Rady Children's Hospital San Diego ☒ **NORMAS** ☐ **PROCEDIMIENTO** ☐ **NORMAS DE ATENCIÓN** ☐ **PROCEDIMIENTO ESTANDARIZADO** ☐ **GUÍA** ☐ **OTROS**	FECHA DE APROBACIÓN **Julio 2023**	MANUAL: **Normas del hospital** Código de seguimiento **HPM 7-11**
	TÍTULO: **PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA (POLÍTICA DE DESCUENTO DE PAGOS Y ASISTENCIA CARITATIVA)**	
	PERFORMED BY: **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) del Rady Children's Hospital- San Diego (Hospital) para los servicios de hospitalización y ambulatorios, incluida la atención médica de emergencia y la atención médicamente necesaria, a través de las normas y procedimientos, tanto para la atención de beneficencia como para los pagos con descuento para los pacientes que reúnan los requisitos financieros. En este documento se hace referencia al Hospital en forma conjunta como Rady Children's.

2.0 DEFINICIONES:

2.1. **Montos generalmente facturados (AGB,** por sus siglas en inglés**)** significa la metodología de revisión retrospectiva utilizada por Rady Children's para calcular un límite en los cargos a los participantes del Programa de asistencia financiera.

2.2. **Lista maestra de descripción de cargos (CDM,** por sus siglas en inglés**)** significa una lista uniforme de cargos representado por Rady Children's al público como su cargo total facturado por un servicio o artículo determinado, incluidos los grupos relacionados con el diagnóstico, independientemente del pagador.

2.3. La **Atención caritativa** puede ser total o parcial. Se entiende por **Atención caritativa total** la prestación de servicios médicos gratuitos, en los que el paciente/garante no tendrá que pagar nada, salvo un copago. La **Atención caritativa parcial** significa que el paciente/garante no tendrá que pagar una parte de los gastos.

2.4. **Programa de prestaciones de gastos compartidos** (**CSBP**, por sus siglas en inglés), un programa basado en la afiliación en el que un miembro paga una cuota de inscripción periódica (normalmente mensual) y las cuotas se distribuyen cada mes entre los miembros que necesitan ayuda para pagar sus gastos médicos. Normalmente, los programas de prestaciones no aceptan que se les facture

directamente y tienen un acuerdo con sus afiliados para reembolsarles sus gastos médicos.

2.5. **El pago con descuento** se refiere a una situación en la que el hospital ha determinado que el paciente no reúne los requisitos para recibir la Atención caritativa completa, pero puede optar a un descuento y se espera que pague sólo una parte de la factura. Se trata de una forma de Atención caritativa parcial.

2.6. **Médico de urgencias** es un médico que es miembro acreditado del personal médico del hospital y que está contratado por el hospital para prestar servicios médicos de urgencias en la sala de urgencias ("ED", por sus siglas en inglés). "Médico de urgencias" no incluye a un médico especialista que sea llamado a la sala de urgencias o que forme parte del personal o tenga privilegios en el hospital fuera de la sala de urgencias.

2.7. **Gastos esenciales de subsistencia** son los gastos de cualquiera de los siguientes conceptos: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; alimentos y suministros domésticos; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros; escuela o guardería; manutención de los hijos o del cónyuge; gastos de transporte y automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.

2.8. **Familia** o **familia del paciente** significa, para los pacientes de 18 años o más, el cónyuge del paciente, concubinos registrados y los hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en el hogar. En el caso de pacientes menores de 18 años, la Familia incluye al padre o madre del paciente, a los familiares que lo cuidan y a otros hijos (menores de 21 años) del padre o la madre o del familiar que lo cuida.

2.9. **Participante de la FAP** es un paciente de Rady Children's que reúne los requisitos financieros.

2.10. **Nivel federal de pobreza/Guías federales de pobreza** (FPL, por sus siglas en inglés) son las directrices de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro federal por el Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU., publicadas en http://aspe.hhs.gov/poverty.

2.11. El **Programa de asistencia financiera** (FAP, por sus siglas en inglés) es el programa de Rady Children's descrito por esta norma y procedimiento y diseñado para ayudar a los Pacientes financieramente calificados para obtener pagos con descuento o atención de caridad por servicios hospitalarios y servicios médicos de emergencia.

2.12. **Paciente que reúne los requisitos financieros** es:

- 2.12.1. Un Paciente no asegurado con ingresos familiares iguales o inferiores al 550% del FPL; o
- 2.12.2. Un Paciente asegurado o paciente CSBP no asegurado con gastos médicos elevados y un ingreso familiar igual o inferior al 450% del FPL; o
- 2.12.3. Un Paciente asegurado o paciente CSBP no asegurado con gastos no cubiertos e ingresos familiares iguales o inferiores al 450% del FPL; o
- 2.12.4. Un paciente, ya sea no asegurado, asegurado o afiliado a la CSBP, que tiene unos gastos médicos elevados.

2.13. El **Garante** es la persona con responsabilidad financiera por los servicios de atención médica del paciente, generalmente el paciente, padre, madre o tutor legal.

2.14. **Gastos médicos elevados** son cualquiera de los siguientes conceptos, en relación con la(s) fecha(s) de prestación del servicio.

2.14.1. Los gastos anuales extra del paciente incurridos en el hospital que superen el 10% de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores (determinados comparando los gastos extra de bolsillo del paciente/garante con los ingresos familiares del paciente en el mismo periodo anterior de 12 meses). Por ejemplo, si el paciente/garante presenta una Solicitud de asistencia financiera (FAA, por sus siglas en inglés) el 1 de enero, se debe proporcionar la documentación de ingresos y gastos del 1 de enero al 31 de diciembre anteriores.

2.14.2. Los gastos anuales extra pagados por el paciente, incurridos en el hospital, que superen el 10% de los ingresos familiares actuales. Cuando se utilicen los ingresos actuales como base para la determinación, el asesoramiento financiero utilizará los ingresos a partir del mes de la solicitud de asistencia financiera (FAA) y los multiplicará por 12 para determinar los ingresos anuales previstos.

2.14.3. Los gastos anuales extra pagados por el paciente que superen el 10% de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores o los ingresos familiares actuales si el paciente/garante proporciona documentación de los gastos médicos pagados en los 12 meses anteriores (determinados comparando los gastos médicos totales, incluidos los que no se produjeron en el hospital, pagados por el paciente con los ingresos familiares del paciente). Si se utilizan los ingresos actuales, el asesoramiento financiero utilizará los ingresos del mes de la solicitud de asistencia financiera (FAA) y los multiplicará por 12 para determinar los ingresos anuales previstos.

2.14.4. Los recibos o facturas de los gastos abonados deberán incluirse junto con la FAA del garante. No se aceptará un certificado firmado como prueba de gastos médicos elevados.

2.15. **Paciente asegurado**: paciente que tiene cobertura a través de un tercer pagador, como una compañía de seguro médico, un plan de atención médica, Medicare o Medicaid.

2.16. **Servicios médicos necesarios** son aquellos servicios razonables y necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades graves o discapacidades importantes, o aliviar dolores o sufrimientos graves mediante el diagnóstico o tratamiento de enfermedades, afecciones o lesiones, tanto mentales como físicas, según determine un profesional médico licenciado que actúe dentro del ámbito correspondiente de la práctica profesional.

2.17. **Activos monetarios** son los activos fácilmente convertibles en efectivo, como las cuentas bancarias y las acciones cotizadas en bolsa, pero no los activos sin liquidez, como los bienes inmuebles. Los activos monetarios no incluyen los planes de jubilación o de compensación diferida, y ni los primeros 10.000 $ de activos monetarios, ni el 50% de los activos monetarios por encima de los primeros 10.000 $, se contabilizarán a la hora de determinar la elegibilidad de la FAP basada en los activos monetarios.

2.18. **Ley sin sorpresas** se dirige a hospitales y proveedores; amplía las protecciones federales financieras y de información a las personas cubiertas por planes comerciales e impone nuevos límites a la facturación de saldos y a la participación en los gastos de los pacientes no asegurados.

2.19. Se entiende como **Ingresos del paciente y de la familia** los ingresos calculados del siguiente modo: ingresos brutos del paciente y de la familia antes de impuestos, menos los pagos efectuados en concepto de pensión alimenticia y

manutención de los hijos. (Los planes de jubilación o de compensación diferida que cumplan los requisitos del Código de rentas internas, o los planes de compensación diferida no sujetos a requisitos, no se incluirán en los cálculos de ingresos o activos).

2.20. **Plan de pago** significa pagos mensuales de términos acordados entre el hospital y el paciente/garante.

2.21. **Paciente que paga por cuenta propia** es un paciente que no tiene o decide no utilizar la cobertura de terceros de un seguro médico, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid y cuya lesión no es una lesión indemnizable a efectos de indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determinado y documentado por el Hospital.

2.22. **Pacientes que reúnen los requisitos financieros para pagar por cuenta propia** son pacientes sin cobertura a través de un tercer pagador u otra cobertura de terceros y los ingresos del paciente/familia no superan el 550% del FPL. Los pacientes financieramente calificados que pagan por cuenta propia pueden incluir pacientes de Atención de caridad.

2.23. **Cobertura de terceros** significa la cobertura de un tercer pagador o a través de un programa de gastos compartidos.

2.24. **Tercer pagador** significa un seguro privado o entidad que paga las reclamaciones médicas en nombre del asegurado, reembolsa y gestiona los gastos de atención médica y ofrece seguro médico, incluyendo la cobertura ofrecida a través del programa de Beneficio de salud intercambiable de California (California Health Benefit Exchange), indemnización laboral, seguro de automóvil, así como la cobertura del programa de atención médica del gobierno, tales como Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, CHAMPUS, Healthy Families.

2.25. **Responsabilidad de Terceros (TPL**, por sus siglas en inglés) Responsabilidad de terceros significa que una persona o entidad distinta del paciente o del Hospital es supuesta o declarada legalmente responsable del estado de salud del paciente y de los servicios de atención médica necesarios, normalmente debido a una lesión sufrida por el paciente.

2.26. **Paciente no asegurado:** paciente que no tiene cobertura a través de un tercer pagador.

2.27. **Pacientes no asegurados CSBP**, por sus siglas en inglés: pacientes que no están asegurados y que son miembros de un Programa de gastos compartidos.

3.0 NORMA:

3.1. Es la norma de Rady Children's ofrecer asistencia financiera a través del Programa de asistencia financiera de Rady Children's (FAP) a:

- 3.1.1. Pacientes no asegurados con ingresos familiares iguales o inferiores al 550% del FPL;
- 3.1.2. Pacientes asegurados y pacientes CSBP no asegurados con gastos médicos elevados y una renta familiar igual o inferior al 450% del FPL;
- 3.1.3. Pacientes asegurados y pacientes CSBP no asegurados con gastos no cubiertos y una renta familiar igual o inferior al 450% del FPL; y
- 3.1.4. Pacientes no asegurados, pacientes asegurados y pacientes de CSBP no asegurados que tienen gastos médicos elevados.

4.0 PROCEDIMIENTOS:

4.1. **ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA**

4.1.1. Rady Children's administrará un FAP para ayudar a los Pacientes financieramente calificados a obtener pagos con descuento y/o Atención de caridad para servicios hospitalarios y servicios médicos de emergencia.

4.2. **PROCESO DE SOLICITUD**

4.2.1. Para solicitar el programa FAP y pedir una determinación de elegibilidad, el paciente/garante debe presentar una Solicitud de asistencia financiera completa al Departamento de asesoramiento financiero.

4.2.2. Se espera que todos los pacientes sin seguro y/o garantes que soliciten asistencia financiera busquen opciones de seguro médico público, incluyendo, pero no limitado a Medi-Cal o California Children's Services, antes de que Rady Children's haga una determinación final de elegibilidad para la FAP. En caso de ser rechazada, Rady Children's debe recibir una copia del rechazo. El personal de asesoría financiera de Rady Children's hará todos los esfuerzos necesarios para ayudar a las familias que solicitan la FAP de Rady Children's a completar las solicitudes para las opciones de financiamiento del gobierno para las cuales puedan ser elegibles. No cumplir con el proceso de solicitud o no proporcionar los documentos requeridos podría ser un factor en la determinación. La falta intencional de cooperación por parte del paciente/garante podría resultar en la incapacidad de Rady Children's de proporcionar asistencia financiera.

4.2.2.1. Si el paciente/garante no cumple con la fecha límite para solicitar Medi-Cal retroactivo u otro seguro para una fecha de servicio específica, el paciente/garante debe cooperar con el Departamento de asesoría financiera de Rady Children's en la solicitud de cobertura continua antes de que los saldos actuales pendientes de pago por cuenta propia se consideren para la FAP de Rady Children's.

4.2.3. A los pacientes asegurados y/o garantes o a los pacientes CSBP no asegurados que soliciten asistencia financiera para saldos relacionados con la responsabilidad del paciente (es decir, coseguro, deducible o copagos efectuados por su plan de salud) se les puede pedir que soliciten un seguro de salud público secundario, como se indica en 4.2.2., si una evaluación financiera inicial indica una posible elegibilidad. La falta intencional de cooperación por parte del paciente/garante puede resultar en la incapacidad de Rady Children's para proporcionar asistencia financiera.

4.2.4. El paciente/garante dispondrá de 21 días a partir de la fecha en que presente por primera vez una solicitud para realizar todos los trámites necesarios para facilitar todos los datos que se indican a continuación:

4.2.4.1. Documentación de los ingresos del paciente/familia. Los ingresos pueden verificarse mediante cualquiera de los siguientes mecanismos. La documentación deberá presentarse el mismo año en que el paciente/garante presente su FAA. En el caso de las declaraciones de la renta, deberá facilitarse la declaración más reciente anterior a la fecha en que el paciente/garante presente la FAA:

4.2.4.1.1. Declaraciones de ingresos (preferiblemente)
4.2.4.1.2. Recibo de sueldo o remesa de cheque reciente o telefónico
4.2.4.1.3. Verificación del empleador
4.2.4.1.4. Si el paciente/garante no puede proporcionar documentación de ingresos, Rady Children's puede, a su sola discreción, solicitar al paciente/garante que haga una declaración firmada bajo pena de perjurio en cuanto a (i) la veracidad de cualquier información de ingresos proporcionada en el formulario de Solicitud de asistencia financiera, (ii) una explicación de por qué no han proporcionado documentación de ingresos, y (iii) la verificación de la exactitud del cálculo de Rady Children's de sus ingresos.

4.2.4.2. Documentación de bienes si (a) solicita Atención de caridad y (b) es requerida por Rady Children's.

4.2.4.3. Documentación de los gastos médicos, incluidos, si procede, los gastos médicos no incurridos en el hospital, pagados por el paciente en los 12 meses anteriores. No se tendrán en cuenta los gastos efectuados por el garante que no estén relacionados con el paciente.

4.2.4.4. Documentación de la presencia o ausencia de cobertura de terceros (seguro privado, incluida la cobertura ofrecida a través del programa de Beneficios de salud intercambiable de California (Califonria Health Benefit Exchange, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, indemnización laboral, seguro de automóvil u otros).

4.2.4.5. Renuncias o autorizaciones que permitan a Rady Children's obtener información de cuentas de instituciones financieras o comerciales, o (si corresponde) de otras entidades que posean activos monetarios.

4.2.4.6. Rady Children's puede, a su entera discreción, conceder tiempo adicional para que un paciente/garante presente documentos en favor de la solicitud, por ejemplo, en los casos en que Rady Children's solicite información adicional después de 21 días a partir de la fecha de la solicitud.

4.3. **DETERMINACIONES DE ELEGIBILIDAD**

4.3.1. El Departamento de asesoría financiera de Rady Children's:

4.3.1.1. Determinará la elegibilidad para la FAP tan pronto como sea posible después de completar el proceso de solicitud anterior.

4.3.1.2. Clasificará la cuenta del paciente como de pago por cuenta propia mientras se determina la elegibilidad.

4.3.1.3. Una vez que se haya presentado una solicitud de asistencia financiera completa, el Departamento de asesoramiento financiero tomará la decisión final sobre la elegibilidad para la FAP antes de continuar con cualquier acción de cobro anterior.

4.3.1.4. Tomar en consideración y actuar razonablemente cuando un paciente/garante no proporcione la documentación necesaria y

requerida por esta norma para respaldar su solicitud de FAP. Si la documentación es esencial para la determinación de la FAP, Rady Children's puede negar la participación de la FAP si no puede tomar una determinación de elegibilidad. Si Rady Children's puede hacer una determinación de elegibilidad razonable en ausencia de la documentación, hará un esfuerzo para hacerlo.

4.3.1.5. No tomar una determinación definitiva de no elegibilidad para la FAP hasta transcurridos al menos 150 días desde la fecha de facturación inicial.

4.3.1.6. Determinar si un paciente reúne los requisitos financieros para recibir descuentos mediante una evaluación:

4.3.1.6.1. Ingresos del paciente/familia, comparados con el FPL para determinar el porcentaje del FPL. Un FPL superior al 550% no da derecho a las tarifas de descuento por asistencia financiera

4.3.1.6.1.1. Pacientes asegurados y pacientes CSBP no asegurados con gastos médicos elevados o gastos no cubiertos:

FPL	Porcentaje de descuento
Hasta 400%	Porcentaje de descuento del 100% (copago según la tabla siguiente)
Hasta 450%	Porcentaje de descuento del 75%

El porcentaje de descuento para pacientes asegurados y pacientes no asegurados de la CSBP con gastos médicos elevados o gastos no cubiertos se aplicará a la responsabilidad del paciente, según lo determine la cobertura de terceros.

4.3.1.6.1.2. Pacientes sin seguro médico:

FPL	Porcentaje de descuento
Hasta 400%	Porcentaje de descuento del 100% (copago según la tabla siguiente)
Hasta 450%	Porcentaje de descuento del 75%
Hasta 550%	Porcentaje de descuento del 50%

El porcentaje de descuento para pacientes no asegurados se aplicará a los cargos basados en la Lista maestra de descripción de cargos para niños de Rady.

4.3.1.6.1.3. Programa de copagos (sólo para participantes de pleno derecho con un nivel de FPL igual o inferior al 400%)

Atención hospitalaria	Co-pago
Consulta clínica	$10.00/visita
Consulta de serie terapéutica	$10.00/mes
Sala de urgencias	$25.00/visita
Centro de atención de urgencias	$25.00/visita
Ingreso hospitalario	$100.00/ingreso

Sala de urgencias con resultado de ingreso hospitalario	$100.00/ingreso
Cirugía ambulatoria hospitalaria	$50/cirugía ambulatoria

4.3.1.6.2. Condición de asegurado o no asegurado, incluso a través de un programa de asistencia médica estatal o federal.

4.3.1.6.3. Afiliación a un programa de prestaciones de gastos compartidos

4.3.1.6.4. Gastos médicos anuales pagados por el paciente en los 12 meses anteriores, incluidos los no incurridos en el Hospital.

4.3.1.6.5. Si el paciente tiene gastos médicos elevados, ya sea por:

4.3.1.6.5.1. comparar los gastos de bolsillo anuales incurridos en el Hospital con los ingresos familiares para determinar si los gastos de bolsillo anuales superan el 10% de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores o los ingresos actuales, o

4.3.1.6.5.2. si el paciente aporta documentación de los gastos médicos pagados en los 12 meses anteriores, comparando el total de gastos médicos (incluidos los no incurridos en el hospital) pagados por el paciente con los ingresos familiares del paciente para determinar si los gastos anuales de bolsillo superan el 10% de los ingresos familiares. También pueden utilizarse los ingresos actuales en lugar de los del año anterior. Si se utilizan los ingresos actuales como base para la determinación, el asesoramiento financiero utilizará los ingresos del mes en que se presente la FAA y los anualizará (multiplicará por 12 meses).

4.3.1.7. Determinar si un paciente que reúne los requisitos económicos puede optar a la asistencia médica caritativa completa al evaluar:

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

4.3.1.7.2. Los Activos Monetarios del paciente/familiars

4.3.1.7.3. Si el servicio de atención médica prestado al paciente era médicamente necesario, electivo o de naturaleza cosmética. Rady Children's puede, a su entera discreción, denegar la Atención médica caritativa por servicios de atención médica que no sean médicamente necesarios.

4.3.1.8. Si se aprueba la asistencia financiera para un paciente/garante,

todas las cuentas con un saldo pendiente de pago por cuenta propia en el momento de la determinación se ajustarán de acuerdo con el porcentaje de descuento para el que el paciente/garante sea elegible según su solicitud. Por ejemplo, si un garante es aprobado para un descuento de asistencia financiera del 50% el 1 de enero y tiene 5 fechas anteriores de servicio con un saldo pendiente, el saldo de auto pago para cada una de esas 5 cuentas se reducirá en un 50%. El personal de asesoramiento financiero puede ayudar al garante a establecer un acuerdo de plan de pago si queda un saldo pendiente después de aplicar los descuentos de asistencia financiera.

4.3.1.9. Utilice las determinaciones de elegibilidad previas sólo de la siguiente manera: Si un paciente participa actualmente en la FAP y regresa a Rady Children's para recibir servicios de atención médica, la participación en la FAP se extenderá automáticamente por 6 meses para todos los servicios médicos necesarios. Por ejemplo, si el paciente/garante es aprobado por primera vez para caridad el 1 de enero, la participación FAP se extenderá para todos los servicios médicos necesarios que ocurran entre el 1 de enero y el 30 de junio.

4.3.1.10. Rady Children's puede suspender la determinación final de elegibilidad FAP para la cuenta de un paciente sobre la información apropiada y el aviso de que los servicios de atención médica del paciente son potencialmente el resultado de TPL, durante los procedimientos legales para determinar TPL. Si en base a una revisión inicial de la solicitud de FAP, el paciente reúne los requisitos de FAP, Rady Children's pondrá los estados de cuenta del paciente en espera hasta que se obtenga el resultado del asunto de TPL. Una vez que se cuente con la información apropiada y se notifique que los procedimientos legales de TPL han concluido y el resultado o resolución del asunto de TPL, Rady Children's volverá a procesar la solicitud de FAP y tomará una determinación final de elegibilidad para FAP.

4.3.1.11. Rady Children's puede suspender la determinación final de elegibilidad de FAP para pacientes de CSBP no asegurados, cuyo CSBP requiere reembolso directo al paciente. Una vez recibida la información apropiada y la notificación dentro del plazo indicado en 4.2.4, de su CSBP de la denegación de cobertura del paciente de CSBP no asegurado o la determinación de que se ha excedido el límite de beneficios, Rady Children's volverá a procesar la solicitud de FAP y tomará una determinación final de elegibilidad de FAP.

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

4.4.1. A los pacientes que Rady Children's determine que son pacientes que reúnen los requisitos financieros de acuerdo con la Sección 4.3.1.6 anterior, se les concederán pagos con descuento de la siguiente manera:

4.4.1.1. Pagos con descuento del hospital **(todos los participantes de la**

FAP). Rady Children's empleará estos "Límites de Pago" para ofrecer descuentos a todos los participantes de la FAP por los servicios de atención médica prestados por el hospital. En consecuencia, estos límites de pago se dirigen a los pacientes no asegurados con ingresos familiares iguales o inferiores al 550% del FPL; pacientes asegurados y pacientes CSBP no asegurados con gastos médicos elevados y un ingreso familiar igual o inferior al 450% del FPL; pacientes asegurados y pacientes CSBP no asegurados con cargos no cubiertos y un ingreso familiar igual o inferior al 450% del FPL; y pacientes, ya sean no asegurados o asegurados o miembros de un CSBP, que tengan gastos médicos elevados.

4.4.1.1.1. Los pagos de los participantes de la FAP se limitarán a la cantidad que Rady Children's esperaría de buena fe recibir por los mismos servicios de Medicare, Medi-Cal, Healthy Families u otro programa médico patrocinado por el gobierno en el que Rady Children's participe, el que sea mayor. Rady Children's determinará la limitación en el pago identificando la cantidad de reembolso esperada por el mismo servicio, por referencia a los códigos de servicios de atención médica (tales como códigos de ingresos, HCPCS, CPT, ICD-9, APR). Sin embargo, en ningún caso el pago superará el importe generalmente facturado (AGB).

4.4.1.1.2. Los pagos de los participantes en la FAP por servicios hospitalarios para los que no exista un pago establecido por Medicare o cualquier otro programa patrocinado por el gobierno se limitarán a la tarifa CDM descontada, de acuerdo con esta norma.

4.4.1.1.3. Los pagos de los participantes de la FAP nunca superarán el AGB a los pacientes con seguro médico privado. Rady Children's determina el AGB según HPM 7-55, los precios justos para médicos de hospitales y salas de urgencia.

4.4.1.1.4. Rady Children's utilizará un enfoque de escala variable para cobrar a los participantes de la FAP un porcentaje de los cargos, dependiendo de los ingresos del paciente/familia. Esto puede 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 por esta norma.

4.4.1.2. Pagos con descuento del hospital (ciertos participantes de la FAP). Rady Children's empleará estos límites de pago para ofrecer descuentos a ciertos participantes de la FAP por los servicios de atención médica prestados por el hospital.

4.4.1.2.1. Para los pacientes asegurados y los pacientes CSBP no asegurados con gastos médicos elevados y una

renta familiar igual o inferior al 450% del FPL, los límites de pago de la sección 4.4.1.1 anterior se efectuarán sobre la parte de la factura que es responsabilidad del paciente, incluidos los copagos y las cantidades deducibles (no Medi-Cal).

4.4.1.2.2. Los pagos de los participantes en la FAP con gastos médicos elevados se limitarán de modo que los pagos no superen la diferencia entre el importe del pago disponible de cualquier tercer pagador y la tarifa máxima establecida para un servicio según el CDM (véase HPM 7-55, Precios justos para médicos de hospitales y urgencias.) Sin embargo, en ningún caso el pago superará el AGB.

4.4.1.3. Rady Children's utilizará el siguiente método para calcular el AGB:

4.4.1.3.1. Efectuar una revisión anual (retrospectiva), tras el cierre del año fiscal anterior, de las reclamaciones pasadas abonadas al Hospital por el sistema de pago por servicio de Medicare junto con todas las compañías de seguro médico privadas y CSBP.

4.4.1.3.2. El(los) porcentaje(s) anual(es) de AGB y una descripción del cálculo están disponibles gratuitamente solicitándolos a la Oficina de asesoramiento financiero comunicándose con ellos al 858-9664005 o enviándoles una solicitud por escrito a 3020 Children's Way, MC 5055, San Diego, CA 92123-4282. También hay una copia disponible en el sitio web de Rady Children's en: https://www.rchsd.org/patients-visitors/financial-assistance/.

4.4.1.3.3. El límite se calculará como en este ejemplo:
Porcentaje CDM ($50)
- Pago de cobertura a terceros ($25)
= Pago máximo del participante en la FAP ($25)

4.4.1.4. Pagos de descuento para médicos del departamento de urgencias.

4.4.1.4.1. Los médicos de urgencias de Rady Children's se basarán en la determinación del hospital de la elegibilidad para la FAP.

4.4.1.4.2. Los pagos con descuento por los servicios del médico de urgencias de Rady Children's se realizarán de acuerdo con esta norma y procedimiento, excepto en los casos en que se indiquen diferencias indicadas a continuación.

4.4.1.4.3. Rady Children's limitará los pagos de los participantes de la FAP por los servicios del médico de urgencias a una cantidad que no sea mayor que (a) el 50% de la mediana de los cargos facturados, según una base de datos de cargos médicos reconocida a

nivel nacional, una vez que se haya seleccionado una base de datos o (b) el 50% de los cargos facturados reales usando la Lista maestra de descripción de cargos de Rady Children's.

4.5. **ATENCIÓN CARITATIVA GRATUITA/TOTAL**

4.5.1. Los pacientes que pagan por cuenta propia cuyos ingresos del paciente/familia no exceden el 400% del FPL recibirán Atención médica caritativa con un cargo nominal que no excederá los $100.

4.5.2. Los servicios que no sean médicamente necesarios y que sean de naturaleza puramente cosmética sólo son elegibles para la Atención de caridad a discreción exclusiva de Rady Children's.

4.6. **ELEGIBILIDAD PRESUNTA**

4.6.1. Aparte del proceso de solicitud manual descrito en la sección 4.2, también se puede presumir que los pacientes reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera sobre la base de las pruebas aportadas mediante el uso de una herramienta de selección de terceros, independientemente de la situación del seguro.

4.6.2. Para reunir los requisitos para asistencia financiera bajo elegibilidad presunta, el paciente debe cumplir con los mismos requisitos federales de nivel de pobreza de aquellos pacientes que completan el proceso de solicitud manual como se define en la sección 3.o anterior. La información obtenida de la herramienta de evaluación de terceros se utiliza para verificar el estado financiero del paciente y puede usarse como única fuente de documentación para tomar una determinación de asistencia financiera.

4.6.3. Aquellos pacientes considerados no elegibles para recibir asistencia financiera a través del proceso de elegibilidad presunta pueden presentar su solicitud a través del proceso de solicitud estándar, como se detalla en la sección 4.2.

4.7. **AVISOS A LOS PACIENTES Y AL DEPARTAMENTO DE ACCESO E INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

4.7.1. Rady Children’s hará lo siguiente:

4.7.1.1. Proveer a todos los pacientes que no indiquen cobertura de seguro por un tercero, una solicitud para Medi-Cal, Healthy Families, el programa de Beneficio de salud intercambiable de California u otro programa gubernamental (en la medida en que esté disponible para Rady Children's). Estas solicitudes se proporcionarán a los pacientes del departamento de atención de emergencia, a los pacientes ambulatorios del Hospital y antes del alta para los pacientes hospitalizados.

4.7.1.2. Notificar a todas las personas que pagan por cuenta propia la disponibilidad de una Estimación de Buena Fe (GFE, por sus siglas en inglés) en el momento de la programación o a petición y proporcionar una GFE por escrito dentro del plazo dictado por la Ley Sin Sorpresas que describa el costo previsto del servicio programado y la información para la FAP y la FAA de Rady

Children's, así como la información para comunicarse con el personal de Rady Children's disponible para asistirle con información adicional.

4.7.1.3. Proporcionar una notificación por escrito en el momento del servicio o antes del alta a todos los pacientes/garantes asegurados, no asegurados, CSBP no asegurados y que pagan por cuenta propia sobre la disponibilidad de la FAP de Rady Children's, incluyendo información sobre la elegibilidad, la información de contacto necesaria para solicitarla, la dirección de Internet para la lista de servicios que se pueden comprar en el hospital e información sobre organizaciones que pueden proporcionar más ayuda, como la Alianza de consumidores de salud.

4.7.1.4. Presentar este documento de normas y procedimientos, incluido un modelo de formulario de solicitud de la FAP, al Departamento de información y acceso a la atención médica de California (HCAI, por sus siglas en inglés) cuando se produzca un cambio importante o se actualicen los documentos, y al menos cada dos años notificará a HCAI si no se ha producido ningún cambio.

4.7.1.5. Publicar este documento de normas y procedimientos, un resumen en lenguaje sencillo de este documento y el formulario de solicitud de la FAP en el sitio web del hospital.

4.7.1.6. Ofrecer y facilitar copias impresas de este documento, de la solicitud FAP y del resumen en lenguaje comprensible de este documento

4.7.1.6.1. solicitud y sin costo alguno por correo postal

4.7.1.6.2. como parte del proceso de admisión o alta hospitalaria, y

4.7.1.6.3. en lugares públicos bien visibles, como el servicio de urgencias, las áreas de admisión de pacientes, la oficina de facturación, Registro-Acceso de pacientes y otros entornos ambulatorios.

4.7.1.7. Notificar e informar a los miembros de la comunidad sobre la FAP de una manera bien calculada para llegar a aquellos miembros que tienen más probabilidades de necesitar ayuda financiera del Hospital.

4.7.1.8. Incluir una notificación escrita bien visible en los extractos de facturación sobre la disponibilidad de la FAP, incluido el número de teléfono de la oficina del Hospital que puede proporcionar información sobre el proceso de solicitud y una dirección de sitio web donde se publique esta norma y procedimiento.

4.7.1.9. Acomodar a todas las poblaciones relevantes de pacientes que tengan un dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés) ofreciendo documentos traducidos de la FAP, la solicitud de la FAP y el resumen en lenguaje sencillo al idioma o idiomas principales hablados por la población de pacientes.

4.7.2. La Fundación médica hará lo siguiente:

4.7.2.1. Notificar específicamente la existencia de la FAP cuando se facture a pacientes que no hayan presentado pruebas de cobertura de terceros. Este aviso consistirá en una notificación escrita visible en los estados de facturación sobre la disponibilidad de la FAP, incluido el número de teléfono de la oficina del Hospital que puede proporcionar información sobre el proceso de solicitud y una dirección de sitio web donde se publique esta norma y procedimiento.

4.8. **REEMBOLSO POR SOBRECARGOS**

4.8.1. Rady Children's reembolsará a los pacientes las cantidades pagadas en exceso de la cantidad adeudada según la PAF, incluidos los intereses correspondientes, en un plazo de 30 días a partir de la aprobación de su solicitud de asistencia financiera.

4.8.2. Se considerarán cantidades pagadas en exceso de la cantidad adeudada según la FAP las siguientes:

4.8.2.1. Todos los pagos realizados por el paciente o la familia para cubrir el saldo pendiente entre la fecha de presentación de la solicitud de ayuda financiera y la fecha de aprobación de la misma.

4.8.2.2. Todo pago realizado por la paciente una vez aprobada la solicitud de asistencia financiera que sea superior al importe adeudado sobre la base de las tarifas con descuento indicadas en el punto 4.3. Es decir, el importe adeudado por el paciente una vez realizados los descuentos de asistencia financiera está mal calculado, lo que da lugar a un sobrepago erróneo.

4.8.3. El interés se acumula en un sobrepago de un paciente que reúne los requisitos para la FAP a partir de 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 prorratean para cualquier reembolso presentado antes de 1 año a partir de la fecha de recepción. Por ejemplo, si un paciente/familia paga $1000 de más el 1 de enero y el reembolso se emite el mes siguiente, el 1 de febrero, el paciente deberá pagar un interés de $8,33 además del reembolso de $1000.

4.9. **LISTA DE PROVEEDORES**

4.9.1. Todos los miembros de la Fundación médica que forman parte del personal médico del hospital están cubiertos por la FAP. Rady Children's mantiene una lista de los médicos de la Fundación médica en http://www.rchsd.org/rcssd/.

4.9.2. Los médicos de urgencias que prestan servicios de atención médica en el hospital están cubiertos por la FAP. Rady Children's mantiene una lista de los médicos de urgencias en http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergencymedicine/urgent care.

4.9.3. El Departamento de atención del personal médico mantiene las listas de proveedores anteriores y se actualizan por lo menos cada 90 días.

4.9.4. Rady Children's se asocia con proveedores externos (es decir, anestesiólogos, radiólogos y hospitalistas) para que nos ayuden a brindar

ciertos servicios especializados. Estos proveedores no están cubiertos por la FAP y pueden tener normas separadas con respecto a la asistencia financiera.

4.10. DENEGACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

4.10.1. Rady Children's puede cancelar la asistencia financiera actual que fue otorgada bajo esta política si determina que un 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 reúne los requisitos para la FAP según esta norma, notificará al paciente/garante esta denegación por escrito. El Departamento de asesoramiento financiero coordinará el procesamiento y envío de estas notificaciones.

4.10.4. Rady Children's puede revocar la asistencia financiera actual que fue otorgada bajo esta política con el fin de suspender la determinación final de elegibilidad FAP de acuerdo con la Sección 4.3.1.10. Una revocación conforme a esta sección 4.10.4 no resultará en ninguna responsabilidad financiera adicional para el paciente o garante, y todos los pagos realizados por el paciente o garante serán devueltos a la espera de la determinación final de elegibilidad de la FAP. Se enviará una carta al paciente o al garante notificándole el motivo de la devolución del pago y que el pago por parte del paciente o del garante podrá solicitarse en una fecha posterior si la resolución del asunto del TPL y la determinación final de la FAP consideran que el paciente o el garante tienen responsabilidad financiera.

4.11. DISCREPANCIAS DE ELEGIBILIDAD

4.11.1. Rady Children's puede negar la elegibilidad para atención médica caritativa o pagos con descuento por cualquiera de los siguientes motivos: 1) el paciente no cumple con los requisitos financieros o 2) el paciente/garante no proporcionó la documentación requerida según esta norma y procedimiento.

4.11.2. Rady Children's designa al director de acceso de pacientes para revisar las discrepancias relacionadas con la elegibilidad. Las discrepancias de elegibilidad deben enviarse al Departamento de atención al cliente del hospital al 858-966-4912 para su documentación y seguimiento. El Departamento de atención al cliente enviará cada reclamo al director de acceso de pacientes para su revisión.

4.11.3. Rady Children's limita sus actividades de cobro de deudas de acuerdo con su norma de facturación y cobro de deudas.

4.11.3.1. Puede obtener una copia gratuita de esta norma si llama a la Oficina de Asesoramiento Financiero al 858-966-4005 o escribe a https://www.rchsd.org/patients-visitors/financial-assistance/. También, 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 MÉDICAS DE LA COMUNIDAD / ANÁLISIS DE LOS BENEFICIOS PARA LA COMUNIDAD**

4.12.1. Rady Children's realiza anualmente una evaluación de las necesidades médicas de la comunidad/Análisis de los beneficios para la comunidad, a la que se puede acceder en: http://www.rchsd.org/health-safety/community-health-needs-assessment/.

5.0 FORMULARIOS:

5.1. Solicitud de FAP (Asistencia gratuita / caritativa o pagos con descuento)
5.2. Resumen de la FAP

6.0 NORMAS RELACIONADAS:

6.1. HPM 7-55, Precios justos para médicos de hospitales y sala de urgencias
6.2. HPM 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 normas hospitalarias de precios justos (Código de Salud y Seguridad 127400127446), 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 y seguridad §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585 & 128770
7.5. Ley de protección del paciente y asistencia médica asequible
7.6. Sección del Código de Impuestos Internos 501(r)

Fecha de redacción: enero de 2013
Fecha de edición: noviembre de 2019, enero de 2020, mayo de 2021, marzo de 2022, septiembre de 2022, julio de 2023
Fecha de revisión: