☒ **PATAKARAN** ☐ **PAMAMARAAN** ☐ **PAMANTAYAN NG PANGANGALAGA** ☐ **PAMANTAYANG PAMAMARAAN** ☐ **ALITUNTUNIN** ☐ **IBA PA**	PETSA NG PAG-APRUBA: **Enero 2025**	MANWAL: **Patakaran ng Ospital** TRACKING #: **HPM 17-11**
	PAMAGAT: **PROGRAMA SA PINANSYAL NA TULONG (PATAKARAN SA MAY DISKWENTONG PAGBABAYAD AT PINAMURANG PANGANGALAGA)**	
	ISINASAGAWA NG **Lahat ng responsableng departamento ng RCHSD, kasama ang Mga Pinansyal na Serbisyo sa Pasyente para sa Cycle ng Kita, Access ng Pasyente, at Mga Pinansyal na Tagapayo**	

1.0 LAYUNIN:

1.1 Buuin ang Programa sa Pinansyal na Tulong (Financial Assistance Program, FAP) ng Rady Children's Hospital- San Diego (Ospital) para sa mga inpatient at oupatient na serbisyo sa ospital, kasama ang pang-emergency na medikal na pangangalaga at medikal na kinakailangang pangangalaga, sa pamamagitan ng mga patakaran at pamamaraan para sa pinamurang pangangalaga at may diskwentong pagbabayad para sa mga pasyenteng pinansyal na kwalipikado. Sa pangkalahatan, tumutukoy ang Ospital sa dokumentong ito sa Rady Children's.

2.0 MGA PAGPAPAKAHULUGAN:

2.1 Tumutukoy ang **Mga Halagang Karaniwang Sinisingil (Amounts Generally Billed, AGB)** sa retrospective na pamamaraan ng pagsusuri na ginagamit ng Rady Children's para magkalkula ng limitasyon sa mga singil sa mga kalahok sa Programa sa Pinansyal na Tulong.

2.2 Tumutukoy ang **Master sa Paglalarawan ng Singil (Charge Description Master, CDM)** sa isang hindi pabagu-bagong iskedyul ng mga singil na pinepresenta ng Rady Children's sa publiko bilang ang gross na na-bill nitong singil para sa isang partikular na serbisyo o item, kasama ang para sa mga grupong nauugnay sa diagnosis, sinuman ang tagapagbayad.

2.3 Tumutukoy ang **Kawanggawang Pangangalaga** sa libreng pangangalagang pangkalusugan.

2.4 Tumutukoy ang **Programa ng Benepisyo sa Pagbabahagi sa Gastusin (Cost Sharing Benefit Program, CSBP),** sa isang programa para sa mga miyembro kung saan may binabayarang regular na bayad ang miyembro (na kadalasan ay kada buwan), at ipinapamahagi ang mga bayad sa mga

miyembrong nangangailangan ng tulong sa kanilang mga medikal na gastusin kada buwan. Kadalasan, hindi pumapayag ang mga programa ng benepisyo na direktang masingil, at mayroon silang kasunduan sa kanilang mga miyembro na i-reimburse sila para sa kanilang mga medikal na gastusin.

2.5 Tumutukoy ang **Diskwentong Pagbabayad o May Diskwentong Pagbabayad** sa anumang singil para sa pangangalaga na may bawas pero hindi libre.

2.6 Tumutukoy ang **Doktor na Pang-emergency** sa isang doktor na may kredensyal na miyembro ng Medikal na Kawani ng Ospital at nakakontrata sa Ospital na magbigay ng mga pang-emergency na medikal na serbisyo sa departamento para sa emergency (emergency department, ED). Hindi kasama sa "Doktor na Pang-emergency" ang isang espesyalistang doktor na ipinapatawag sa ED o kasama sa staff, o may mga pribilehiyo, sa Ospital na nasa labas ng ED.

2.7 Tumutukoy ang **Kinakailangang Gastusin sa Pamumuhay** sa mga gastusin para sa alinman sa mga sumusunod: bayad sa upa o bahay at pagpapanatili; supply ng pagkain at supply sa bahay; mga utility at telepono; damit; bayad sa pagpapagamot at ngipin; insurance; pag-aaral o pangangalaga sa bata; sustento sa anak o asawa; gastusin sa transportasyon at sasakyan, kasama ang insurance, gasolina, at pagkukumpuni; bayad sa installment; paglalaba at paglilinis; at iba pang hindi pangkaraniwang gastusin.

2.8 Ang ibig sabihin ng **Pamilya** o **Pamilya ng Pasyente**,

2.8.1 Tumutukoy ang Pamilya o Pamilya ng Pasyente, para sa mga pasyenteng may edad na 18 taon pataas, sa asawa, rehistradong domestic partner, at mga dependent na anak ng pasyente na wala pang 21 taong gulang, o anumang edad kung may kapansanan, kasama man sila sa bahay o hindi.

2.8.2 Para sa mga pasyenteng wala pang 18 taong gulang, o isang dependent na anak na 18 hanggang 20 taong gulang, kasama sa Pamilya ang magulang ng pasyente, mga tagapag-alagang kamag-anak, at iba pang anak (wala pang 21 taong gulang) ng magulang o tagapag-alagang kamag-anak.

2.9 Tumutukoy ang **Kalahok sa FAP** sa isang Pasyente ng Rady Children's na Pinansyal na Kwalipikado.

2.10 **Tumutukoy ang Antas ng Kahirapan ayon sa Pederal/Mga Alituntunin sa Kahirapan ng Pederal (Federal Poverty Guidelines, FPL)** sa mga alituntunin sa kahirapan na pana-panahong ina-update sa Federal Register ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S., na makikita sa http://aspe.hhs.gov/poverty.

2.11 Tumutukoy ang **Programa sa Pinansyal na Tulong (Financial Assistance Program, FAP)** sa programa ng Rady Children's na inilalarawan sa patakaran at pamamaraang ito, na idinisenyo para tulungan ang Mga Pasyenteng Pinansyal na Kwalipikado na magkaroon ng May Diskwentong Pagbabayad o Pinamurang Pangangalaga para sa mga serbisyo ng Ospital at serbisyo ng Pang-emergency na Doktor.

2.12 Tumutukoy ang **Pasyenteng Pinansyal na Kwalipikado** sa:

2.12.1 Pasyenteng Walang Insurance na may Kita ng pamilya na nasa o wala pa sa 550% ng FPL; o

2.12.2 Pasyenteng May Insurance o Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance na may Malalaking Medikal na Gastusin at Kita ng pamilya na nasa o wala pa sa 450% ng FPL; o

2.12.3 Pasyenteng May Insurance o Pasyenteng May CSBP na may mga hindi sinasaklaw na singil at Kita ng pamilya na nasa o wala pa sa 450% ng FPL; o

2.12.4 Isang pasyente, may insurance man o wala, o miyembro man na may CSBP, na may Malalaking Medikal na Gastusin.

2.13 Tumutukoy ang **Guarantor** sa taong may pinansyal na responsibilidad para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng pasyente, na madalas ay ang pasyente, magulang, o legal na tagapangalaga.

2.14 Tumutukoy ang **Malalaking Medikal na Gastusin** sa alinman sa mga sumusunod, na inilapat sa (mga) petsa ng serbisyo:

2.14.1 Mga taunang gastusing mula sa sariling bulsa na ginastos ng pasyente sa Ospital na lampas sa 10% ng Kita ng Pamilya sa nakalipas na 12 buwan. Tumutukoy ang mga gastusing mula sa sariling bulsa sa anumang gastos para sa medikal na pangangalaga na hindi na-reimburse ng insurance o isang programa sa saklaw sa kalusugan, gaya ng mga copay ng Medicare o pagbabahagi sa gastos sa Medi-Cal. Matutukoy sa pamamagitan ng paghahambing sa mga gastusin mula sa sariling bulsa ng pasyente/Guarantor para sa pasyente sa Kita ng Pamilya ng Pasyente para sa parehong 12 buwang panahon. Halimbawa, kung magsusumite ang pasyente/guarantor ng Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong (Financial Assistance Application, FAA) sa Enero 1, dapat maibigay ang dokumentasyon ng kita at mga gastusin para sa nakaraang Enero 1 hanggang Disyembre 31.

2.14.2 Mga taunang gastusin mula sa sariling bulsa na aktwal na binayaran para sa pasyente, na ginastos sa Ospital at lumalampas sa 10% ng kasalukuyang kita ng pamilya. Tumutukoy ang mga gastusing mula sa sariling bulsa sa anumang gastos para sa medikal na pangangalaga na hindi na-reimburse ng insurance o isang programa sa saklaw sa kalusugan, gaya ng mga copay ng Medicare o pagbabahagi sa gastos sa Medi-Cal. Kapag kasalukuyang kita ang ginamit na batayan para sa pagpapasya, ang gagamitin ng pinansyal na pagpapayo ay ang kita sa buwan ng aplikasyon para sa pinansyal na tulong (FAA), at imu-multiply nila iyon sa 12 para matukoy ang tinatayang taunang kita.

2.14.3 Mga taunang gastusin mula sa sariling bulsa na lampas sa 10% ng Kita ng Pamilya sa nakalipas na 12 buwan o sa kasalukuyang Kita ng Pamilya, kung magbibigay ang pasyente/Guarantor ng dokumentasyon ng mga medikal na gastusing binayaran sa nakalipas na 12 buwan. Tumutukoy ang mga gastusing mula sa sariling bulsa sa anumang gastos para sa medikal na pangangalaga na hindi na-reimburse ng insurance o isang programa sa saklaw sa kalusugan, gaya ng mga copay ng Medicare o pagbabahagi sa gastos sa Medi-Cal. Tinutukoy ito sa pamamagitan ng paghahambing sa kabuuang medikal na gastusin kasama ang mga hindi ginastos sa Ospital, na aktwal na binayaran para sa pasyente, sa Kita ng Pamilya ng pasyente. Kapag kasalukuyang kita ang ginamit, ang gagamitin ng pinansyal na

pagpapayo ay ang kita sa buwan ng aplikasyon para sa pinansyal na tulong (FAA), at imu-multiply nila iyon sa 12 para matukoy ang tinatayang taunang kita.

2.15 Tumutukoy ang **Pasyenteng May Insurance** sa isang pasyenteng sinasaklaw sa pamamagitan ng isang Third-Party na Tagapagbayad, gaya ng insurer sa kalusugan, plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, Medicare, o Medicaid.

2.16 Tumutukoy ang **Mga Medikal na Kinakailangang Serbisyo** sa mga serbisyong makatuwiran at kinakailangan sa pagproteka ng buhay, pag-iwas sa isang malalang sakit o kapansanan, o para maibsan ang matinding pananakit o paghihirap sa pamamagitan ng pag-diagnose o paggamot sa sakit, kapansanan, o pinsala, sa pag-iisip at pangangatawan, na pinagpapasyahan ng isang lisensyadong propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na kumikilos sa naaangkop na saklaw ng propesyonal na kasanayan.

2.17 Nalalapat ang **Batas na No Surprises** sa mga ospital at provider; pinapalawak nito ang proteksyon ng pederal sa pananalapi at impormasyon sa mga indibidwal na sinasaklaw ng mga komersyal na plano, at nagtatakda ito ng mga bagong limitasyon sa pagsingil ng balanse at pagbabahagi sa gastusin ng pasyente para sa mga pasyenteng walang insurance.

2.18 Tumutukoy ang **Kita ng Pamilya/Pasyente** sa kitang kinakalkula sa sumusunod na paraan: Gross na kita ng Pasyente at Pamilya bago magkaltas ng mga buwis. Hindi dapat isama sa pagkakalkula ng kita ang mga plano sa pagreretiro o deferred na kabayaran na kwalipikado sa ilalim ng Kodigo ng Internal Revenue, o ang mga hindi kwalipikadong plano sa deferred na kabayaran.

2.19 Tumutukoy ang **Plano sa Pagbabayad** sa mga buwanang pagbabayad ng mga napagkasunduang tuntunin sa pagitan ng Ospital at ng pasyente/Guarantor.

2.20 Tumutukoy ang **Self-Pay na Pasyente** sa isang pasyenteng wala o pinipiling hindi gamitin ang third-party na saklaw mula sa isang insurer sa kalusugan, plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, Medicare, o Medicaid, at na may pinsalang isang hindi pinsalang nabibigyan ng kabayaran para sa mga layunin ng bayad-pinsala sa manggagawa, insurance sa sasakyan, o iba pang insurance na matutukoy at maidodokumento ng Ospital.

2.20.1 Tumutukoy ang **Mga Self-Pay na Pasyenteng Pinansyal na Kwalipikado** sa Mga Pasyenteng hindi sinasaklaw sa pamamagitan ng isang Third-Party na Tagapagbayad o iba pang Third-Party na Saklaw, at hindi lumalampas ang Kita ng Pasyente/Pamilya sa 550% ng FPL. Posibleng kasama sa Mga Self-Pay na Pasyenteng Pinansyal na Kwalipikado ang mga pasyenteng may Pinamurang Pangangalaga.

2.21 Tumutukoy ang **Third-Party na Saklaw** sa saklaw ng isang Third-Party na Tagapagbayad o sa pamamagitan ng isang Programa ng Benepisyo sa Pagbabahagi sa Gastusin.

2.22 Tumutukoy ang **Third-Party na Tagapagbayad** sa isang pribadong insurance o entity na nagbabayad ng mga medikal na claim sa ngalan ng taong may insurance, nagre-reimburse at namamahala ng mga gastusin sa pangangalagang pangkalusugan, at nag-aalok ng insurance sa kalusugan pati ng saklaw na iniaalok sa pamamagitan ng California Health Benefits

Exchange, Bayad-pinsala sa Manggagawa, insurance sa sasakyan, at saklaw ng programa sa pangangalagang pangkalusugan ng pamahalaan gaya ng Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, CHAMPUS, at Healthy Families.

2.23 Tumutukoy ang **Pananagutan ng Third Party (Third Party Liability, TPL)** sa tao o entity, na hindi ang pasyente o ang Ospital, na hinihinala o ina-adjudicate bilang legal na responsable para sa medikal na kundisyon at mga medikal na kinakailangang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng pasyente, na madalas ay dahil sa isang pinsalang natamo ng pasyente.

2.24 Tumutukoy ang **Pasyenteng Walang Insurance** sa isang pasyenteng hindi sinasaklaw sa pamamagitan ng isang Third-Party na Tagapagbayad.

2.25 **Tumutukoy ang Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance** sa mga Pasyenteng Walang Insurance at miyembro ng Programa ng Benepisyo sa Pagbabahagi sa Gastusin

3.0 PATAKARAN:

3.1 Patakaran ng Rady Children's na magbigay ng pinansyal na tulong sa pamamagitan ng Programa sa Pinansyal na Tulong ng Rady Children's (FAP) sa

- 3.1.1 Mga Pasyenteng Walang Insurance na may Kita ng pamilya na nasa o wala pa sa 550% ng FPL;
- 3.1.2 Mga Pasyenteng May Insurance at Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance na may Malalaking Medikal na Gastusin at Kita ng pamilya na nasa o wala pa sa 450% ng FPL;
- 3.1.3 Mga Pasyenteng May Insurance at Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance na may mga hindi sinasaklaw na singil at Kita ng pamilya na nasa o wala pa sa 450% ng FPL; at
- 3.1.4 Mga Pasyenteng Walang Insurance, May Insurance, at May CSBP na Walang Insurance na May Malalaking Medikal na Gastusin.

4.0 MGA PAMAMARAAN:

4.1 PANGANGASIWA SA PROGRAMA

- 4.1.1 Mangangasiwa ng FAP ang Rady Children's para matulungan ang Mga Pasyenteng Pinansyal na Kwalipikado na magkaroon ng may diskwentong pagbabayad at/o Pinamurang Pangangalaga para sa mga serbisyo ng Ospital at serbisyo ng Doktor na Pang-emergency.

4.2 PROSESO NG APLIKASYON

- 4.2.1 Para makapag-apply para sa programang FAP at makahiling ng pagpapasya sa pagiging kwalipikado, dapat magsumite ang pasyente/Guarantor ng kumpletong Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong sa Departamento para sa Pinansyal na Pagpapayo.
- 4.2.2 Kapag nagsi-screen para sa pagiging kwalipikado para sa May Diskwentong Pagbabayad, posibleng atasan ng Ospital ang pasyente/Guarantor na lumahok sa screening para sa pagiging kwalipikado sa Medi-Cal. Hindi dapat hilingin ng Ospital sa isang pasyente na mag-apply para sa Medicare, Medi-Cal, o iba pang saklaw

bago ma-screen ang pasyente para sa, o mabigyan ng, May Diskwento na Pagbabayad. Posibleng hilingin ng Ospital sa isang pasyente na mag-apply para sa Medicare, Medi-Cal, o iba pang saklaw bago ma-screen ang pasyente para sa, o mabigyan ng, Kawanggawa na Pangangalaga.

4.2.3 Gagawin ng pasyente/Guarantor ang lahat ng makatuwirang pagsisikap na ibigay ang lahat ng sumusunod, bago ang pagsasaalang-alang ng isang aplikasyon:

4.2.3.1 Dokumentasyon ng Kita ng pasyente/Pamilya. Dapat mapatunayan ang kita sa pamamagitan ng mga income tax return para sa pinakakamakailang taon (pinipili) o mga kamakailang pay stub. Bilang alternatibo, maaaring tanggapin ng Rady Children's ang iba pang form ng dokumentasyon ng kita. Pero hindi mangangailangan ng ibang form. Dapat ibigay ang dokumentasyon mula sa parehong taon ng pagsusumite ng pasyente/guarantor sa kanyang FAA.

4.2.3.1.1 Kung hindi makakapagbigay ang pasyente/Guarantor ng dokumentasyon ng kita, magagawa ng Rady Children’s, sa sarili nitong pagpapasya, na atasan ang pasyente/Guarantor na gumawa ng attestation na nilagdaan sa ilalim ng parusang perjury kaugnay ng (i) pagiging totoo ng anumang impormasyon sa kita na nakasaad sa form ng Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong, (ii) paliwanag kung bakit hindi niya naibigay ang dokumentasyon sa kita, at (iii) kumpirmasyon sa katumpakan ng pagkakalkula ng Rady Children’s sa kanyang kita.

4.2.3.1.2 Kung hindi magsusumite ang isang pasyente/Guarantor ng aplikasyon o dokumentasyon ng kita, puwedeng presumptive na tukuyin ng Rady Children’s na ang isang pasyente/Guarantor ay kwalipikado para sa kawanggawang pangangalaga o may diskwentong pagbabayad batay sa impormasyon maliban sa ibinigay ng pasyente/Guarantor o batay sa isang paunang determinasyon ng pagiging kwalipikado.

4.2.3.2 Dokumentasyon ng Mga Mataas na Medikal na Gastusin, kasama, kung naaangkop, ang mga medikal na gastusin na hindi ginastos sa Ospital, na aktwal na binayaran para sa pasyente sa nakalipas na 12 buwan. Hindi isasaalang-alang ang mga gastusing natamo ng guarantor, na walang kaugnayan sa pasyente.

4.2.3.2.1 Dapat isama sa FAA ng guarantor ang (mga) resibo o invoice ng mga binayarang gastusin. Hindi tatanggapin ang isang nilagdaang attestation bilang patunay ng Malalaking Medikal na Gastusin.

4.2.3.3 Dokumentasyon ng presensya o kawalan ng Saklaw ng Third-Party (pribadong insurance kasama ang saklaw na iniaalok sa pamamagitan ng California Health Benefits Exchange, Medi-

Cal, CCS, Tricare, Medicare, Bayad-pinsala sa Manggagawa, insurance sa sasakyan, o iba pa).

4.2.3.4 Posibleng isaalang-alang sa pagpapasya ang hindi pagsunod sa proseso ng aplikasyon o ang hindi pagbibigay sa mga hinihinging dokumento. Ang sadyang hindi pakikipagtulungan ng pasyente/guarantor ay puwedeng magresulta sa kawalan ng kakayahan ng Rady Children's na magbigay ng pinansyal na tulong.

4.3 MGA PAGPAPASYA SA PAGIGING KWALIPIKADO

4.3.1 Gagawin ng Departamento para sa Pinansyal na Pagpapayo ng Rady Children's ang mga sumusunod:

4.3.1.1 Tukuyin ang pagiging kwalipikado sa FAP kapag nakumpleto na ang proseso ng aplikasyon sa itaas.

4.3.1.2 Uriin ang account ng pasyente bilang Self-Pay habang tinutukoy pa ang pagiging kwalipikado.

4.3.1.3 Kapag nakapagsumite na ng kumpletong aplikasyon para sa pinansyal na tulong, gagawin ng Departamento para sa Pinansyal na Pagpapayo ang pinal na pasya sa pagiging kwalipikado sa FAP bago ipagpatuloy ang anumang nakaraang pagkilos sa pagsingil.

4.3.1.4 Maging maunawain at makatuwiran kapag hindi nakapagbigay ang isang pasyente/Guarantor ng makatuwiran at kinakailangang dokumentasyon ayon sa iniaatas ng patakarang ito para masuportahan ang kanyang aplikasyon sa FAP. Kung kinakailangan ang dokumentasyon sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado sa FAP, puwedeng tanggihan ng Rady Children's ang paglahok sa FAP kung hindi ito makakagawa ng pasya sa pagiging kwalipikado. Kung makakagawa ang Rady Children's ng makatuwirang pagpapasya nang walang dokumentasyon, sisikipan nito na gawin iyon.

4.3.1.5 Hindi gumawa ng pinal na pasya sa hindi pagiging kwalipikado para sa FAP hindi bababa sa 150 araw bago ang unang petsa ng pagsingil.

4.3.1.6 Tukuyin kung ang isang pasyente ay isang Pinansyal na Kwalipikadong Pasyente para sa Kawanggawang Pangangalaga o Mga May Diskwentong Pagbabayad sa pamamagitan ng pagsusuri ng:

4.3.1.6.1 Kita ng Pasyente/Pamilya, kung ihahambing sa FPL para matukoy ang porsyento ng FPL. Hindi kwalipikado ang FPL na mahigit sa 550% sa mga rate ng diskwento sa pinansyal na tulong.

4.3.1.6.1.1 Mga Pasyenteng May Insurance at Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance na May Malaking Medikal na Gastusin o mga hindi sinasaklaw na singil:

FPL	Rate ng Diskwento

Hanggang	100% May Diskwentong Pagbabayad
Hanggang	75% Rate ng May Diskwentong Pagbabayad

Ang rate ng diskwento para sa Mga Pasyenteng May Insurance at Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance na May Malalaking Medikal na Gastusin o hindi sinasaklaw na singil ay ilalapat sa pananagutan ng pasyente, ayon sa pagpapasya ng Saklaw ng Third-Party.

4.3.1.6.1.2 Mga Pasyenteng Walang Insurance:

FPL	Rate ng Diskwento
Hanggang	100% Kawanggawang Pangangalaga
Hanggang	75% May Diskwentong Pagbabayad
Hanggang	50% May Diskwentong Pagbabayad

Ang rate ng diskwento para sa Mga Pasyenteng Walang Insurance ay ilalapat sa mga singil batay sa Master sa Paglalarawan ng Singil ng Rady Children's.

4.3.1.6.2 Status ng insurance ng taong mayroon o walang insurance, kasama ang sa pamamagitan ng programa sa pangangalagang pangkalusugan ng estado o pederal.

4.3.1.6.3 Membership sa isang Programa ng Benepisyo sa Pagbabahagi sa Gastusin.

4.3.1.6.4 Mga taunang medikal na gastusin na aktwal na binayaran para sa pasyente sa nakalipas na 12 buwan, kasama ang mga hindi ginastos sa Ospital.

4.3.1.6.5 Kung may Malalaking Medikal na Gastusin ang pasyente, sa pamamagitan ng:

4.3.1.6.5.1 paghahambing sa mga taunang gastusin mula sa sariling bulsa na ginastos sa Ospital sa Kita ng Pamilya para matukoy kung lumalampas ang mga taunang gastusin mula sa sariling bulsa sa 10% ng Kita ng pamilya sa nakalipas na 12 buwan o sa kasalukuyang kita, o

4.3.1.6.5.2 kung magbibigay ang pasyente ng dokumentasyon ng mga medikal na gastusing binayaran sa nakalipas na 12 buwan, sa pamamagitan ng paghahambing sa kabuuang medikal

na gastusin (kasama ang mga hindi ginastos sa Ospital) na aktwal na binayaran para sa pasyente sa Kita ng pamilya ng pasyente para matukoy kung lumalampas ang mga taunang gastusin mula sa sariling bulsa sa 10% ng Kita ng pamilya. Puwede ring gamitin ang kasalukuyang kita sa halip na ang kita sa nakaraang taon. Kapag kasalukuyang kita ang ginamit na batayan para sa pagpapasya, ang gagamitin ng pinansyal na pagpapayo ay ang kita sa buwan ng pagsusumite sa FAA, at gagawin nila itong taunan (imu-multiply nila iyon sa 12).

4.3.1.7 Tukuyin kung kwalipikado ang isang Pasyenteng Pinansyal na Kwalipikado para sa Ganap na Pinamurang Pangangalaga sa pamamagitan ng pagsusuri sa:

4.3.1.7.1 Kita ng Pasyente/Pamilya, kung ihahambing sa FPL para matukoy kung ito ay nasa o wala pa sa 400% ng FPL.

4.3.1.7.2 Kung medikal na kinakailangan, opsyonal, o pampaganda ang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinigay sa pasyente. Magagawa ng Rady Children's, sa sarili nitong pagpapasya, na hindi magbigay ng Pinamurang Pangangalaga para sa mga hindi medikal na kinakailangang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.

4.3.1.8 Kung maaaprubahan ang isang pasyente/guarantor para sa pinansyal na tulong, ang lahat ng account na may hindi pa nababayarang self-pay na balanse sa panahon ng pagpapasya ay ia-adjust alinsunod sa porsyentong diskwento kung saan kwalipikado ang pasyente/guarantor batay sa kanyang aplikasyon. Halimbawa, kung maaaprubahan ang isang guarantor para sa 50% diskwento sa pinansyal na tulong sa Enero 1 at mayroon siyang 5 nakaraang petsa ng serbisyo na may hindi pa nababayarang balanse, babawasan nang 50% ang self-pay na balanse para sa bawat isa sa 5 account na iyon. Makakatulong ang mga staff ng Pinansyal na Pagpapayo sa guarantor na bumuo ng kasunduan sa plano sa pagbabayad kung may matitira pang balanse pagkatapos mailapat ang mga diskwento sa pinansyal na tulong.

4.3.1.9 Gamitin lang ang mga nakaraang pasya sa pagiging kwalipikado sa sumusunod na paraan: Kung kasalukuyang kalahok sa FAP ang isang pasyente at babalik siya sa Rady Children's para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, awtomatikong palalawigin nang anim (6) na buwan ang paglahok sa FAP para sa lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo. Halimbawa, kung unang

maaaprubahan ang pasyente/guarantor para sa pinamurang pangangalaga sa Enero 1, palalawigin ang paglahok sa FAP para sa lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo sa pagitan ng Enero 1 at Hunyo 30.

4.3.1.10 Puwedeng suspindihin ng Rady Children's ang pinal na pasya sa pagiging kwalipikado sa FAP para sa account ng isang pasyente kung may naaangkop na impormasyon at abiso na ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng pasyente ay posibleng resulta ng TPL, sa mga legal na paglilitis para matukoy ang TPL. Kung matutukoy sa paunang pagsusuri sa aplikasyon para sa FAP na kwalipikado sa FAP ang pasyente, ipagpapaliban ng Rady Children's ang mga statement ng pasyente habang nakabinbin ang resulta sa usapin ng TPL. Kapag may naaangkop nang impormasyon at abiso na natapos na ang mga legal na paglilitis para sa TPL at naipabatid na ang resulta o resolution sa usapin ng TPL, ipoproseso ulit ng Rady Children's ang aplikasyon para sa FAP at gagawa ito ng pinal na pasya sa pagiging kwalipikado sa FAP.

4.3.1.11 Puwedeng suspindihin ng Rady Children's ang pinal na pasya sa pagiging kwalipikado sa FAP para sa Mga Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance, na may CSBP na nangangailangan ng direktang reimbursement sa pasyente. Kapag nakatanggap na ng naaangkop na impormasyon at abiso sa timeframe na nakabalangkas sa 4.2.4, mula sa CSBP ng Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance tungkol sa pagtanggi o pasya sa saklaw para sa paglampas sa limitasyon sa benepisyo ng pasyente, ipoproseso ulit ng Rady Children's ang aplikasyon sa FAP at gagawa ito ng pinal na pasya sa pagiging kwalipikado sa FAP.

4.4 MAY DISKWENTONG PAGBABAYAD (LIMITADONG INAASAHANG REIMBURSEMENT)

4.4.1 Ang mga pasyenteng matutukoy ng Rady Children's bilang Mga Pasyenteng Pinansyal na Kwalipikado alinsunod sa Seksyon 4.3.1.6 sa itaas ay bibigyan ng May Diskwentong Pagbabayad sa sumusunod na paraan:

4.4.1.1 <u>Mga Pagbabayad na May Diskwento ng Ospital.</u> Ilalapat ng Rady Children's ang "Mga Limitasyon sa Pagbabayad" na ito para magbigay ng mga diskwento sa lahat ng Kalahok sa FAP para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng ospital. Ilalapat ang mga limitasyon ito sa pagbabayad sa Mga Pasyenteng Walang Insurance na may Kita ng pamilya na mas mataas sa 400%, hanggang 550% ng FPL; Mga Pasyenteng May Insurance at Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance na May Malalaking Medikal na Gastusin at Kita ng pamilya na nasa o wala pa sa 450% ng FPL; Mga Pasyenteng May Insurance at Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance na may mga hindi sinasaklaw na singil at Kita ng pamilya na nasa

o wala pa sa 450% ng FPL; at mga pasyente, may insurance man o wala o miyembro man ng CSBP, na may Malalaking Medikal na Gastusin.

4.4.1.1.1 Lilimitahan ang bayad ng Kalahok sa FAP sa halagang inaasahan ng Rady Children's na matatanggap nito, nang may mabuting hangarin, para sa mga parehong serbisyo mula sa Medicare, Medi-Cal, o iba pang programa sa kalusugan na sino-sponsor ng pamahalaan kung saan kasali ang Rady Children's, alinman doon ang mas malaki. Tutukuyin ng Rady Children's ang limitasyon sa bayad sa pamamagitan ng pagtukoy sa inaasahang halaga ng reimbursement para sa parehong serbisyo, sa pamamagitan ng pagbanggit sa mga code ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan (gaya ng mga code ng kita, HCPCS, CPT, ICD-9, APR). Gayunpaman, hindi kailanman lalampas ang bayad sa halagang pangkalahatang sinisingil (amount generally billed, AGB).

4.4.1.1.2 Ang bayad ng Kalahok sa FAP para sa mga serbisyo ng ospital kung saan walang itinakdang bayad ang Medicare, Medi-Cal, o iba pang programang sino-sponsor ng pamahalaan ay lilimitahan sa may diskwentong rate ng CDM alinsunod sa patakarang ito.

4.4.1.1.3 Para sa Mga Pasyenteng May Insurance at Pasyenteng May CSBP na Walang Insurance na May Malalaking Medikal na Gastusin at Kita ng Pamilya na lampas 400%, hanggang 450% ng FPL, ilalapat ang Mga Limitasyon sa Pagbabayad sa seksyon 4.4.1.1 sa itaas sa bahagi ng bill na responsibilidad ng pasyente, kasama ang (mga hindi Medi-Cal na) mga copayment at naibabawas.

4.4.1.1.4 Ang bayad ng Mga Kalahok sa FAP na May Malalaking Medikal na Gastusin ay lilimitahan sa bayad na hindi lalampas sa sobra sa pagitan ng halaga ng bayad na available mula sa anumang third-party na tagapagbayad at maximum na rate na itinakda para sa isang serbisyo alinsunod sa CDM (Tingnan ang HPM 7-55, Patas na Pagpepresyo ng Ospital at Doktor ng Departamento para sa Emergency.)

4.4.1.1.5 Hindi kailanman lalampas ang bayad ng Kalahok sa FAP sa AGB sa mga pasyenteng may pribadong insurance. Tutukuyin ng Rady Children's ang AGB para sa bawat HPM 7-55, Patas na Pagpepresyo ng Ospital at Doktor ng Departamento para sa Emergency.

4.4.1.1.6 Gagamit ang Rady Children's ng sliding scale na pamamaraan para masingil ang Mga Kalahok sa FAP ng porsyento ng mga singil depende sa Kita ng Pasyente/Pamilya. Posible itong magresulta sa pagkakaiba-iba ng mga halagang sisingilin sa iba't ibang kalahok sa FAP para sa parehong serbisyo depende sa antas ng kita, pero hindi kailanman lalampas ang inaasahang bayad sa maximum na pinapayagan sa patakarang ito.

4.4.1.1.7 Posibleng hilingin ng Rady Children's sa isang pasyente/Guarantor na bayaran ang ospital ang buong halaga ng anumang reimbursement na direktang ipinadala sa pasyente/Guarantor ng isang third-party na nagbabayad para sa mga serbisyo ng ospital na iyon.

4.4.1.1.8 Kung makakatanggap ang pasyente/Guarantor ng legal na areglo, pagpapasya, o award sa ilalim ng isang may pananagutang pagkilos ng third party kung saan kasama ang pagbabayad para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o medikal na pangangalagang nauugnay sa pinsala, posibleng atasan ng Ospital ang pasyente/Guarantor na i-reimburse ang Ospital para sa mga nauugnay na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinigay hanggang sa halagang makatuwirang na-award para sa layuning iyon.

4.4.1.2 Gagamitin ng Rady Children's ang sumusunod na paraan para makalkula ang AGB:

4.4.1.2.1 Maglapat ng taunang look-back na (retrospective na) pagsusuri, pagkatapos isara ang nakaraang taon ng pananalapi, sa mga aktwal na nakaraang claim na binayaran sa Ospital ng Medicare fee-for-service kasama ng lahat ng pribadong insurer sa kalusugan at CSBP.

4.4.1.2.2 Makikita ang (mga) taunang porsyento ng AGB at makakakuha ng libreng paglalarawan ng kalkulasyon kapag hiniling sa Tanggapan ng Pinansyal na Pagpapayo sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa 858-966-4005 o pagpapadala sa kanila ng nakasulat na kahilingan sa 3020 Children's Way, MC 5055, San Diego, CA 92123-4282. Makakakita rin ng kopya sa website ng Rady Children sa https://www.rchsd.org/patients-visitors/financial-assistance/.

4.4.1.2.2.1 Kakalkulahin ang limitasyon nang tulad sa halimbawang ito:

Rate ng CDM ($50)

- Bayad sa Saklaw ng Third-Party ($25)

= Maximum na bayad ng Kalahok sa FAP ($25)

4.4.1.3 May Diskwentong Pagbabayad sa Doktor ng Departamento para sa Emergency.

4.4.1.3.1 Ang isang doktor na pang-emergency na nagbibigay ng mga pang-emergency na medikal na serbisyo sa isang ospital na nagbibigay ng pang-emergency na pangangalaga ay inaatasan ng batas na magbigay ng mga diskwento sa mga pasyenteng walang insurance o pasyenteng may mataas na medikal na gastusin, gaya ng tinutukoy sa itaas.

4.4.1.3.2 Nakadepende ang Mga Doktor na Pang-emergency ng Rady Children's sa pagpapasya ng ospital sa pagiging kwalipikado sa FAP.

4.4.1.3.3 Gagawin ang May Diskwentong Pagbabayad para sa mga serbisyo ng Doktor na Pang-emergency ng Rady Children's alinsunod sa patakaran at pamamaraang ito, maliban na lang kung may mga pagkakaibang tulad sa nakasaad sa ibaba.

4.4.1.3.4 Lilimitahan ng Rady Children's ang mga pagbabayad mula sa mga kalahok ng FAP para sa mga serbisyo ng Doktor na Pang-emergency sa halaga na hindi lalampas sa (a) 50% ng median ng mga naka-bill na singil batay sa pambansang kinikilalang database ng mga singil ng doktor at surgeon hanggang sa magawa ang isang database na nagbibigay ng median o average ng mga rate na binayaran ng mga komersyal na insurer para sa mga pareho o katulad na serbisyo sa pareho o katulad na heograpikong rehiyon o (b) 50% ng aktwal na naka-bill na singil gamit ang Master ng Paglalarawan ng Singil ng Rady Children's.

4.5 LIBRE/GANAP NA PINAMURANG PANGANGALAGA

4.5.1 Ang Mga Self-Pay na Pasyenteng may Kita ng pasyente/Pamilya na hindi lumalampas sa 400% ng FPL ay makakatanggap ng Kawanggawanag Pangangalaga

4.5.2 Ang mga hindi medikal na kinakailangang serbisyo na para lang sa pagpapaganda ay kwalipikado lang para sa Pinamurang Pangangalaga sa sariling pagpapasya ng Rady Children's.

4.6 PRESUMPTIVE NA PAGIGING KWALIPIKADO

4.6.1 Iba sa manwal na proseso ng aplikasyon na nakabalangkas sa seksyon 4.2, puwede ring ipagpalagay na kwalipikado ang mga pasyente para sa pinansyal na tulong gamit ang mga sumusunod:

4.6.1.1 Ebidensyang ibinigay sa pamamagitan ng paggamit ng third-party na tool para sa screening, anuman ang katayuan ng insurance.

4.6.1.2 Kawalan ng tirahan o katayuan ng pagiging refugee, kapag walang available na demograpiko ng pasyente.

4.6.2 Para maging kwalipikado para sa pinansyal na tulong sa ilalim ng presumptive na pagiging kwalipikado, dapat makatugon ang pasyente sa mga parehong pag-aatas ng antas ng kahirapan ayon sa pederal sa mga pasyenteng kumukumpleto sa mawual na proseso ng aplikasyon na inilalarawan sa seksyon 3.0 sa itaas. Ang impormasyong makukuha mula sa third-party na tool para sa screening ay gagamitin para makumpirma ang katayuan sa pananalapi ng pasyente at puwedeng gamitin bilang ang tanging dokumentasyon sa paggawa ng pasya sa pinansyal na tulong.

4.6.3 Magagawa ng mga pasyenteng iyon, na itituring na hindi kwalipikado para sa pinansyal na tulong sa pamamagitan ng proseso ng presumptive na pagiging kwalipikado, na mag-apply sa pamamagitan ng karaniwang proseso ng aplikasyon na idinedetalye sa seksyon 4.2.

4.7 ABISO SA MGA PASYENTE AT ACCESS AT IMPORMASYON SA DEPARTAMENTO NG PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN

4.7.1 Gagawin ng Rady Children’s ang mga sumusunod:

4.7.1.1 Bigyan ang lahat ng pasyente, na walang saklaw sa insurance mula sa isang third-party, ng aplikasyon para sa Medi-Cal, Healthy Families, California Health Benefit Exchange, o iba pang programa ng pamahalaan (basta't available sa Rady Children’s). Ibibigay ang mga aplikasyong ito sa mga pasyente sa departamento para sa pang-emergency na pangangalaga, oupatient sa Ospital, at bago pauwiin ang mga inpatient sa Ospital.

4.7.1.2 Ipabatid sa lahat ng self-pay na indibidwal ang tungkol sa availability ng Pagtataya Nang May Mabuting Hangarin (Good Faith Estimate, GFE) sa pag-iiksedyul o kapag humiling at magbigay ng nakasulat na GFE sa timeframe ayon sa Batas na No Surprises na nagbabalangkas sa inaasahang gastusin sa nakaiskedyul na serbisyo at impormasyon para sa FAP at FAA ng Rady Children’s, at sa impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng mga staff ng Rady Children's na makakatulong sa higit pang impormasyon.

4.7.1.3 Magbigay ng nakasulat na abiso sa panahon ng serbisyo o bago pauwiin ang lahat ng Pasyenteng May Insurance, Walang Insurance, May CSBP na Walang Insurance, at Self-Pay na Pasyente/guarantor tungkol sa availability ng FAP ng Rady Children’s kasama ang impormasyon tungkol sa pagiging kwalipikado, impormasyon sa pakikipag-ugnayan na kinakailangan para makapag-apply, internet address para sa listahan ng mga nabibilhing serbisyo sa ospital, at impormasyon tungkol sa mga organisasyong makakapagbigay ng higit pang tulong gaya ng Health Consumer Alliance.

4.7.1.4 Isumite ang dokumentong ito ng patakaran at pamamaraan, kasama ang isang halimbawang form ng aplikasyon para sa FAP sa Departamento ng Access at Impormasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan (Health Care Access and Information, HCAI) ng California kapag may malaking pagbabago o na-update ang mga dokumento, at abiso sa HCAI hindi bababa sa kada dalawang taon kapag walang ginawang pagbabago.

4.7.1.5 I-post ang dokumentong ito ng patakaran at pamamaraan, ang isang buod ng dokumentong ito na gumagamit ng mga simpleng salita, at ang form ng aplikasyon para sa FAP sa website ng Ospital.

4.7.1.6 Mag-alok at magbigay ng mga aktwal na kopya ng dokumentong ito, ng aplikasyon para sa FAP, at ng buod ng dokumentong ito na gumagamit ng mga simpleng salita.

4.7.1.6.1 at nang walang singil sa pamamagitan ng koreo

4.7.1.6.2 bilang bahagi ng proseso ng pag-intake o pag-discharge ng Ospital, at

4.7.1.6.3 sa mga pampublikong lokasyong madaling makita, kasama ang departamento para sa pang-emergency na pangangalaga, lugar para sa pag-admit ng pasyente, tanggapan para sa pagsingil, Pagpaparehistro-Access ng Pasyente, at iba pang lugar para sa outpatient.

4.7.1.7 Abisuhan at ipaalam sa mga miyembro ng komunidad ang tungkol sa FAP sa paraang makatuwirang kinalkula para maabot ang mga miyembrong pinakanangangailangan ng pinansyal na tulong mula sa Ospital.

4.7.1.8 Magsama ng malinaw na nakasulat na abiso sa mga billing statement tungkol sa availability ng FAP, kasama ang numero ng telepono ng tanggapan ng Ospital na makakapagbigay ng impormasyon tungkol sa proseso ng aplikasyon, at isang website address kung saan naka-post ang patakaran at pamamaraang ito.

4.7.1.9 I-accommodate ang lahat ng makabuluhang populasyon ng pasyente na may limitadong kaalaman sa Ingles (limited English proficiency, LEP) sa pamamagitan ng mga nakasaling dokumento ng FAP, aplikasyon para sa FAP, at buod na gumagamit ng mga simpleng salita sa (mga) pangunahing wika na ginagamit ng populasyon ng pasyente nito.

4.7.2 Gagawin ng Medical Practice Foundation ang sumusunod:

4.7.2.1 Magbigay ng partikular na abiso tungkol sa FAP sa pagsingil ng mga pasyenteng hindi nagbigay ng patunay ng Saklaw ng Third-Party. Makakakita sa abisong ito ng malinaw na nakasulat na abiso sa mga billing statement tungkol sa availability ng FAP, kasama ang numero ng telepono ng tanggapan ng Ospital na makakapagbigay ng impormasyon

tungkol sa proseso ng aplikasyon, at isang website address kung saan naka-post ang patakaran at pamamaraang ito.

4.8 REIMBURSEMENT NG MGA SOBRANG SINGIL

4.8.1 Ire-reimburse ng Rady Children's sa mga pasyente ang sobra sa halagang dapat bayaran sa ilalim ng FAP, kasama ang naaangkop na interes sa loob ng 30 araw mula sa pag-apruba sa kanilang aplikasyon para sa pinansyal na tulong.

4.8.1.1 Hindi inaatasan ang Ospital na i-reimburse ang mga pasyente o magbayad ng interes kung ang dapat bayarang halaga ay wala pang limang dolyar ($5.00).

4.8.2 Ituturing ang mga sumusunod na mga halagang binayaran na sobra sa halagang dapat bayaran sa ilalim ng FAP:

4.8.2.1 Anumang bayad ng pasyente na binayaran para sa hindi pa nababayarang balanse ng pasyente/pamilya, mula sa petsa ng pagsusumite sa isang aplikasyon para sa pinansyal na tulong hanggang sa petsa ng pag-apruba rito

4.8.2.2 Anumang bayad ng pasyente pagkatapos maaprubahan ang isang aplikasyon para sa pinansyal na tulong na lumalampas sa halagang dapat bayaran batay sa mga may diskwentong rate na nakabalangkas sa 4.3 sa itaas. ibig sabihin, Ang dapat bayaran ng pasyente pagkatapos magkamali sa pagkalkula sa mga diskwento sa pinansyal na tulong, na nagresulta sa maling sobrang pagbabayad.

4.8.3 Naa-accrue ang interes sa isang sobrang bayad mula sa isang pasyenteng kwalipikado para sa FAP mula sa petsa ng pagtanggap ng Rady Children's sa bayad.

4.8.4 Naiipon ang interes sa rate na 10 porsyento kada taon sa halaga ng sobrang bayad at pino-prorate ito para sa anumang refund na maisusumite bago mag-1 taon mula sa petsa ng pagtanggap. Halimbawa, kung $1000 ang sobra sa maibabayad ng isang pasyente/pamilya sa Enero 1 at maibibigay ang refund sa susunod na buwan sa Pebrero 1, magbabayad ng interes na $8.33 sa pasyente na dagdag pa sa $1000 na refund.

4.9 LISTAHAN NG PROVIDER

4.9.1 Sinasaklaw ng FAP ang lahat ng miyembro ng Medical Foundation na Mga Medikal na Kawani ng Ospital. Makakakita ng listahan ng Rady Children's ng mga doktor ng Medical Foundation sa http://www.rchsd.org/rcssd/.

4.9.2 Sinasaklaw ng FAP ang mga Doktor na Pang-emergency na nagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa Ospital. Nagpapanatili ang Rady Children's ng listahan ng Mga Doktor na Pang-emergency sa http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergency medicine/urgent care.

4.9.3 Pinapanatili ng departamento ng Mga Serbisyo ng Mga Medikal na KawaniStaff ang mga listahan ng provider sa itaas, at ina-update ang mga ito bawat 90 araw.

4.9.4 Nakikipagtulungan ang Rady Children's sa mga tagalabas na provider (ibig sabihin, mga anesthesiologist, radiologist, at hospitalist) para matulungan kami sa paghahatid ng ilang partikular na espesyal na serbisyo. Hindi sinasaklaw ng FAP ang mga provider na ito, at posibleng iba ang kanilang mga patakaran sa pinansyal na tulong.

4.10 PAGTANGGI SA PINANSYAL NA TULONG

4.10.1 Puwedeng i-reverse ng Rady Children's ang Pinansyal na Tulong sa kasalukuyan na naibigay sa ilalim ng patakarang ito kung matutukoy nitong hindi totoo, mapanlinlang, o mapanloko ang impormasyong isinumite ng isang pasyente/Guarantor sa o kasama ng aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong.

4.10.2 Puwedeng bawiin ng Rady Children's ang isang aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong kung matutukoy nitong hindi totoo, mapanlinlang, o mapanloko ang impormasyong isinumite ng isang pasyente/Guarantor sa o kasama ng aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong.

4.10.3 Kung matutukoy ng Rady Children's na hindi kwalipikado sa FAP ang pasyente/Guarantor sa ilalim ng patakarang ito, aabisuhan nito ang nasabing pasyente/Guarantor tungkol sa pagtangging ito sa pamamagitan ng pagsulat. Aayusin ng departamento para sa Pinansyal na Pagpapayo ang pagpoproseso at pagpapadala sa mga komunikasyong ito.

4.10.4 Puwedeng i-reverse ng Rady Children's ang pinansyal na tulong sa kasalukuyan na ibinigay sa ilalim ng patakarang ito para masuspinde ang pinal na pagpapasya sa pagiging kwalipikado sa FAP ayon sa Seksyon 4.3.1.10. Ang pag-reverse alinsunod sa seksyon 4.10.4 na ito ay hindi magreresulta sa anumang karagdagang pinansyal na pananagutan para sa pasyente o guarantor, at ibabalik ang lahat ng ibinayad ng pasyente o guarantor habang nakabinbin ang pinal na pasya sa pagiging kwalipikado sa FAP. Magpapadala ng liham sa pasyente o guarantor na nagpapabatid sa kanya ng dahilan para sa pag-refund ng pagbabayad, at puwedeng hingin ang bayad na iyon mula sa pasyente o guarantor sa ibang pagkakataon kung matutukoy sa usapin ng TPL at pinal na pasya sa FAP na may pinansyal na responsibilidad ang pasyente o guarantor.

4.11 MGA HINDI PAGKAKASUNDO SA PAGIGING KWALIPIKADO

4.11.1 Puwedeng hindi magbigay ang Rady Children's ng Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad batay sa mga sumusunod na dahilan: 1) hindi pinansyal na kwalipikado ang pasyente o 2) hindi ibinigay ng pasyente/Guarantor ang kinakailangang dokumentasyon alinsunod sa patakaran at pamamaraang ito.

4.11.2 Itatalaga ng Rady Children's ang Tagapangasiwa ng Access ng Pasyente para masuri ang mga hindi pagkakasundo kaugnay ng pagiging kwalipikado. Dapat isumite ang mga hindi pagkakasundo sa pagiging kwalipikado sa Serbisyo sa Customer ng Ospital sa 858-966-4912 para sa dokumentasyon at pagsubaybay. Ire-refer ng Serbisyo sa Customer ang bawat hindi pagkakasundo sa Tagapangasiwa ng Access ng Pasyente para sa pagsusuri.

4.11.3 Lilimitahan ng Rady Children's ang mga aktibidad nito sa pangongolekta ng utang alinsunod sa patakaran nito sa Pagsingil at Pangongolekta ng Utang, HPM 7-56.

4.11.3.1 Makakakuha ng libreng kopya ng patakarang ito sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Tanggapan para sa Pinansyal na Pagpapayo sa 858-966-4005 o sa https://www.rchsd.org/patients-visitors/financial-assistance/. Puwede ring makakuha ng kopya sa koreo sa pamamagitan ng pagpapadala ng kahilingan sa Tanggapan para sa Pinansyal na Pagpapayo sa 3020 Children's Way, MC 5055, San Diego, CA 92123-4282 pati sa mga pampublikong lokasyon sa ospital.

4.12 **PAGTATASA SA MGA PANGANGAILANGAN SA KALUSUGAN NG KOMUNIDAD/PAGSUSURI SA BENEPISYO SA KOMUNIDAD**

4.12.1 Magsasagawa ang Rady Children's ng taunang Pagtatasa sa Mga Pangangailangan sa Kalusugan ng Komunidad/Pagsusuri sa Benepisyo sa Komunidad, na maa-access sa http://www.rchsd.org/health-safety/community-health-needs-assessment/.

4.13 Hindi puwedeng baguhin ang patakarang ito para alisin o bawasan ang mga benepisyo para sa mga tumatanggap nito. Dapat aprubahan nang maaga ng Compliance Department ang anumang mungkahing pagbabago sa patakarang ito.

5.0 MGA FORM:

5.1 Aplikasyon para sa FAP (Libre/Pinamurang Pangangalaga o May Diskwentong Pagbabayad)

5.2 Buod ng FAP

6.0 MGA KAUGNAY NA PATAKARAN:

6.1 HPM 7-55, Patas na Pagpepresyo ng Ospital at Doktor ng Departamento para sa Emergency

6.2 HPM 7-56, Pagsingil at Pangongolekta ng Utang

7.0 MGA REFERENCE:

7.1 California AB 774 (2007), AB 1503 - Kabanata 445 (2010), SB 1276 – Kabanata 758 (2014)– Batas sa Mga Patakaran sa Patas na Pagpepresyo ng Ospital (Kodigo sa Kalusugan at Kaligtasan 127400-127446), AB 532 (2022), AB 2297 (2024)

7.2 Pamagat 22, Kodigo ng Mga Regulasyon ng California, §§ 96005-96020, 96040-96050

7.3 https://hcai.ca.gov/HID/Products/Hospitals/Chrgmstr

7.4 Kodigo sa Kalusugan at Kaligtasan §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585 & 128770

7.5 Batas sa Proteksyon at Abot-kayang Pangangalaga para sa Pasyente

7.6 Kodigo ng Internal Revenue seksyon 501(r)

Isinulat Noong: Enero 2013
Binago Noong: Nobyembre 2019, Enero 2020, Mayo 2021, Marso 2022, Setyembre 2022, Hulyo 2023, Disyembre 2024
Sinuri Noong: Setyembre 2022