


| | | |
|--|--|--|
|  <input checked="" type="checkbox"/> PATAKARAN <input type="checkbox"/> PAMAMARAAN <input type="checkbox"/> PAMANTAYAN NG PAG-ALAGA <input type="checkbox"/> PAMANTAYANG PAMAMARAAN <input type="checkbox"/> PATNUBAY <input type="checkbox"/> IBA PA | PETSA NG PAG-APRUBA Setyembre 2022 | MANWAL: Gitnang Patakaran |
| | # NG TRACKING O PAGESUBAYBAY CPM 7-11 | |
| PAMAGAT: PROGRAMANG TULONG SA PAMPINANSYAL (MGA PATAKARAN SA PAGBABAYAD SA DISKWENTO AT KAWANGGAWANG PANGANGALAGA) | | |
| GINAMPANAN NG/NI: Lahat ng mga responsableng departamento ng RCHSD, kabilang ang Revenue Cycle, Patient Financial Services, Patient Access, at Financial Counselors. | | |

1.0 **LAYUNIN:**

1.1. Upang maitaguyod ang Rady Children's Hospital- Programa sa Tulong sa Pampinansyal o FAP ng San Diego (Hospital) para sa mga serbisyo sa inpatient at outpatient, kabilang ang mga medikal na pangangalaga at kinakailangang pangangalaga sa medisina, sa pamamagitan ng mga patakaran at pamamaraan para sa parehong kawanggawang pangangalaga at may diskwentong pagbabayad para sa mga pasyente na kwalipikado sa pampinansyal. Ang ospital ay tinutukoy bilang Rady Children's sa kabuuan ng dokumentong ito.

2.0 **MGA KAHULUGAN:**

- 2.1. Ang ibig sabihin ng **Mga Karaniwang Sinisingil na Halaga o AGB** ay ang nagdaang metodolohiya ng pagsusuri na ginamit ng Rady's Children upang kalkulahin ang isang limitasyon sa mga pagsingil sa mga kalahok sa Programang Tulong Pampinansyal.
- 2.2. Ang ibig sabihin ng **Puno ng Paglalarawan sa Singil o CDM** ay ang magkakatulad na iskedyul ng mga singil na kinakatawanan ng Rady's Children sa publiko bilang kanyang kabuuang singil para sa isang naibigay na serbisyo o item, kabilang ang para sa grupong nauugnay sa dyagnosis, hindi alintana sa nagbabayad.
- 2.3. Ang ibig sabihin ng **Kawanggawang Pangangala** ay alinman sa buong kawanggawang pangangalaga o bahagyang kawanggawang pangangalaga. **Buong Pangangalaga sa Kawanggawa** ay nangangahulugan ng libreng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, kung saan ang pasyente/Garantor ay inaasahang walang babayaran maliban sa isang copay. Ang ibig sabihin ng **Bahagyang Kawanggawang Pangangala** ay ang inaasahang pagbabayad ng pasyente at taga-garantiya ng bahagi ng mga singil.
- 2.4. Ang ibig sabihin ng **Diskwentong Pagbabayad** ay ang sitwasyon kung saan ang Ospital ay nagpasya na ang pasyente ay hindi kwalipikado para sa Buong Kawanggawang Pangangala, ngunit kwalipikado para sa isang diskwento at ay inaasahang magbayad ng bahagi lamang ng bayarin. Ito ay isang porma ng Bahagyang Kawanggawang Pangangalaga.
- 2.5. Ang ibig-sabihin ng **Pang-emergency na Physician** ay ang doktor na may katibayan na miyembro ng Medikal na Tauhan ng Ospital at ay nakakontra sa Ospital para magbigay ng mga serbisyon medikal na pang-emergency sa departamento ng pang-emergency o ED. Hindi kabilang sa "Pang-emergency na Physician" ang espesyalistang tinatawag sa ED o kung sinuman na tauhan, o may mga pribilehiyo, sa Ospital sa labas ng ED.

- 2.6. Ang ibig-sabihin ng **Mahalagang Gastos sa Pamumuhay** ay ang mga gastusin para sa anuman sa mga sumusunod; pagbabayad o sustento sa upa o bahay; mga suplay sa pagkain at sambahayan; mga kagamitan at telepono, mga damit; mga pagbabayad sa medikal o dental, insurance, paaralan o pangangalaga sa bata; suporta sa anak o asawa; mga gastusin ng transportasyon o sasakyan, kabilang ang insurance, gas, at mga pagpapaayos; mga hulogan na pagbabayad, paglalaba at paglilinis, at iba pang pambihirang gastusin.
- 2.7. Ang ibig-sabihin ng **Pamilya** o **Pamilya ng Pasyente**, para sa mga pasyente na nasa 18 anyos o mas matanda pa, ang asawa ng pasyente, rehistradong lokal na kapareha, at dumedependeng mga anak na wala pa sa 21 na edad, naninirahan man sa bahay o hindi. Para sa mga pasyete na wala pa sa 18 anyos ang edad, kabilang sa Pamilya ang mga magulang ng pasyente, tagapag-alagang kamag-anak, at iba pang mga anak (wala pa sa 21 na edad) ng magulang o tagapag-alagang kamag-anak.
- 2.8. Ang ibig-sabihin ng **Kalahok ng FAP** ay ang kwalipikado sa pampinansyal ng Rady Children's.
- 2.9. Ang ibig-sabihin ng **Mga Patnubay/Antas ng Pederal na Kahirapan FPL** ay ang mga patnubay sa kahirapan na binabago nang pana-panahon sa Pederal na Rehistro ng Kagawaran ng Kalusugan at Mga Serbisyo sa Tao ng United States, na itinatag sa <http://aspe.hhs.gov/poverty>.
- 2.10. Ang ibig-sabihin ng **Prograng Tulong Pampinansyal o FAP** ay ang programa ng Rady Children's na inilarawan ng patakaran at pamamaraan na ito at dinisenyo upang tulungan ang Mga Pasyente na Kwalipikado sa Pampinansyal sa pag-abot ng May Diskwentong Pagbabayad o Kawanggawang Pangangalaga para sa mga serbisyo sa Ospital at mga serbisyo ng Pang-emergency na Physician.
- 2.11. Ang ibig-sabihin ng **Pasyente na Kwalipikado sa Pampinansyal**:
 - 2.11.1. Ang walang insurance na pasyente na mayroong kinikita ang pamilya na o mas mababa sa 550% ng FPL; o
 - 2.11.2. Ang naka insurance na pasyente na may Mataas na Gastos sa Medikal at may isang kita ng Pamilya na o mas mababa sa 450% ng FPL; o
 - 2.11.3. Ang naka insurance na pasyente na may mga hindi saklaw na singil at may isang kita ng Pamilya sa o mas mababa sa 450% ng FPL; o
 - 2.11.4. Isang pasyente, maging wala o mayroong insurance, na may Mataas na Mga Gastos sa Medikal.
- 2.12. Ang ibig-sabihin ng **Taga-garantiya** ay ang tao na may responsibilidad sa pampinansyal para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng pasyente, karaniwan ang pasyente, magulang, o ligal na tagapag-alaga.
- 2.13. Ang ibig-sabihin ng **Mataas na Gastos sa Medikal** ay ang alinman sa sumusunod, tulad ng inilapat sa (mga) petsa ng serbisyo
 - 2.13.1. Ang mga taunang sariling gastos ay aktwal na binayaran para sa pasyente na nadala sa Ospital na lampas sa 10% ang kinikita ng Pamilya sa unang 12 buwan (tinutukoy sa pamamagitan ng paghahambing para sa parehong mga gastos mula sa bulsa ng pasyente/Garantor para sa pasyente sa kita ng Pamilya ng Pasyente bago ang 12 buwang panahon). Halimbawa, kung ang pasyente/garantor ay nagsumite ng Aplikasyon ng Tulong Pinansyal o Financial Assistance Application (FAA) noong Enero 1, ang dokumentasyon ng kita at gastusin ay dapat ibigay para sa naunang Enero 1 hanggang Disyembre 31.
 - 2.13.2. Ang taunang mula sa bulsa na mga gastos ay aktwal na binayaran para sa pasyente na nadala sa Ospital na lampas sa 10% ng kasalukuyang kita ng pamilya. Kapag ginamit ang kasalukuyang kita bilang batayan para sa pagpapasiya, ang pagpapayo sa pananalapi ay gagamitin ang kita sa buwan ng aplikasyon ng tulong pinansyal o financial assistance application (FAA) at i-multiply ito sa 12 upang matukoy ang inaasahang taunang kita.
 - 2.13.3. Ang taunang mula sa bulsa na mga gastos ay aktwal na binayaran para sa pasyente na lumampas sa 10% ang kita ng Pamilya sa naunang 12 buwan o ang kasalukuyang kita

ng pamilya kung ang pasyente/Garantor ay nagbigay ng dokumentasyon ng mga gastusin sa medikal na binayaran sa naunang 12 buwan (tinutukoy sa pamamagitan ng paghahambing ng kabuuang gastos sa pagpapagamot, kabilang ang mga hindi nadala sa Ospital, ang aktwal na nagbayad para sa pasyente sa kita ng Pamilya ng pasyente). Kung gagamitin ang kasalukuyang kita, gagamitin ng tagapayo ng pinansyal ang kita sa buwan ng aplikasyon ng tulong pinansyal o financial assistance application (FAA) at i-multiply ito sa 12 upang matukoy ang inaasahang taunang kita.

- 2.13.4. Ang (mga) resibo o (mga) kwenta ng mga gastos na binayaran ay dapat kasama sa FAA ng garantor. Ang isang pinirmahang pagpapatunay ay hindi tatanggapin bilang patunay ng Mataas na Gastos sa Medikal.
- 2.14. Ang ibig-sabihin ng **Mga Serbisyon Medikal na Kinakailangan** ay ang mga makatuwiran at kinakailangan mga serbisyo upang maprotektahan ang buhay, upang maiwasan ang makabuluhang karamdaman o makabuluhang kapansanan, o upang maibsan ang matinding sakit o paghihirap sa pamamagitan ng diagnosis o paggamot ng sakit, karamdaman o pinsala, kapwa mental at pisikal, na tinutukoy ng isang lisensyadong propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na kumikilos sa loob ng naaangkop na saklaw ng propesyonal na kasanayan.
- 2.15. Ang ibig-sabihin ng **Mga Ari-arian na Hingil sa Pera** ay mga ari-arian na madaling mapapalitan sa pera, tulad ng mga bank account at pampublikong ipinagpalit na paninda, ngunit hindi hindi naipapalit sa perang ari-arian tulad ng real estate. Ang mga ari-arian na pera ay hindi kasama ang pagreretiro o ipinagpalibang mga plano sa pagbabayad, at ni ang unang \$10,000 ng Mga Perang Ari-arian, ni 50% ng Mga Perang Ari-arian higit sa unang \$10,000, ay mabibilang sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado sa FAP batay sa mga perang ari-arian.
- 2.16. **Batas sa Walang Sorpresa**, nalalapat sa mga ospital at tagabigay nagpapalawig ng mga proteksiyong pederal sa pinansyal at impormasyon sa mga indibidwal na sakop ng mga komersyal na plano at nagpapataw ng mga bagong limitasyon sa pagsingil ng balanse at pagbabahagi sa gastos ng pasyente para sa mga hindi nakaseguro na pasyente.
- 2.17. Ang ibig-sabihin ng **Kita ng Pasyente/Pamilya** ay kinakalkulang kita tulad ng sumusunod: Kabuuang kita ng Pasyente at Pamilya bago ang buwis. Ang mga plano sa pagreretiro o naantalang-kompensasyon na kwalipikado sa ilalim ng Code ng Panloob na Kita o Internal Revenue Code, o hindi kwalepikadong plano sa naantalang-kompensasyon, ay hindi dapat isama sa mga kalkulasyon ng kita o ari-arian.)
- 2.18. Ang ibig-sabihin ng **Plano sa Pagbayad** ay ang buwanang pagbabayad sa napagkasunduang mga tuntunin sa pagitan ng Ospital at ng pasyente/Taga-garantiya.
- 2.19. **Self-pay na Pasyente** nangangahulugan na ang isang pasyente na wala o piniling hindi gumamit ng ikatlong partido na pagsaklaw mula sa isang tagaseguro sa kalusugan, planong serbisto sa pangangalagang pangkalusugan, Medicare, o Medicaid, at ang pinsala ay hindi isang hindi mababayarang pinsala para sa mga layunin ng kompensasyon ng manggagawa, seguro sa sasakyan, o iba pang seguro ayon sa itinakda at dokumentado ng Ospital. **Pinansyal na Kwalipikado na Self-pay na mga Pasyente** ay Mga Pasyenteng walang ikatlong partido na seguro o iba pang saklaw at ang Kita ng Pasyente/Pamilya ay hindi lalampas sa 550% ng FPL. Ang Mga Pasyenteng Kwalipikado sa Pananalapi sa Sariling-Pagbabayad ay maaaring isama ang mga pasyente ng Kawanggawang Pangangalaga.
- 2.20. Ang ibig-sabihin ng **Nagbabayad na Third Party** ay pribadong insurance kabilang ang saklaw na inaalok sa pamamagitan ng Pagpapalitan ng Mga Benepisyong Pangkalusugan ng California, Bayad ng Manggagawa, insurance sa sasakyan, pati na rin ang saklaw ng programa sa pangangalaga ng kalusugan tulad ng Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, CHAMPUS, Malulusog na Pamilya.
- 2.21. Ang ibig-sabihin ng **Pananagutan ng Third Party o TPL** ay ang isang tao o entidad na ibapa sa pasyente o ang Ospital ay inaakusahan o hinuhusgahan na maging ligal na responsable para sa kondisyong medikal ng pasyente at mga serbisyon medikal na kinakailangang sa pangangalaga ng kalusugan, karaniwang sanhi ng isang pinsala sa pasyente.

2.22. Ang ibig-sabihin ng **walang insurance na pasyente** ay isang Pasyente na Sariling Nagbabayad.

3.0 PATAKARAN:

- 3.1. Ito ang patakaran ng Rady Children's upang magbigay ng tulong pampinansyal sa Programa sa Tulong sa Pampinansyal o FAP ng Rady Children's.
 - 3.1.1. Mga pasyenteng walang insurance na may kita ng Pamilya na o mas bababa sa 550% ng FPL;
 - 3.1.2. Ang mga pasyenteng naka insurance na mayroong Mataas na Mga Gastusin sa Medikal at isang kita ng Pamilya sa o mas mababa sa 450% ng FPL;
 - 3.1.3. Ang mga pasyenteng naka insurance na may mga hindi saklaw na singil at isang kita ng Pamilya na o mas mababa sa 450% ng FPL; at
 - 3.1.4. Ang mga mayroon at walang insurance na pasyente na mayroong Mataas na Mga Gastusin sa Medikal.

4.0 MGA PAMAMARAAN:

4.1. PANGANGASIWA NG PROGRAMA

- 4.1.1. Pangangasiwaan ng Rady Children's ang isang FAP upang tulungan ang Mga Pasyente na Kwalipikado sa Pampinansyal sa pagkuha ng mga may diskwentong bayad at/o Kawanggawang Pangangalaga para sa mga serbisyo sa Ospital at mga serbisyong Pang-emergency na Physician.

4.2. PROSESO NG APLIKASYON

- 4.2.1. Upang mag-aplay para sa programa ng FAP at humiling ng pagpapasiya sa pagiging kwalipikado, ang pasyente/Taga-garantiya ay dapat magsumite ng isang kumpletong Aplikasyon sa Tulong Pampinansyal sa Departamento ng Pagpapayo sa Pananalapi.
- 4.2.2. Ang lahat ng hindi nakaseguro na mga pasyente at/o mga garantor na nag-a-apply para sa pinansiyal na tulong ay inaasahang ituloy ang mga opsyon sa pampublikong seguro ng pangkalusugan, kabilang ngunit hindi limitado sa Medi-Cal o Mga Serbisyong Pambata ng California, bago gumawa ng panghuling pagpapasiya sa pagiging karapat-dapat sa FAP ang Rady Children's. Kung tinanggihan, ang Rady Children's ay dapat na makatanggap ng isang kopya ng pagtanggap. Ang tauhan sa pagpapayo sa pampinansyal ng Rady Children ay gagawin ang bawat makatuwirang pagsisikap na tulungan ang mga pamilyang nag-a-apply para sa Rady Children's FAP na may pagkumpleto ng mga aplikasyon para sa mga pagpipilian sa pagpopondo ng pamahalaan kung saan maaari silang maging kwalipikado. Kapag nabigong sumunod sa proseso ng aplikasyon o magbigay ng kinakailangang mga dokumento ay maaaring kilalanin sa pagpapasiya. Ang sadyang pagkabigo ng pasyente/taga-garantiya na makipagtulungan ay maaaring magresulta sa kawalan ng kakayahan ng Rady Children's na magbigay ng tulong pampinansyal.
 - 4.2.2.1. Kung ang pasyente/garantor ay hindi umabot sa itinakdang petsa para mag-apply para sa retro-active Medi-Cal o iba pang seguro para sa isang partikular na petsa ng serbisyo, ang pasyente/garantor ay dapat makipagtulungan sa Departamento ng Pinansyal na Pagpapayo ng Rady Children's sa pag-apply para sa patuloy na saklaw bago ang kasalukuyang natitirang self-pay na mga balanse sa pagbabayad ay isasaalang-alang para sa Rady Children's FAP.
- 4.2.3. Ang mga pasyenteng nakaseguro at/o mga garantor na nag-a-apply para sa tulong pinansyal para sa mga balanseng nauugnay sa responsibilidad ng pasyente (halimbawa, co-insurance, naibabawas o copays na inilapat ng kanilang planong pangkalusugan) ay maaaring hilingin na ituloy ang pangalawang pampublikong seguro sa kalusugan tulad ng nakabalangkas sa 4.2.2. kung ang isang paunang pagsusuri sa pananalapi ay

nagpapahiwatig ng potensyal na pagiging karapat-dapat. Ang sadyang pagkabigo ng pasyente/garantor na makipagtulungan ay maaaring magresulta sa kawalan ng kakayahan ng Rady Children's na magbigay ng tulong pinansyal.

- 4.2.4. Ang pasyente/Taga-garantiya ay bibigyan ng 21 araw mula sa petsa kung kailan nauna na silang nagsumite ng aplikasyon upang gawin ang bawat makatuwirang pagsisikap na maibigay ang lahat ng mga sumusunod:
 - 4.2.4.1. Dokumentasyon ng kita ng Pasyente/Pamilya. Ang kita ay maaaring mapatunayan sa pamamagitan ng alinman sa mga sumusunod na mekanismo. Dapat ibigay ang dokumentasyon mula sa parehong taon kung kailan isinumite ng pasyente/garantor ang kanilang FAA. Sa kaso ng mga balik buwis, ang pinakahuling pagbabalik, dapat itong ibigay bago ang petsa na ang FAA ay isinumite ng pasyente/garantor:
 - 4.2.4.1.1. Mga pagbabalik sa buwis (mas gusto)
 - 4.2.4.1.2. Kamakailang lamang mga pay stub/paycheck remittance o pagberipika ng telepono ng employer
 - 4.2.4.1.3. Kung ang pasyente/Taga-garantiya ay hindi makapagbigay ng dokumentasyon ng kita, ang Rady Children's ay maaaring sa kanyang sariling paghuhusga ay hingan ang pasyente/Tag-garantiya na gumawa ng isang pagpapatunay na nilagdaan sa ilalim ng parusa ng perjury tungkol sa (i) ang katotohanan ng anumang impormasyon sa kita na ibinigay sa porma ng Aplikasyon ng Tulong Pampinansyal, (ii) isang paliwanag kung bakit hindi sila nakapagbigay ng dokumentasyon ng kita, at (iii) beripikasyon ng kawastuhan ng pagkalkula ng Rady Children's ng kanilang kita.
 - 4.2.4.2. Dokumentasyon ng mga ari-arian kung (a) nag-a-apply para sa Kawanggawang Pangangalga at (b) hiniling ng Rady Children's.
 - 4.2.4.3. Ang dokumentasyon ng mga gastusin sa medisina, kabilang ang kung saan naaangkop ang mga gastusin sa medikal na hindi natamo sa Ospital, talagang binayaran para sa pasyente sa nakaraang 12 buwan. Hindi kinonsidera ang mga gastos na natamo ng taga-garantiya, na hindi nauugnay sa pasyente.
 - 4.2.4.4. Dokumentasyon ng pagkakaroon o kawalan ng saklaw sa kalusugan ng third party (pribadong insurance kabilang ang saklaw na inaalok sa pamamagitan ng California Health Benefits Exchange, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, Worker's Compensation, insurance sa sasakyan, o iba pa).
 - 4.2.4.5. Ang mga pag-aalis o paglabas na pinahihintulutan ang Rady Children's upang makakuha ng impormasyon ng account mula sa mga institusyong pampinansyal o komersyal, o (kung naaangkop) iba pang mga nilalang na humahawak ng mga ari-ariang pera.
- 4.2.5. Ang Rady Children's ay maaaring sa kanyang sariling paghuhusga ay magbigay ng karagdagang oras para sa isang pasyente/Tag-garantiya na gumawa ng mga dokumento bilang suporta sa aplikasyon, halimbawa sa mga kaso kung saan humihiling ang Rady Children's ng karagdagang impormasyon pagkatapos ng 21 araw mula sa petsa ng aplikasyon.

4.3. MGA PAGPAPASIYA SA PAGIGING KWALIPIKADO

- 4.3.1. Ang Departamento ng Pagpapayo sa Pananalapi ng Rady Children's:
 - 4.3.1.1. Tukuyin ang pagiging kwalipikado sa FAP sa lalong madaling panahon matapos makumpleto ang proseso ng aplikasyon sa itaas.
 - 4.3.1.2. Uriin ang account ng pasyente bilang Sariling Nagbabayad habang nasa proseso ang pagpapasiya ng pagiging kwalipikado.
 - 4.3.1.3. Kapag naisumite na ang kumpletong aplikasyon para sa tulong pinansyal,

gagawa ang Departamento ng Pagpapayo sa Pinansyal ng panghuling desisyon sa pagiging karapat-dapat sa FAP bago ipagpatuloy ang anumang mga nakaraang aksyon sa pagkolekta.

- 4.3.1.4. Isaalang-alang at kumilos nang makatuwiran kapag ang isang pasyente/Taga-garantiya ay nabigong magbigay ng makatuwiran at kinakailangang dokumentasyon tulad ng hinihiling ng patakarang ito upang suportahan ang kanilang aplikasyon ng FAP. Kung ang dokumentasyon ay mahalaga sa isang pagpapasiya ng FAP, maaaring tanggihan ng Rady Children's ang pakikilahok ng FAP kung hindi ito makagagawa ng pagpapasiya sa pagiging kwalipikado. Kung ang Rady Children's ay gagawa ng isang makatuwirang pagpapasiya sa kawalan ng dokumentasyon, magsisikap itong gawin ito.
- 4.3.1.5. Huwag gumawa ng pangwakas na pagpapasiya ng hindi pagiging kwalipikado para sa FAP hanggang sa hindi bababa sa 150 araw mula sa paunang petsa ng pagsingil.
- 4.3.1.6. Tukuyin kung ang isang pasyente ay isang Pasyente na Kwalipikado sa Pampinansyal ay kwalipikado para sa mga diskwentong pagbabayad sa pamamagitan ng pagsusuri:

4.3.1.6.1. Kita ng Pasyente/Pamilya, kumpara sa FPL upang matukoy ang porsyento ng FPL. Ang FPL na higit sa 550% ay hindi kwalipikado para sa mga rate ng diskwento sa tulong na pampinansyal.

4.3.1.6.1.1. Mga pasyente na naka insurance na may Mataas na Gastusin sa Medikal o mga singil na hindi saklaw:

| FPL | Halaga ng Diskwento |
|------------------|---|
| Hanggang sa 400% | 100% Halaga ng Diskwento (kapwa bayad bawat talahanayan sa ibaba) |
| Hanggang sa 450% | 75% Halaga ng Diskwento |

Ang halaga ng diskwento para sa mga pasyente na naka insurance na may Mataas na Mga Gastusin sa Medikal o mga hindi saklaw na singil ay ilalapat sa pananagutan ng pasyente, na tinutukoy ng insurance.

4.3.1.6.1.2. Walang insurance na mga pasyente:

| FPL | Halaga ng Diskwento |
|------------------|---|
| Hanggang sa 400% | 100% Halaga ng Diskwento (kapwa bayad bawat talahanayan sa ibaba) |
| Hanggang sa 450% | 75% Halaga ng Diskwento |
| Hanggang sa 550% | 50% Halaga ng Diskwento |

Ang halaga ng diskwento para sa mga pasyente na walang insurance ay ilalapat sa mga singil batay sa Puno ng Paglalarawan sa Singil ng Rady Children's.

4.3.1.6.1.3. Iskedyul ng co-payment (Para lamang sa mga buong kalahok sa o mababa sa 400% ang FPL)

| Serbisyo ng ospital | Kapwa pagbabayad |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Pagbisita sa klinika | \$10.00/pagbisita |
| Pagbisita sa Serye ng Therapy | \$10.00/buwan |
| Madaliang Sentro ng Pangangalaga | \$25.00/pagbisita |
| Admisyon ng pasyente | \$100.00/admisyon |
| Outpatient na Paggagamot ng Ospital | \$50/outpatient na panggagamot |

4.3.1.6.2. Katayuan ng insurance ng naka o walang insurance, kabilang ang sa pamamagitan ng isang programa sa pangangalaga ng kalusugan

- ng estado o pederal.
- 4.3.1.6.3. Ang mga taunang gastos sa medikal ay aktwal na binayaran para sa pasyente sa naunang 12 buwan, kabilang ang mga hindi natamo sa Ospital.
 - 4.3.1.6.4. Kung ang pasyente ay may Mga Mataas na Gastusin sa Medikal, alinman sa:
 - 4.3.1.6.4.1. paghahambing ng taunang mula sa bulsa na gastos na natamo sa Ospital sa Kita ng Pamilya para matukoy kung ang taunang gastos mula sa bulsa ay lumampas sa 10% ng kita ng Pamilya sa naunang 12 buwan o kasalukuyang kita, o
 - 4.3.1.6.4.2. kung ang pasyente ay nagbigay ng dokumentasyon ng mga gastusin sa medikal na binayaran sa nakaraang 12 buwan, sa pamamagitan ng paghahambing ng kabuuang gastusin sa medikal (kasama na ang hindi natamo sa Ospital) talagang binayaran para sa pasyente sa kita ng Pamilya ng pasyente upang matukoy kung ang taunang mga gastusin sa labas ng bulsa ay lumampas sa 10% ng kita ng Pamilya. ang Kasalukuyang kita sa halip na nakaraang taon ay maaari ding gamitin. Kung ang kasalukuyang kita ay gagamitin bilang batayan para sa pagpapasiya, ang pagpapayo sa pananalapi ay gagamit ng kita mula sa buwan na isinumite ang FAA at i- tataunan ito (multiply sa 12 buwan).
 - 4.3.1.7. Tukuyin kung ang isang Pasyente na Kwalipikado sa Pampinansyal ay kwalipikado para sa Buong Kawanggawang Pangangalaga sa pamamagitan ng pagsusuri:
 - 4.3.1.7.1. Kita ng Pasyente/Pamilya, kumpara sa FPL upang matukoy kung ito ay nasa o mababa sa 400% ng FPL.
 - 4.3.1.7.2. Mga Aria-arian na Pananalapi ng Pasyente/Pamilya ng Pasyente.
 - 4.3.1.7.3. Kung ang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinigay sa pasyente ay medikal na kinakailangan, pili o kosmetiko na likas. Ang Rady Children's sa sarili nitong paghuhusga ay maaaring tanggihan ang Kawanggawang Pangangala para sa mga serbisyong pangkalusugan na hindi medikal na kinakailangan.
 - 4.3.1.8. Kung ang isang pasyente/garantor ay naaprubahan para sa tulong pinansyal, ang lahat ng mga account na may natitirang self-pay na balanse sa oras ng pagpapasiya ay iaakma alinsunod sa porsyentong diskwento kung saan ang pasyente/garantor ay karapat-dapat batay sa kanilang aplikasyon. Halimbawa, kung ang isang garantor ay naaprubahan para sa isang 50% na diskwento sa tulong pinansyal sa ika-1 ng Enero at may 5 naunang petsa ng serbisyo kung saan may natitirang balanse, ang balanse sa self-pay para sa bawat isa sa 5 account na iyon ay mababawasan ng 50%. Maaaring tulungan ng kawani ng Pagpapayo sa Pinansyal ang garantor sa pagtatatag ng kaayusan sa plano ng pagbabayad kung may natitirang balanseng dapat bayaran pagkatapos mailapat ang mga diskwento sa tulong pinansyal.
 - 4.3.1.9. Gumamit lamang ng mga naunang pagpapasiya sa pagiging kwalipikado lamang tulad ng sumusunod: Kung ang isang pasyente ay kasalukuyang kasali sa FAP at bumalik sa Rady Children's para sa mga serbisyong pangkalusugan, ang pakikilahok ng FAP ay awtomatikong mapapalawak sa loob ng 6 na buwan

para sa lahat ng mga serbisyong medikal na kinakailangan. Halimbawa, kung ang pasyente/garantor ay unang naaprubahan para sa kawanggawa noong ika-1 ng Enero, ang paglahok sa FAP ay palalawigin para sa lahat ng mga serbisyong medikal na kinakailangan na magaganap sa pagitan ng ika-1 ng Enero at ika-30 ng Hunyo.

- 4.3.1.10. Maaaring suspindihin ng Rady Children's ang pangwakas na pagpapasiya ng pagiging kwalipikado sa FAP para sa isang account ng pasyente sa naaangkop na impormasyon at mapansin na ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng pasyente ay maaaring resulta ng TPL, habang isinasagawa ang ligal na paglilitis upang matukoy ang TPL. Kung batay sa isang paunang pagsusuri ng aplikasyon ng FAP, kwalipikado sa FAP ang pasyente, ilalagay ng Rady Children's ang mga pahayag ng pasyente na nakabinbin ang resulta na paksa ng TPL. Sa naaangkop na impormasyon at abiso na ang ligal na paglilitis ng TPL ay nagtapos at ang resulta o resolusyon ng paksa ng TPL, ipoproseso muli ng Rady Children's ang aplikasyon ng FAP at gagawing isang panghuling pagpapasiya ng pagiging kwalipikado sa FAP.

4.4. MGA PAGBABAYAD SA DISKWENTO (LIMITADONG INAASAHANG MULING PAGBABAYAD)

- 4.4.1. Ang mga pasyente na natukoy ng Rady Children's ay Mga Pasyente na Kwalipikado sa Pampinansyal alinsunod sa Seksyon 4.3.1.6 sa itaas ay bibigyan ng Mga Pagbabayad sa Diskwento tulad ng sumusunod:

- 4.4.1.1. **Mga Pagbabayad ng Diskwento sa Ospital (Lahat ng Mga Kalahok sa FAP).** Ilalapat ng Rady Children's ang "Mga Limitasyon sa Pagbabayad" na ito upang magbigay ng mga diskwento sa lahat ng mga Kalahok sa FAP para sa mga serbisyong pangkalusugan na ibinibigay ng ospital. Alinsunod dito, ang mga limitasyon sa pagbabayad na ito ay nalalapat sa mga pasyente na walang insurance na may kita ng Pamilya na mas mababa sa 550% ng FPL; Ang mga pasyente na naka insurance na may Mataas na Mga Gastusin sa Medikal at isang kita ng Pamilya sa o mas mababa sa 450% ng FPL; Mga pasyente na naka insurance na mayroong hindi saklaw na bayarin at kita ng Pamilya sa o hindi hihigit sa 450% ng FPL; at mga pasyente, maging hindi naka insurance o naka insurance, na may Mataas na Mga Gastusin sa Medikal.

- 4.4.1.1.1. Ang mga pagbabayad ng Kalahok ng FAP ay malilimitahan sa halagang inaasahan ng Rady Children's na may mabuting pananalig na matatanggap para sa parehong mga serbisyo mula sa Medicare, Medi-Cal, Malulusog na Pamilya, o iba pang programang pangkalusugan na sinusuportahan ng gobyerno kung saan lumahok ang Rady Children's, alinman ang pinakamalaki. Tutukuyin ng Rady Children's ang limitasyon sa pagbabayad sa pamamagitan ng pagkilala sa inaasahang halaga ng muling pagbabayad para sa parehong serbisyo, sa pamamagitan ng pagtukoy sa mga code ng serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan (tulad ng mga code sa kita, HCPCS, CPT, ICD-9, APR). Gayunpaman, sa anumang pagkakataon na lalampas ang pagbabayad sa halagang karaniwang sinisingil o amount generally billed (AGB).

- 4.4.1.1.2. Ang mga pagbabayad ng Kalahok ng FAP para sa mga serbisyo sa ospital na kung saan walang itinatag na pagbabayad ng Medicare o anumang iba pang programa na nai-sponsor ng gobyerno ay malilimitahan sa singil ng CDM na may diskwento alinsunod sa

- patakarang ito.
- 4.4.1.1.3. Ang mga pagbabayad ng Kalahok sa FAP ay hindi kailanman lalampas sa AGB sa mga pribadong nakaseguro na pasyente. Tinutukoy ng Rady Children's ang AGB bawat CPM 7-55, Ospital at ED Makatarungang Pagpepresyo ng Doktor.
- 4.4.1.1.4. Gagamitin ng Rady Children's ang estratehiya sa sliding na sukatan upang masingil ang mga Kalahok sa FAP ng isang porsyento ng mga singil depende sa Kita ng pasyente/Pamilya. Maaari itong magresulta sa iba't ibang halagang sisingilin sa iba't ibang mga nakikilahok sa FAP para sa parehong serbisyo depende sa antas ng kita, ngunit ang inaasahang pagbabayad ay hindi lalampas sa maximum na pinapayagan sa patakarang ito.
- 4.4.1.2. **Mga Pagbabayad sa Diskwento sa Ospital (Mga Ilang Kalahok sa FAP).**
Ilalapat ng Rady Children's ang mga limitasyong ito sa pagbabayad upang makapagbigay ng mga diskwento sa ilang mga Kalahok ng FAP para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na ibinigay ng ospital.
- 4.4.1.2.1. Para sa mga pasyente na naka insurance na may Mataas na Mga Gastusin sa Medikal at isang Kita ng Pamilya sa mas mababa sa 450% ng FPL, ang Mga Limitasyon sa Pagbabayad sa seksyon na 4.4.1.1 sa itaas ay mailalapat sa bahagi ng bayarin na responsibilidad ng pasyente, kabilang ang (hindi Medi-Cal) kapwa pagbabayad at binabawas.
- 4.4.1.2.2. Ang mga bayad sa mga Kalahok ng FAP na may Mataas na Mga Gastusin sa Medikal ay malilimitahan kaya ang mga pagbabayad ay hindi lalampas sa pagkakaiba sa pagitan ng dami ng available na pagbabayad mula sa anumang nagbabayad na third-party at ang maximum na singil na itinatag para sa isang serbisyo alinsunod sa CDM (Tingnan ang CPM 7-55, Ospital at ED Makatarungang Pagpepresyo ng Doktor.) Gayunpaman, sa anumang kaganapan ay hindi hihigit sa AGB ang pagbabayad.
- 4.4.1.3. Gagamitin ng Rady Children's ang sumusunod na pamamaraan upang makalkula ang AGB:
- 4.4.1.3.1. Mag-apply ng isang taunang pagsusuri sa bumabalik na pamamaraan (nagdaan), pagkatapos ng pagsasara ng nakaraang taon ng piskalya, sa aktwal na nakaraang mga paghahabol na binayaran sa Ospital ng bayad-para sa serbisyo ng Medicare kasama ang lahat ng mga pribadong insurance pangkalusugan.
- 4.4.1.3.2. Ang taunang (mga) porsyento ng AGB at isang paglalarawan ng pagkalkula ay available nang walang bayad kapag hiniling mula sa Tanggapan ng Pagpapayo sa Pampinansyal sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa kanila sa 858-966-4005 o pagpapadala sa kanila ng nakasulat na kahilingan sa 3020 Children's Way, MC 5055, San Diego, CA 92123-4282. Matatagpuan din ang isang kopya sa website ng Rady Children's sa <https://www.rchsd.org/patients-visitors/financial-assistance/>.
- 4.4.1.3.2.1. Kakalkulahin ang limitasyon tulad ng halimbawang ito:
- Singil ng CDM (\$50)
- Bayad ng Nagbabayad na Third Party Payer (\$25)

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

- 4.4.1.4. Mga Bayad sa Diskwento ng Physician sa Departmanento ng Emergency.
 - 4.4.1.4.1. Ang Mga Physician sa Emergency ng Rady Children's ay umaasa sa pagpapasiya ng ospital ng pagiging kwalipikado sa FAP.
 - 4.4.1.4.2. Ang Mga Diskwento sa Pagbabayad para sa mga serbisyo ng Mga Physician sa Emergency ng Rady Children's ay alinsunod sa patakaran at pamamaraang ito maliban kung saan nakasaad ang mga pagkakaiba sa ibaba.
 - 4.4.1.4.3. Lilimitahan ng Rady Children's ang mga pagbabayad mula sa Mga Kalahok ng FAP para sa mga serbisyo ng Physician sa Emergency sa halagang hindi hihigit sa (a) 50% ng panggitna ng singil ng mga babayaran batay sa isang kinikilalang bansa na database ng mga singil ng physician sa sandaling napili ang isang database o (b) 50% ng mga aktwal na singil na babayaran gamit ang Puno ng Paglalarawan sa Singil ng Rady Children's.

4.5. LIBRE/BUONG KAWANGGAWANG PANGANGALAGA

- 4.5.1. Mga Pasyente sa Sariling Nagbabayad na ang Kita ng pasyente/Pamilya ay hindi humihigit sa 350% ng FPL ay makakatanggap ng Kawanggawang Pangangalaga na may nominal na singil na hindi lalampas sa \$100.
- 4.5.2. Ang mga hindi kinakailangang medical na serbisyo na purong kosmetiko ay karapat-dapat lamang para sa Charity Care sa sariling pagpapasya ng Rady Children's.

4.6. MAPAGPALAGAY NA PAGIGING KWALIPIKADO

- 4.6.1. Hiwalay mula sa manu-manong proseso ng aplikasyon na nakabalangkas sa seksyon 4.2, ang mga pasyente ay maaari ring ipalagay na kwalipikado para sa tulong pampinansyal batay sa ebidensya na ibinigay sa pamamagitan ng paggamit ng isang kagamitan sa pag-screen ng third-party anumang katayuan ng insurance.
- 4.6.2. Upang maging kwalipikado para sa tulong pampinansyal sa ilalim ng mapagpalagay na pagiging kwalipikado, ang pasyente ay dapat matugunan ang parehong mga kinakailangan sa antas ng kahirapan sa pederal ng mga pasyente na nakumpleto ang manu-manong proseso ng aplikasyon na tinukoy sa seksyon 3.0 pataas. Ang impormasyong nakuha mula sa gamit sa pag-screen ng third-party ay gagamitin upang mapatunayan ang katayuan sa pananalapi ng pasyente at maaaring magamit bilang nag-iisang mapagkukunan ng dokumentasyon upang makagawa ng pagpapasiya sa tulong pampinansyal.
- 4.6.3. Ang mga pasyenteng na itinuring na hindi kwalipikado para sa tulong pampinansyal sa pamamagitan ng mapagplagay na pagiging kwalipikado ay maaaring mailapat sa pamamagitan ng pamantayang proseso ng aplikasyon tulad ng detalyado sa seksyon 4.2.

4.7. MGA PAUNAWA SA MGA PASYENTE at DEPARTAMENTO OF ACCESS NG PANGANGALAGA NG KALUSUGAN AT IMPORMASYON

- 4.7.1. Ang Rady Children's ay:
 - 4.7.1.1. Ibigay sa lahat ng mga pasyente na hindi nagpapahiwatig ng saklaw ng insurance ng isang third-party, isang aplikasyon para sa Medi-Cal, Malulusog na Pamilya, ang Palitan ng Benepisyong Pangkalusugan sa California, o iba pang programa ng gobyerno (sa sukat na magagamit sa Rady Children's). Ang mga aplikasyon na ito ay ibibigay sa mga pasyente sa departamento ng pangangalagang pang-emergency, mga pasyente sa labas ng Ospital, at bago ang

- paglabas ng mga pasyente sa loob ng Ospital.
- 4.7.1.2. Ipaalam sa lahat ng self-pay na indibidwal ang pagkakaroon ng Pagtatantya ng Magandang Pananampalataya o Good Faith Estimate (GFE) kapag nakaiskedyul o kapag hiniling at magbigay ng nakasulat na GFE sa loob ng takdang panahon na idinidikta ng No Surprises Act na nagbabalankas sa inaasahang halaga ng nakaiskedyul na serbisyo at impormasyon para sa FAP at FAA ng Rady Children's, pati na rin ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mga tauhan ng Rady Children's na maaaring tumulong para karagdagang impormasyon.
 - 4.7.1.3. Magbigay ng nakasulat na abiso sa oras ng serbisyo o bago ang paglabas sa lahat ng nakaseguro at self-pay na mga pasyente/mga garantor tungkol sa availability ng FAP ng Rady Children's kasama ang impormasyon tungkol sa pagiging karapat-dapat, impormasyon sa pakikipag-ugnayan na kailangan para pag-apply, address ng internet para sa listahan ng ospital ng mga serbisyong mabibili, at impormasyon tungkol sa mga organisasyon na maaaring magbigay ng karagdagang tulong tulad ng Alyansa ng Kunsomidor ng Kalusugan.
 - 4.7.1.4. Isumite ang dokumentong ito ng patakaran at pamamaraan kasama ang isang sample na form ng aplikasyon ng FAP sa Departamento ng Access sa Pangangalaga ng at Impormasyon Kalusugan (HCAI) ng California kapag may ginawang makabuluhang pagbabago o na-update ang mga dokumento, at hindi bababa sa bawat ibang taon ay magbibigay ng abiso sa HCAI kung walang pagbabago nagawa na.
 - 4.7.1.5. I-post ang dokumento ng patakaran at pamamaraan na ito, isang simpleng buod ng wika ng dokumentong ito, at ang porma ng aplikasyon ng FAP sa website ng Ospital.
 - 4.7.1.6. Mag-alok at gawing available ang mga kopya ng papel ng dokumentong ito, ang aplikasyon sa FAP, at ang simpleng buod ng wika ng dokumentong ito
 - 4.7.1.6.1. kapag hiniling at walang singil sa pamamagitan ng koreo
 - 4.7.1.6.2. bilang bahagi ng paggamit o proseso ng paglabas sa ospital, at
 - 4.7.1.6.3. sa kapansin-pansin na mga pampublikong lokasyon kabilang ang departamento ng pangangalaga ng emerhensiya, mga lugar na tinatangap ng pasyente, ang tanggapan ng pagsingil, access sa Pag-rehistro ng Pasyente, at iba pang mga kapaligiran ng pasyente.
 - 4.7.1.7. Abisuhan at ipagbigay-alam sa mga miyembro ng komunidad tungkol sa FAP sa paraang makatuwirang kinakalkula upang maabot ang mga miyembro na malamang na nangangailangan ng tulong pampinansyal mula sa Ospital.
 - 4.7.1.8. Isama ang kapansin-pansin na nakasulat na paunawa sa mga pahayag sa pagsingil tungkol sa pagkakaroon ng FAP, kabilang ang numero ng telepono ng tanggapan ng Ospital na maaaring magbigay ng impormasyon tungkol sa proseso ng aplikasyon, at isang address ng website kung saan nai-post ang patakaran at pamamaraan na ito.
 - 4.7.1.9. Tanggapin ang lahat ng mga makabuluhang populasyon ng pasyente na may limitadong kasanayan sa Ingles (LEP) sa pamamagitan ng pagbibigay ng mga isinalin na dokumento ng FAP, aplikasyon ng FAP, at payak na buod ng wika sa pangunahing (mga) wika na sinasalita ng populasyon ng pasyente.
- 4.7.2. Ang Medikal na Pundasyon ay:
- 4.7.2.1. Magbigay ng tiyak na paunawa ng FAP kapag ang pagsingil ng mga pasyente na hindi nagbigay ng patunay ng saklaw ng third party. Ang paunawang ito ay magiging kapansin-pansin na nakasulat na paunawa sa mga pahayag sa pagsingil tungkol sa pagkakaroon ng FAP, kasama ang numero ng telepono ng

tanggapan ng Ospital na maaaring magbigay ng impormasyon tungkol sa proseso ng aplikasyon, at isang address ng website kung saan nai-post ang patakaran at pamamaraan na ito.

4.8. PAGBABAYAD MULI NG MGA SOBRANG SINGIL

- 4.8.1. Ibabalik ng Rady Children's ang mga halagang binayaran ng mga pasyente na lampas sa halagang dapat bayaran sa ilalim ng FAP, kasama ang naaangkop na interes sa loob ng 30 araw mula sa pag-apruba ng kanilang aplikasyon sa tulong pinansyal.
- 4.8.2. Ang mga sumusunod ay ituturing na mga halagang binayaran na lampas sa halagang dapat bayaran sa ilalim ng FAP:
 - 4.8.2.1. Anumang bayarin ng pasyente na binayaran para sa natitirang balanse ng pasyente/pamilya sa pagitan ng petsa na isinumite ang isang aplikasyon para sa tulong pinansyal at ang petsa kung kailan ito naaprubahan.
 - 4.8.2.2. Anumang pagbabayad ng pasyente na ginawa pagkatapos maaprubahan ang aplikasyon ng tulong pinansyal na lumampas sa halagang dapat bayaran batay sa mga may diskwentong porsyento na nakabalangkas sa 4.3 sa itaas. ibig sabihin ang sagutin ng pasyente pagkatapos ng mga diskuwento sa tulong pinansyal ay maling kalkulasyon na nagreresulta sa isang maling napasobrang bayad.
- 4.8.3. Ang interes na naipon sa labis na pagbabayad mula sa isang pasyente na kwalipikado para sa FAP mula sa araw na natanggap ng Rady Children's ang pagbabayad.
- 4.8.4. Naiipon ang interes sa rate na 10 porsyento kada taon sa halaga ng sobrang bayad at prorated para sa anumang pagsasauli ng bayad na isinumite bago ang 1 taon mula sa petsa ng pagtanggap. Halimbawa, kung ang isang pasyente/pamilya ay nag-overpay ng \$1000 noong ika-1 ng Enero at ang refund ay ibibigay sa susunod na buwan sa ika-1 ng Pebrero, ang interes na \$8.33 ay dapat bayaran sa pasyente bilang karagdagan sa \$1000 na refund.

4.9. LISTAHAN NG TAGAPAGBIGAY

- 4.9.1. Ang lahat ng mga miyembro ng Medikal na Pundasyon na nasa Medikal na Tauhan ng Ospital ay sakop ng FAP. Ang Rady Children's ay nagpapanatili ng isang listahan ng mga physician ng Medikal na Pundasyon sa <http://www.rchsd.org/rcssd/>.
- 4.9.2. Ang lahat ng mga Physician ng Emergency na nagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa Ospital ay sakop ng FAP. Ang Rady Children's ay nagpapanatili ng isang listahan ng mga Physician ng Emergency sa [http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergency medicine/urgent care](http://www.rchsd.org/doctors/?spec=emergency%20medicine/urgent%20care).
- 4.9.3. Pinananatili ng departamento ng Mga Tauhan ng Medikal na Serbisyo ang mga listahan ng tagapagbigay sa itaas at na-update kahit papaano 90 araw.
- 4.9.4. Mga kasosyo sa Rady Children's sa mga tagabigay ng labas (ibig sabihin, mga anesthesiologist, radiologist, at hospitalist) upang tulungan kaming maihatid ang ilang mga dalubhasang serbisyo. Ang mga tagabigay na ito ay hindi sakop ng FAP at maaaring may magkakahiwalay na mga patakaran patungkol sa tulong pampinansyal.

4.10. PAGTANGGI SA TULONG PAMPINANSYAL

- 4.10.1. Maaaring baligtarin ng Rady Children's ang kasalukuyang tulong pampinansyal na ipinagkaloob sa ilalim ng patakarang ito kung tinutukoy nito na ang isang pasyente/Taga-garantiya ay nagsumite ng mali, nakalililang, o may dayang impormasyon sa o sa aplikasyon ng Tulong Pampinansyal.
- 4.10.2. Maaaring i-atras ng Rady Children's ang isang aplikasyon ng Tulong Pampinansyal kung matutukoy nito na ang pasyente/Taga-garantiya ay nagsumite ng mali, nakaliligaw, o may dayang impormasyon sa o sa aplikasyon ng Tulong Pampinansyal.

- 4.10.3. Kung tinutukoy ng Rady Children na ang pasyente / Garantiyang ay hindi karapat-dapat para sa FAP sa ilalim ng patakaran ito, aabisuhan nito ang pasyente / Garantiyang tungkol sa pagtanggap na ito sa pamamagitan ng pagsulat. Ang departamento ng Pagpapayo sa Pananalapi ay makikipag-ugnayan sa pagproseso at pag-mail ng mga komunikasyon na ito.
- 4.10.4. Maaaring baligtarin ng Rady Children's ang kasalukuyang tulong pinansyal na ibinigay sa ilalim ng patakaran ito upang masuspende ang pangwakas na pagpapasiya ng pagiging karapat-dapat sa FAP alinsunod sa Seksyon 4.3.1.10. Ang isang pag-atras alinsunod sa seksyong ito na 4.10.4 ay hindi magreresulta sa anumang karagdang pananagutang pampinansyal para sa pasyente o tagataguyod, at lahat ng mga pagbabayad na ginawa ng pasyente o tagapayo ay ibabalik habang hinihintay ang panghuling pagpapasiya sa pagiging kwalipikado sa FAP. Ipadadala ang isang liham sa pasyente o tagapayo na aabisuhan sila ng dahilan para sa pag-refund ng bayad at ang pagbabayad mula sa pasyente o tagapangalaga ay maaaring ipagpatuloy sa ibang araw kung ang resolusyon ng paksa ng TPL at ang panghuling pagpapasiya ng FAP ay inakala na ang pasyente o tagarantiya may pananagutang pampinansyal.

4.11. **HINDI PAGKAKASUNDO SA PAGIGING KWALIPIKADO**

- 4.11.1. Maaaring tanggihan ng Rady Children's ang pagiging kwalipikado para sa Kawanggawang Pangangalaga o Mga Bayad sa Diskwento sa alinman sa mga sumusunod na batayan: 1) ang pasyente ay hindi kwalipikado sa pananalapi o 2) ang pasyente/Taga-garantiya ay hindi nagbigay ng kinakailangang dokumentasyon alinsunod sa patakaran at pamamaraan na ito.
- 4.11.2. Itatalaga ng Rady Children's ang Direktor ng Access sa Pasyente upang suriin ang mga hindi pagkakasundo tungkol sa pagiging kwalipikado. Ang mga hindi pagkakaunawaan sa pagiging kwalipikado ay dapat isumite sa Serbisyo sa Kustomer ng Ospital sa 858-966-4912 para sa dokumentasyon at pagsubaybay. Isangguni ng Serbisyo ng Customer ang bawat hindi pagkakasundo sa Direktor ng Pag-access ng Pasyente para sa pagsusuri.
- 4.11.3. Nililimitahan ng Rady Children's ang mga aktibidad sa pagkolekta ng utang alinsunod sa patakaran sa Pagsingil at Pagkolekta ng Utang.
 - 4.11.3.1. Ang libreng kopya ng patakaran ito ay available sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Financial Counselling Office sa 858-966-4005 o sa <https://www.rchsd.org/patients-visitors/financial-assistance/>. Ang kopya ay maaari ding makuha sa pamamagitan ng koreo sa pamamagitan ng pagpapadala ng kahilingan sa Opisina ng Pagpapayo sa Pampinansyal sa 3020 Children's Way, MC 5055, San Diego, CA 92123-4282 pati na rin sa mga pampublikong lokasyon sa ospital.

4.12. **ANALISIS SA PAGSUSURI SA MGA KAILANGAN SA KALUSUGAN AT BENEPISYO NG KOMUNIDAD**

- 4.12.1. Nagsasagawa ang Rady Children's ng taunang analisis sa pagsusuri sa mga kailangan sa kalusugan at benepisyo ng komunidad, na maaaring i-access sa <http://www.rchsd.org/health-safety/community-health-needs-assessment/>.

5.0 MGA PORMA:

- 5.1 Aplikasyon para sa FAP (Libre/ Kawanggawang Pangangalaga o Mga May Diskwentong Pagbabayad)
- 5.2 Buod ng FAP

6.0 MGA NAUGNAY NA PATAKARAN:

- 6.1 CPM 7-55, Ospital & ED Makatarungang Pagpepresyo ng Doktor
- 6.2 CPM 7-56, Pagsingil & Pagkolekta ng Utang

7.0 MGA SANGGUNIAN:

- 7.1 California AB 774 (2007), AB 1503 - Kabanata 445 (2010), SB 1276 – Kabanata 758 (2014)– Batas sa Mga Polisiya sa Makatarungang Pagpepresyo ng Ospital (Code ng Kalusugan & Kaligtasan 127400-127446), AB 532 (2022)
- 7.2. Pamagat 22, Code ng Mga Regulasyon ng California, §§ 96005-96020, 96040-96050
- 7.3. <https://hcai.ca.gov/HID/Products/Hospitals/Chrgmstr>
- 7.4. Code sa Kalusugan at Kaligtasan §§ 1339.55, 1339.56, 1339.59, 1339.585 & 128770
- 7.5. Pagkilos sa Proteksyon ng Pasyente at Abot-kayang Pangangala
- 7.6. Seksyon ng Panloob na Revenue Code 501 (r)

Petsa ng Pagsulat: Enero 2013

Petsa ng Pagbago: Nobyembre 2019, Enero 2020, Mayo 2021, Marso 2022

Petsa ng Pagsuri:
