicitar cobertura continua antes de

que se consideren los saldos de pago por cuenta propia pendientes para el FAP de Rady Children's.

- 4.2.3. Se podrá pedir a los pacientes asegurados y/o los garantes que soliciten asistencia financiera para los saldos asociados a la responsabilidad del paciente (es decir, coseguro, deducibles o copagos aplicados por su plan de salud) que soliciten un seguro médico público tal como se menciona en la sección 4.2.2, si un análisis financiero inicial indica la posible elegibilidad. La no cooperación deliberada por parte del paciente/garante puede resultar en la incapacidad de Rady Children's para proporcionar asistencia financiera.
- 4.2.4. El paciente/garante tendrá 21 días desde la fecha de la primera presentación para realizar todo esfuerzo razonable de facilitar la siguiente documentación:
 - 4.2.4.1. Documentación de ingresos del Paciente/Familiares. Los ingresos deben ser verificados a través de cualquiera de los siguientes mecanismos. Debe proporcionarse documentación para el mismo año que el paciente/garante presenta su FAA. En el caso de declaraciones de impuestos, el paciente/garante debe proporcionar la declaración más reciente antes de la fecha de presentación de la FAA:
 - 4.2.4.1.1. Declaración de impuestos (preferencia)
 - 4.2.4.1.2. Comprobantes de pago/envío de cheques recientes o verificación telefónica por el empleador
 - 4.2.4.1.3. Si el paciente/ garante no puede facilitar documentación de ingresos, Rady Children's podrá, a su total discreción, solicitar al paciente / garante realizar una atestación firmada bajo pena de perjurio de (i) la veracidad de cualquier información de ingresos facilitada en el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera, (ii) una explicación de por qué no han proporcionado documentación de ingresos, y (iii) verificación de la exactitud del cálculo de Rady Children's sobre sus ingresos.
 - 4.2.4.2. Documentación de activos si (a) está aplicando para Asistencia Caritativa y (b) lo ha solicitado Rady Children's.
 - 4.2.4.3. Documentación de gastos médicos, incluyendo, cuando sea aplicable, aquellos gastos médicos no contraídos en el Hospital y pagados por el paciente en los 12 meses previos. No se considerarán los gastos incurridos por el garante, los cuales no están relacionados con el paciente.
 - 4.2.4.4. Documentación de la presencia o ausencia de una tercera parte de cobertura sanitaria (seguro privado, incluyendo cobertura ofrecida a través de California Health Benefits Exchange, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, Compensación de Trabajadores, seguro de automóvil u otro).
 - 4.2.4.5. Exenciones o liberaciones autorizando a Rady Children's a obtener información de cuentas de instituciones financieras o comerciales, o (si es aplicable) de otras entidades de tenencia de activos monetarios.
- 4.2.5. Rady Children's podría, a su sola discreción, otorgar tiempo adicional al paciente/ garante para facilitar documentos que apoyen la solicitud, por ejemplo

en casos en los que Rady Children's solicita información adicional después de 21 días desde la fecha de la solicitud.

4.3. DETERMINACIONES DE ELIGIBILIDAD

4.3.1. El Departamento de Asesoría Financiera de Rady Children's:

4.3.1.1. Determinará la elegibilidad de FAP lo antes posible después de que se haya completado el proceso de solicitud anteriormente explicado.

4.3.1.2. Clasificará la cuenta del paciente como de pago por el propio paciente mientras esté en proceso una determinación de elegibilidad.

4.3.1.3. Una vez que se envía la solicitud de asistencia financiera completa, el Departamento de asesoría financier (Financial Counseling Department) tomará la decisión final sobre elegibilidad para el FAP antes de continuar las acciones de cobranza previas.

4.3.1.4. Tendrá en cuenta y actuará razonablemente cuando el paciente/ garante no proporcione documentación razonable y necesaria, tal y como requiere su política para apoyar su solicitud de FAP. Si la documentación es esencial para una determinación de FAP, Rady Children's podría negar la participación de FAP si no puede realizar una determinación de elegibilidad. Si Rady Children's puede efectuar una determinación razonable en ausencia de documentación, realizará el esfuerzo para ello.

4.3.1.5. No efectuará una determinación final de inelegibilidad para el FAP hasta al menos 150 días después de la fecha inicial de facturación.

4.3.1.6. Determinará si un paciente es un Paciente Calificado Financieramente, elegible para Descuento de Pagos, evaluando:

4.3.1.6.1. Los ingresos del Paciente/Familiares, comparados con el FPL, para determinar el porcentaje de FPL. Un FPL mayor de 550% no califica para los tipos de descuento.

4.3.1.6.1.1. Pacientes asegurados con Costes médicos elevados o con gastos no cubiertos:

FPL	Tarifa de descuento
Hasta 400%	100% tarifa de descuento (Co-pago según tabla a continuación)
Hasta 450%	75% tarifa de descuento

La tarifa de descuento para los pacientes asegurados con costes médicos elevados o gastos no cubiertos se aplicará a la responsabilidad del paciente, según determine la aseguradora.

4.3.1.6.1.2. Pacientes sin seguro:

FPL	Tarifa de descuento
Hasta 400%	100% tarifa de descuento (Co-pago según tabla a continuación)
Hasta 450%	75% tarifa de descuento
Hasta 550%	50% tarifa de descuento

La tarifa de descuento para pacientes sin seguro se aplicará a los cargos basados en la descripción principal de cobros de Rady

Children's.

4.3.1.6.1.3. Calendario de copagos (solo para participantes completos al 400% o menos del FPL)

Servicio en el Hospital	Copago
Visita clínica	\$10.00/visita
Visita de una serie de terapia	\$10.00/mes
Departamento de Emergencia	\$25.00/visita
Centro Urgent Care	\$25.00/visita
Ingreso hospitalario	\$100.00/admisión
Departamento de Emergencia con resultado de ingreso hospitalario	\$100.00/admisión
Cirugía ambulatoria hospitalaria	\$50/cirugía ambulatoria

4.3.1.6.2. El estado del seguro, tanto para los asegurados como para los no asegurados, incluyendo a través de un programa de atención sanitaria estatal o federal.

4.3.1.6.3. Los gastos médicos anuales pagados efectivamente para el paciente en los 12 meses anteriores, incluidos aquellos gastos no incurridos en el Hospital.

4.3.1.6.4. Si el paciente tiene Costes Médicos Elevados:

4.3.1.6.4.1. comparando los costos de bolsillo anuales incurridos en el Hospital con el Ingreso familiar para determinar si los costos de bolsillo anuales superan el 10% del Ingreso familiar en los 12 meses anteriores, o

4.3.1.6.4.2. si el paciente provee documentación de los gastos médicos abonados en los 12 meses previos, comparando los gastos médicos totales (incluyendo aquellos no contraídos en el Hospital) pagados por el paciente con los ingresos familiares, para determinar si los gastos de bolsillo anuales exceden el 10% de los ingresos familiares. También se puede usar el ingreso actual en lugar del ingreso del año anterior. Si se usa el ingreso actual como base para la determinación, la asesoría financiera usará el ingreso del mes en que se presentó la FAA y se anualizará (se multiplicará por 12 meses).

4.3.1.7. Determinará si un Paciente Calificado Financieramente es elegible para Asistencia Caritativa evaluando:

4.3.1.7.1. Los ingresos del paciente/familiares, comparados con el FPL, para determinar si está en el 400% del FPL, o por debajo.

4.3.1.7.2. Los Activos Monetarios del paciente/familiares.

4.3.1.7.3. Tanto si el servicio sanitario prestado al paciente fue médicamente necesario, como opcional o de carácter cosmético, Rady Children's podrá, según su propio criterio,

negar Asistencia Caritativa para los servicios de asistencia sanitaria no necesarios médicamente.

- 4.3.1.8. Si se aprueba al paciente/garante para recibir asistencia financiera, todas las cuentas con un saldo pendiente de pago por cuenta propia al momento de la determinación se ajustarán de acuerdo con el descuento de porcentaje que el paciente/garante sea elegible en función de su solicitud. Por ejemplo, si se aprueba un garante para un descuento de asistencia financiera del 50% el 1° de enero y tiene 5 fechas de servicios previas con un saldo pendiente, el saldo de cada una de esas 5 cuentas se reducirá en un 50%. El personal de asesoría financiera puede ayudar al garante a establecer una forma de plan de pago si hay algún saldo restante después de aplicar los descuentos de asistencia financiera.
- 4.3.1.9. Utilizará determinaciones de elegibilidad previas solo como sigue: si un paciente es un participante actual de FAP y regresa a Rady Children's para servicios de asistencia sanitaria, la participación de FAP se extenderá automáticamente por 6 meses para todos los servicios médicamente necesarios. Por ejemplo, si se aprueba al paciente/garante para caridad el 1° de enero, la participación en el FAP se extenderá para todos los servicios medicamente necesarios que ocurran entre el 1° de enero y el 30 de junio.
- 4.3.1.10. Rady Children's podría suspender la determinación final de la elegibilidad de FAP de la cuenta de un paciente en el momento de recibir información apropiada y notificación de que los servicios de asistencia sanitaria de un paciente son potencialmente el resultado de TPL, durante los procedimientos judiciales para determinar TPL. Si en base a una revisión inicial de la solicitud de FAP, el paciente es elegible como FAP, Rady Children's suspenderá las declaraciones del paciente en espera del resultado del asunto de TPL. En el momento de recibir información apropiada y notificación de que los procedimientos judiciales de TPL han concluido y del resultado o resolución del asunto de TPL, Rady Children's volverá a procesar la solicitud de FAP y efectuará una determinación final de la elegibilidad de FAP.

4.4. **DESCUENTO DE PAGOS (REEMBOLSO LIMITADO ESPERADO)**

4.4.1. A los pacientes a quienes Rady Children's determine como Pacientes Calificados Financieramente, en conformidad con la sección anterior 4.3.1.6, se les concederá Descuento de Pagos tal y como sigue:

- 4.4.1.1. Descuento de Pagos del Hospital (Todos los Participantes de FAP). Rady Children's aplicará estos "Límites de Pagos" para dar descuentos a todos los Participantes de FAP por servicios de asistencia sanitaria proporcionados por el hospital. En consecuencia, estos límites de pago aplican a pacientes no asegurados con ingresos familiares del 550% del FPL o inferiores; pacientes asegurados con Elevados Costes Médicos e ingresos familiares del 450% del FPL o inferiores; pacientes con seguro con cobros no cubiertos e ingresos familiares del 450% del FPL o

inferiores; y pacientes que tienen Costes Médicos Elevados, si tienen seguro médico o no)

- 4.4.1.1.1. Los pagos del participante FAP se limitarán a la cantidad que Rady Children's esperaría recibir de buena fe por los mismos servicios, por parte de Medicare, Medi-Cal, Healthy Families, o de cualquier otro programa sanitario patrocinado por el gobierno en el que Rady Children's participe, cualquiera que sea mayor. Rady Children's determinará el límite de pago identificando la cantidad de reembolso esperada por el mismo servicio, por referencia a los códigos de servicios de atención sanitaria (tales como códigos de ingresos, HCPCS, CPT, ICD-9, APR). No obstante, en ningún caso el pago excederá el AGB importe facturado generalmente (amount generally billed, AGB).
- 4.4.1.1.2. Los pagos del Participante FAP por servicios hospitalarios para los que no haya un pago establecido por parte de Medicare o de cualquier otro programa patrocinado por el gobierno se limitarán a la tarifa de CDM descontada en conformidad con esta política.
- 4.4.1.1.3. Los pagos del Participante del FAP nunca excederán el AGB para los pacientes con seguro privado. Rady Children's determina el AGB según el precio justo de CPM 7-55, precios justos del Hospital y médicos ED.
- 4.4.1.1.4. Rady Children's utilizará el enfoque de escala móvil para cobrar a los Participantes FAP un porcentaje de cobros dependiendo de los ingresos del paciente/familiares. Esto podría resultar en diferentes cantidades cobradas a diferentes participantes FAP por el mismo servicio, dependiendo del nivel de ingresos, pero el pago esperado nunca excederá el máximo permitido según esta política.
- 4.4.1.2. **Descuento de Pagos del Hospital (Para ciertos Participantes FAP).**
Rady Children's aplicará estos límites de pago para proporcionar descuentos a ciertos Participantes FAP por servicios de atención sanitaria proporcionados por el hospital.
 - 4.4.1.2.1. Para pacientes asegurados con Elevados Costes Médicos y un ingreso familiar del 450% del FPL o inferior, los Límites de Pago en la sección 4.4.1 de arriba aplicarán a la parte de la factura que sea responsabilidad del paciente, incluyendo (no de Medi-Cal) copagos y deducibles.
 - 4.4.1.2.2. Los pagos del Participante FAP con Elevados Gastos Médicos serán limitados para que no excedan la diferencia entre la cantidad de pago disponible de cualquier tercer pagador y la máxima tarifa establecida por un servicio, en conformidad con el CDM (Véase CPM 7-55, precios justos de hospital y médicos ED). Sin embargo, bajo ninguna circunstancia el pago excederá el AGB.

- 4.4.1.3. Rady Children's utilizará el siguiente método para calcular el AGB:
- 4.4.1.3.1. Aplicación de un método de revisión anual (retrospectiva), después de cerrar el año fiscal previo, en reclamaciones pasadas pagadas al Hospital por tarifas de servicios de Medicare junto con todas las compañías aseguradoras de la salud privadas.
- 4.4.1.3.2. El porcentaje de AGB y una descripción del cálculo está disponible de forma gratuita solicitándolo a la Oficina de Asesoramiento Financiero por teléfono, al 858-966-4005 o enviando una solicitud por escrito a 3020 Children's Way, MC 5055, San Diego, CA 92123-4282. También encontrarán una copia disponible en la página web de Rady Children's en:
<https://www.rchsd.org/patients-visitors/financial-assistance/>.
- 4.4.1.3.2.1. El límite se calculará como en el siguiente ejemplo:

- Tarifa CDM (\$50)
- Pago por Terceros (\$25)

= Pago máximo del participante FAP (\$25)

4.4.1.4. Descuento de Pagos de Médicos del Departamento de Emergencias.

- 4.4.1.4.1. Los Médicos de Emergencia de Rady Children's se basarán en la determinación del hospital de la elegibilidad de un FAP.
- 4.4.1.4.2. El Descuento de Pagos por servicios Médicos de Emergencia se realizará de acuerdo con esta política y procedimiento, con las diferencias que se establecen a continuación.
- 4.4.1.4.3. Rady Children's limitará los pagos de los Participantes FAP por los servicios Médicos de Emergencia a una cantidad que no sea superior a: (a) el 50% de la media de los cobros facturados, mediante una base de datos reconocida a nivel nacional de cobros médicos, una vez que se haya seleccionado una base de datos, o (b) al 50% de los cobros facturados usando la Lista Detallada de Precios de Rady Children's.

4.5. CUIDADO CARITATIVO/ GRATUITO

- 4.5.1. Los Pacientes que pagan por cuenta propia cuyos ingresos (ingresos del paciente/Familiares) no excedan el 350% del FPL recibirán Asistencia de Caridad con un cargo nominal que no excederá \$100.
- 4.5.2. Los servicios no medicamente necesarios que sean de naturaleza puramente cosmética solo serán elegibles para Atención de Caridad de acuerdo al criterio exclusivo de Rady Children's.

4.6. PRESUNTA ELIGIBILIDAD

- 4.6.1. Separado del proceso de solicitud manual descrito en la sección 4.2, se podría

suponer también que los pacientes fueran elegibles para obtener asistencia financiera en base a la evidencia proporcionada a través del uso de una herramienta de evaluación de una tercera parte, independientemente del estado de seguro que tenga.

4.6.2. Para calificar para asistencia financiera bajo la presunta elegibilidad, el paciente debe reunir los mismos requisitos federales de niveles de pobreza que aquellos pacientes que completen el proceso de solicitud manual, tal y como definidos en la sección anterior 3.0. La información obtenida de la herramienta de evaluación de una tercera parte se usa para verificar el estado financiero del paciente y podría utilizarse como única fuente de documentación para realizar una determinación de asistencia financiera.

4.6.3. Aquellos pacientes considerados inelegibles para asistencia financiera a través del proceso de presunta elegibilidad pueden solicitarla a través del proceso de solicitud estándar, tal y como detallado en la sección 4.2.

4.7. NOTIFICACIONES A PACIENTES Y DEPARTAMENTO DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA E INFORMACIÓN

4.7.1. Rady Children's:

4.7.1.1. Proporcionará a todos los pacientes que no indiquen cobertura de seguro de terceras partes una solicitud para Medi-Cal, Healthy Families, California Health Benefit Exchange u otro programa gubernamental (en la medida de lo posible para Rady Children's). Estas solicitudes se proporcionarán a los pacientes del departamento de emergencias, a los pacientes ambulatorios del Hospital, y a los pacientes ingresados, antes del alta hospitalaria.

4.7.1.2. Se notificará a todos los individuos de la disponibilidad del Presupuesto de buena fe (Good Faith Estimate, GFE) en la cita programada o previa solicitud y se les entregará un GFE por escrito dentro del plazo establecido por la Ley Sin Sorpresas que establece el costo previsto del servicio programado e información sobre el FAP y la FAA de Rady Children's, además de información de contacto del personal de Rady Children's disponible para ayudar con información adicional.

4.7.1.3. Se entregará notificación escrita al momento del servicio o antes del alta a todos los pacientes/garantes asegurados y por cuenta propia sobre la disponibilidad del FAP de Rady Children's, incluida información sobre la elegibilidad, información de contacto necesaria para solicitarlo, dirección de internet para la lista de servicios de servicios comparables, e información sobre organizaciones que pueden brindar asistencia adicional como la Health Consumer Alliance.

4.7.1.4. Se enviará este documento de política y procedimiento, incluido un formulario modelo de solicitud del FAP al Departamento de Acceso a la atención médica e información (Department of Health Care Access and Information, HCAI) de California cuando se realice un cambio importante o cuando los documentos sean actualizados, y por lo menos cada dos años para notificar al HCAI que no se han realizado cambios.

- 4.7.1.5. Publicará en la página web del hospital este documento de política y procedimiento, un resumen de este documento en términos sencillos, y el formulario de solicitud de FAP.
- 4.7.1.6. Ofrecerá y tendrá a disposición copias en papel de este documento, de la solicitud de FAP, y un resumen de este documento en términos sencillos
 - 4.7.1.6.1. por correo, bajo solicitud y sin coste alguno
 - 4.7.1.6.2. como parte del proceso de ingreso o de alta del Hospital, y
 - 4.7.1.6.3. en ubicaciones públicas visibles, incluyendo el departamento de emergencias, las zonas de admisión de pacientes, la oficina de facturación, el Acceso de Registro de Pacientes, y otros entornos ambulatorios.
- 4.7.1.7. Notificará e informará a los miembros de la comunidad sobre el FAP de un modo razonablemente calculado para llegar a aquellos miembros que con más probabilidad vayan a requerir asistencia financiera por parte del Hospital.
- 4.7.1.8. Incluirá avisos escritos visibles en estado de cuentas sobre la disponibilidad del FAP, incluyendo el número de teléfono de la Oficina del Hospital que puede proporcionar información sobre el proceso de solicitud, y la dirección del sitio web donde está publicada estas políticas y procedimientos.
- 4.7.1.9. Atenderá a toda la población de pacientes significativa que tenga un limitado dominio del inglés (LEP, por sus siglas en inglés) facilitando la traducción de documentos del FAP, de la solicitud de FAP, y un resumen en términos sencillos en el idioma principal de su población de pacientes.
- 4.7.2. La Fundación Médica:
 - 4.7.2.1. Proporcionará un aviso específico del FAP al facturar a los pacientes que no hayan facilitado prueba de cobertura por terceras partes. Este aviso estará visible por escrito en los resúmenes de cuentas sobre la disponibilidad de FAP, incluyendo el número de teléfono de la oficina del Hospital que puede facilitar información del proceso de solicitud, y una dirección del sitio web donde esté publicada esta política y procedimiento.

4.8. **REEMBOLSO DE SOBRECARGOS**

- 4.8.1. Rady Children's reembolsará a los pacientes las cantidades pagadas en exceso del importe adeudado según el FAP, incluido el interés aplicable, dentro de 30 días desde la aprobación de su solicitud de asistencia financiera.
- 4.8.2. Lo siguiente se considerará importes pagados en exceso del importe adeudado según el FAP:
 - 4.8.2.1. Cualquier pago del paciente respecto del saldo pendiente del paciente/familia entre la fecha en que se presenta la solicitud de asistencia financiera y la fecha en que se aprueba la solicitud.
 - 4.8.2.2. Cualquier pago de paciente realizado después de que se aprueba una solicitud de asistencia financiera que excede el importe la sección 4.3

anterior. es decir, La responsabilidad del paciente después de que los descuentos de asistencia financiera se calcula mal y resulta en un sobrepago erróneo.

- 4.8.3. Los intereses devengados por un sobrepago por parte de un paciente que califique para FAP desde la fecha en que Rady Children's recibe el pago.
- 4.8.4. Los intereses se acumulan a una tasa del 10 por ciento anual sobre el importe del sobrepago y se prorratea para cualquier reembolso enviado antes de 1 año desde la fecha del recibo. Por ejemplo, si un paciente/familia paga en exceso \$1000 el 1° de enero y el reembolso se emite el mes siguiente en 1° de febrero, se adeudará un interés del \$8.33 al paciente además del reembolso de \$1000.

4.9. **LISTA DE PROVEEDORES**

- 4.9.1. Todos los miembros de la Fundación Médica que están en la plantilla Médica del Hospital están cubiertos por el FAP. Rady Children's mantiene una lista de los médicos de la Fundación Médica en <http://www.rchsd.org/rcssd/>.
- 4.9.2. Todos los médicos de Emergencias que brindan servicios de asistencia sanitaria en el Hospital están cubiertos por el FAP. Rady Children's mantiene una lista de los médicos de Emergencias en:
[http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergency medicine/urgent care](http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergency%20medicine/urgent%20care).
- 4.9.3. El departamento de Servicios del Personal Médico mantiene las listas de proveedores mencionadas y se actualizan al menos cada 90 días.
- 4.9.4. Rady Children's se asocia con proveedores externos (es decir, anestesiólogos, radiólogos y hospitalistas) para ayudarnos a prestar ciertos servicios especializados. Estos proveedores no están cubiertos por el FPA y pueden tener políticas separadas respecto a la asistencia financiera.

4.10. **NEGACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA**

- 4.10.1. Rady Children's podría revertir una asistencia financiera actual que hubiera sido otorgada bajo esta política si determina que un paciente/garante presentó información falsa, engañosa o fraudulenta en o junto con la solicitud de Asistencia Financiera.
- 4.10.2. Rady Children's podría retirar una solicitud de Asistencia Financiera si determina que el paciente/ garante presentó información falsa, engañosa o fraudulenta en o junto con la solicitud de Asistencia Financiera.
- 4.10.3. Si Rady Children's determina que el paciente/ garante no es elegible para FAP bajo esta política, notificará al paciente / garante por escrito acerca de esta denegación. El departamento de Asesoramiento Financiero coordinará el procesamiento y envío por correo de estos comunicados.
- 4.10.4. Rady Children's podría revertir una ayuda financiera actual que fue otorgada bajo esta política para suspender la determinación final de elegibilidad de FAP, en conformidad con la Sección 4.3.1.10. Una revocación con arreglo a esta sección 4.10.4 no resultará en ninguna responsabilidad financiera para el paciente o garante, y todos los pagos del paciente o garante serán devueltos a la espera de la determinación final de elegibilidad de FAP. Se enviará una carta al paciente o garante notificándole del motivo de la devolución del pago y de que el pago por su parte podría ser requerido en fecha futura si se estimase que el

paciente o garante tiene la responsabilidad financiera del pago por la resolución del asunto TPL y la determinación final de FAP.

4.11. DISPUTAS DE ELEGIBILIDAD

- 4.11.1. Rady Children's podrá negar la elegibilidad para Asistencia Caritativa o Descuento de Pagos por cualquiera de los siguientes motivos: 1) el paciente no es financieramente elegible o 2) el paciente/ garante no proporcionó la documentación solicitada según la presente política y procedimiento.
- 4.11.2. Rady Children's designa al Director de Acceso del Paciente para revisar disputas concernientes a la elegibilidad. Las disputas respecto a la elegibilidad deben presentarse al Centro de Atención al Cliente del Hospital llamando al 858-966-4912 para su documentación y seguimiento. El Servicio de Atención al Cliente referirá cada disputa al Director de Acceso de los Pacientes para su revisión.
- 4.11.3. Rady Children's limita sus actividades de cobro de deudas en conformidad con su política de Facturación & de Cobro de Deudas.
 - 4.11.3.1. Una copia gratuita de esta política está disponible poniéndose en contacto con la Oficina de Asesoramiento Financiero al 858-966-4005 o en: <https://www.rchsd.org/patients-visitors/financial-assistance/>. También se puede obtener una copia por correo enviando una solicitud a la Oficina de Asesoramiento Financiero en 3020 Children's way, MC 5055, San Diego, CA 92123-4282, así como en lugares públicos del hospital

4.12. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD/ ANÁLISIS DE BENEFICIO DE LA COMUNIDAD

- 4.12.1. Rady Children's desempeña una Evaluación anual de las Necesidades de la Salud de la Comunidad/Análisis de Beneficio de la Comunidad, al cual se puede acceder en: <http://www.rchsd.org/health-safety/community-health-needs-assessment/>.

5.0 FORMULARIOS:

- 5.1. Solicitud para FAP (Atención gratuita/caritativa o pagos con descuento)
- 5.2. Resumen del FAP

6.0 POLÍTICAS RELACIONADAS:

- 6.1. Véase CPM 7-55, precios justos de hospital y médicos ED
- 6.2. CPM 7-56, Facturación y Cobranza de deudas

7.0 REFERENCIAS:

- 7.1. California AB 774 (2007), AB 1503 – Capítulo 445 (2010), SB 1276 – Capítulo 758 (2014)– Ley de políticas de precios hospitalarios justos (Health & Safety Code 127400-127446), AB 532 (2022)
- 7.2. Título 22, Código de Reglamentos de California, §§ 96005-96020, 96040-96050
- 7.3. <https://hcai.ca.gov/HID/Products/Hospitals/Chrgmstr>
- 7.4. Código de Salud & Seguridad §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585 & 128770

- 7.5. La Ley de Protección al Paciente y Atención de la Salud Asequible.
7.6. Sección del Código de Rentas Internas 501(r)

Fecha de redacción: enero de 2013

Fecha de edición: noviembre de 2019, enero de 2020, mayo de 2021, marzo de 2022

Fecha de revisión:
