

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

I. PROPÓSITO:

- a. Cedars-Sinai Medical Center, el Hospital Cedars-Sinai Marina del Rey, los médicos del Departamento de Urgencias del Cedars-Sinai del Community Urgent Care Medical Group, Inc., los médicos de la facultad del Cedars-Sinai en su calidad de profesores o los médicos empleados por Cedars-Sinai Medical Care Foundation ("CSMCF") o por los grupos médicos que tienen un Acuerdo de Servicios Profesionales exclusivos con CSMCF (la "Organización") se comprometen a cubrir las necesidades de atención médica de todos los pacientes de la comunidad y se basan en los siguientes principios:
 - i. Tratar a todas las personas con equidad, dignidad, respeto y compasión;
 - ii. Atender las necesidades de atención médica de emergencia de todos, independientemente de la capacidad de pago del paciente; y
 - iii. Ayudar a los pacientes que no pueden pagar parte o la totalidad de la atención que reciben.
- b. Esta Política demuestra el compromiso de la Organización con nuestra misión, visión y principios ayudando a cubrir las necesidades de los pacientes sin seguro de bajos ingresos y los pacientes con seguro insuficiente en nuestra comunidad. Como parte del cumplimiento de este compromiso, la Organización presta los servicios médicamente necesarios, sin costo o a un costo reducido, a los pacientes que califican según los requisitos de esta Política.
- c. Esta Política da directrices para identificar a los pacientes que pueden calificar para recibir asistencia financiera y establece los criterios de evaluación financiera para determinar qué pacientes califican para recibir asistencia financiera. Los criterios de evaluación financiera previstos en esta Política se basan principalmente en las directrices federales de nivel de pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
- d. Esta Política se aplica a toda la atención de emergencia y médicamente necesaria dada por la Organización.
- e. Esta Política está destinada a cumplir las leyes estatales y federales.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

II. POLÍTICA:

- a. **Definiciones.** Consulte la sección "Definiciones" al final de esta Política para obtener una explicación de los términos usados. Los términos definidos se escriben con mayúscula en la sección Definiciones o se definen dentro del cuerpo de esta Política.
- b. **Centros, Médicos y Otros Proveedores cubiertos bajo esta Política.** Solo los servicios prestados por la Organización estarán cubiertos por esta Política. La Política también es aplicable a los médicos que tienen contrato con la Organización y están obligados a participar en la aplicación de esta Política.
- c. **Los centros, los médicos y otros proveedores no cubiertos por esta Política pueden tener políticas de asistencia financiera separadas.** Otros miembros del personal médico de la Organización pueden poner a disposición de sus pacientes asistencia financiera. La Organización pondrá a disposición, en su sitio web, una lista de la información que tiene sobre estos médicos indicando si Médicos específicos (o su grupo médico): (i) darán descuentos equivalentes de los honorarios profesionales del Médico a pacientes sin seguro de bajos ingresos, basándose en los criterios establecidos en la Política; (ii) aceptan la determinación de la Organización sobre la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera; y (iii) cumplen todas las leyes, reglamentos, ordenanzas y órdenes federales, estatales y locales aplicables sobre el cobro de cuentas de deuda de los consumidores. La Organización no se hará responsable de la administración de programas de asistencia financiera de tales Médicos ni de sus prácticas de facturación.
- d. **Criterios de elegibilidad**
- i. **Asistencia financiera.** La asistencia financiera se pondrá a disposición de los pacientes cuyos ingresos y activos familiares sean inferiores al 400 por ciento del FPL del año en curso. Los pacientes cuyos ingresos oscilan entre el 401 y el 600 por ciento del FPL también califican para recibir atención con descuento. Aunque los activos están incluidos en la solicitud de asistencia financiera ("Solicitud"), no se considerarán para determinar la elegibilidad para los descuentos. El Anexo B es la Solicitud y el Anexo C establece los rangos de asistencia financiera disponible de la Organización.
- ii. **Pacientes previo a un servicio (atención electiva/no de emergencia).** Los pacientes programados como pacientes hospitalizados electivos o programados como pacientes ambulatorios que no son de emergencia requieren aprobación previa para recibir asistencia financiera por el Vicepresidente, Director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o su designado. Solo los procedimientos médicamente necesarios son elegibles para la aprobación. La asistencia financiera para los procedimientos electivos y para la atención de seguimiento después del alta se limita a los pacientes que viven en el área de servicio de la Organización

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

o según lo apruebe el Vicepresidente, Director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o su designado. La Organización se reserva el derecho de no dar asistencia financiera prospectivamente en relación con la atención propuesta que no sea de emergencia y otra que no sea médicamente necesaria de un paciente según la necesidad de la Organización de asignar juiciosamente sus recursos financieros y clínicos.

- iii. **Recursos financieros adicionales y cooperación requerida del Paciente.** Los pacientes que reciban la aprobación para recibir asistencia según esta Política aceptan cooperar continuamente en el proceso necesario para obtener el reembolso para servicios de la Organización de fuentes externas, como los fondos de Víctimas de Delitos de California (California Victims of Crime) el Programa de Atención de Traumas del condado (County Trauma Program), el programa Medi-Cal y los planes médicos que dan cobertura por medio del Intercambio de Beneficios Médicos de California (California Health Benefit Exchange). Una solicitud del paciente para cobertura dada por un tercero para los costos de atención médica del Paciente no deberá impedir la Elegibilidad para recibir asistencia según esta Política. Un paciente deberá, como condición para recibir asistencia financiera, solicitar la cobertura de Medi-Cal, Healthy Families y el Programa de Traumas del Condado, según corresponda, y, cuando corresponda, la cobertura del Intercambio. Lo arriba descrito también deberá aplicarse a los pacientes que residen fuera del estado y a su solicitud de Medicaid dentro de su estado.

La Organización hará las remisiones adecuadas a agencias locales del condado, incluyendo Healthy Families, Covered California, Medi-Cal u otros programas para determinar la posible elegibilidad.

La Organización tendrá derecho a facturar a cualquier tercero asegurador que dé cobertura a un paciente, incluyendo cualquier fuente de responsabilidad de terceros. Las aseguradoras médicas y los planes médicos tienen prohibido reducir su reembolso de un reclamo a la Organización, incluso si la Organización ha renunciado a la totalidad o una parte de la factura de un paciente según esta Política.

- iv. **Pacientes de pago propio.** La Organización ha hecho una presunción con base en su experiencia histórica y el entorno actual de los seguros, respecto de que los pacientes que carecen de seguro no pueden costearse el seguro. La Organización supone que estos pacientes son elegibles para los programas de asistencia financiera y pondrá a disposición de todos los pacientes la siguiente asistencia, a menos que el paciente haga otros arreglos para los servicios prestados por la Organización:

1. A los pacientes de pago propio se les facturará automáticamente una cantidad con descuento determinada al multiplicar los cargos totales por el porcentaje de AGB de

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

la Organización para los servicios aplicables para pacientes hospitalizados, servicios de sala de emergencias o servicios ambulatorios que no sean de emergencia.

2. Los pacientes de pago propio son elegibles para recibir estos descuentos sin presentar una solicitud. Esta asistencia financiera no se extiende a procedimientos electivos, a menos que se haga un acuerdo específico entre la Organización y el paciente.
- v. **Pacientes médicamente indigentes (que no son elegibles de otra manera).** Los pacientes que son médicamente indigentes, pero que no son elegibles de otra manera para recibir asistencia financiera según esta Política, aún pueden solicitar asistencia financiera según el proceso estipulado en esta Política. La solicitud de asistencia financiera debido a Indigencia Médica debe ser aprobada por el Vicepresidente, Director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o su designado, a su discreción.
- e. **Programa de asistencia financiera:** Este Programa usa una sola solicitud unificada de asistencia financiera para el paciente. El proceso está diseñado para dar a cada solicitante la oportunidad de recibir el máximo beneficio de asistencia financiera para el que pueden calificar. A cualquier paciente que solicite asistencia financiera se le pedirá que complete una Solicitud.
 - i. **Iniciar la solicitud de asistencia financiera.** El proceso de solicitud puede iniciarlo el paciente o cualquier miembro del personal de la Organización comunicándose con los defensores financieros del paciente al 310-423-5071 o por email a apatient.billing@cshs.org. Este proceso incluye:
 1. Los pacientes reciben la Solicitud, una Solicitud de Medi-Cal e información sobre Asesoramiento crediticio.
 2. Los defensores financieros del paciente dan asistencia a los solicitantes para completar los formularios en Cedars-Sinai South Tower, Street Level, sala 1740.
 3. La Solicitud puede completarse oralmente con la ayuda del personal de la Organización, pero aún requerirá que un paciente o representante firme la Solicitud.
 - ii. **Revisión de la Solicitud**
 1. **Determinación.** Las directrices de elegibilidad se calculan usando el FPL actual como medida de elegibilidad.
 2. **Determinaciones de afiliados y socios de la comunidad aprobados.** Los pacientes cuyas solicitudes de asistencia financiera se aprobaron recientemente por ciertos

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

afiliados o socios de la comunidad de la Organización, pueden ser aprobados de manera acelerada por la Organización, a discreción de la Organización. La Organización informará a los pacientes que soliciten asistencia financiera de si dicha aprobación acelerada está disponible.

3. **Activos.** La consideración de los activos para determinar la elegibilidad se limita a la definición de esta Política.
 4. **Ingresos.** Los ingresos para períodos parciales deberán incluirse en las hojas de trabajo usando datos anualizados.
 5. **Deducciones.** Se considerarán otras obligaciones financieras incluyendo gastos de vida y otros artículos de naturaleza razonable y necesaria.
 6. **Máximo de gastos de bolsillo del paciente.** Cualquier pago de un paciente por servicios cubiertos por esta Política deberá limitarse a un valor no mayor que las AGB.
 7. **Período de reevaluación.** La Organización puede reevaluar la elegibilidad si ocurre algo de lo siguiente:
 - a. El ingreso del paciente cambia.
 - b. Cambia el tamaño del grupo familiar del paciente.
 - c. Se toma la determinación de que alguna parte de la solicitud de asistencia financiera es falsa o engañosa, en cuyo caso la asistencia financiera inicial puede denegarse retroactivamente.
- iii. **Presentación de la documentación requerida.** La Organización solicita varios documentos a los pacientes que solicitan asistencia financiera para comprobar su elegibilidad. Los documentos pueden incluir, pero no se limitan a:
1. Solicitud debidamente completada.
 2. Los documentos de ingresos pueden incluir:
 - a. Talón de cheque de nómina del período actual,
 - b. Declaración de impuestos del año anterior o
 - c. Explicación por escrito.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

3. Los documentos de activos pueden incluir:
 - a. Copias del estado de cuenta bancaria del mes anterior (todas las páginas),
 - b. Estados de cuenta del mercado monetario,
 - c. Acciones,
 - d. Bonos,
 - e. Certificado de depósitos,
 - f. Cuentas de corretaje (excluye documentos de planes de jubilación, planes de compensación diferida (calificados y no calificados según el código del IRS)), y
 - g. Talón de beneficios de desempleo, seguro social o beneficios por discapacidad.

- iv. **Envío de la Solicitud completa.** Si un paciente presenta una Solicitud completa, durante el Período de solicitud, la Organización deberá:
 1. Tomar inmediatamente todas las medidas razonablemente disponibles para suspender o revertir cualquier ECA contra el paciente para obtener el pago de la atención. Tales medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, pero no se limitan a, informar a las agencias de cobro para que cesen las actividades de cobro, medidas para anular cualquier sentencia contra el paciente, levantar cualquier embargo o gravamen sobre la propiedad del paciente, y eliminar del informe de crédito del paciente cualquier información adversa que se informó a una agencia de informes del consumidor u oficina de crédito.
 2. Tomar una determinación sobre la elegibilidad o identificar si la Solicitud está incompleta o requiere información adicional, dentro de un tiempo razonable.
 3. Informar inmediatamente al paciente por escrito de la determinación de elegibilidad, incluyendo, si corresponde, la asistencia para la que el paciente es elegible y la base de la determinación.
 4. Si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, la Organización le informará por escrito de la elegibilidad, la asistencia disponible, la base para la determinación y las fechas de servicio cubiertas.
 - a. Si no hay responsabilidad del paciente, entonces no se requieren más pasos que reembolsar las cantidades pagadas según lo dispuesto en la sección "Reembolsos". Si hay un saldo restante, la Organización también informará al

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

paciente por escrito de la cantidad que el paciente debe por la atención y describirá cómo el paciente puede obtener información adicional sobre la cuenta.

- b. Una vez que se aprueba la asistencia financiera de un paciente, durante el período de aprobación, no se le cobrará al paciente más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que el AGB descrito en esta Política.
 - c. Las aprobaciones de elegibilidad solo pueden hacerlas personas específicamente autorizadas por la Organización. Esta persona es el Vicepresidente, Director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o su designado.
- v. **Pacientes con información limitada para hacer una Solicitud.** La ausencia de datos financieros del paciente disponibles para la Organización no impide la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Cuando se evalúan todos los factores de la situación clínica, personal y demográfica de un paciente y la documentación alternativa (incluyendo la información que pueden dar otras organizaciones benéficas), la Organización puede determinar que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera haciendo suposiciones razonables sobre los ingresos del paciente.
- vi. **Solicitud incompleta.** Si un paciente presenta una Solicitud incompleta, la Organización le dará de inmediato al paciente un aviso por escrito que describa la información o documentación adicional requerida para la Solicitud e incluirá la información de contacto para el procesamiento de la Solicitud. Si el paciente después completa la Solicitud con la información requerida durante el Período de Solicitud (o el período de tiempo más largo que elija la Organización), entonces la Solicitud se considerará completa.
- vii. **Solicitud incompleta completada.** Si un paciente que presentó una Solicitud incompleta durante el Período de solicitud después completa la Solicitud, dentro de un plazo razonable dado para responder a las solicitudes de información o documentación adicional, se considerará que el paciente presentó una Solicitud completa, y la Organización habrá hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible solo si toma los demás pasos requeridos por esta Política sobre las Solicitudes completadas.
- viii. **Regla antiabuso para Solicitudes con Información Cuestionable.** La Organización no deberá tomar determinaciones en cuanto a que un paciente no es elegible para recibir asistencia financiera con base en la información que tiene razón de creer que no es confiable o es incorrecta, o en información obtenida del paciente bajo coacción o mediante el uso de prácticas coercitivas. Una práctica coercitiva incluye retrasar o denegar atención médica

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

de emergencia a un paciente hasta que este dé la información que se le pide para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera para la atención médica que se está retrasando o denegando.

- ix. **Manejo de Solicitudes incompletas.** La Organización puede considerar el hecho de que un paciente no dé la documentación razonable y necesaria cuando tome sus determinaciones de asistencia financiera. Pero la Organización actuará razonablemente y tomará la mejor determinación posible con la información disponible.
- x. **Elegibilidad presunta.** La Organización ha determinado que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera total para los servicios actuales con base en la información que obtuvo o evaluó sin recurrir a que el paciente dé toda la información necesaria para el proceso normal de solicitud ni al hecho de que el paciente no tiene seguro médico. La determinación de la Organización puede incluir la confianza en una determinación previa de la Organización, la información dada por otro proveedor del paciente o una evaluación general de la información disponible para el personal de la Organización. En tales casos, la Organización deberá (a) informar al paciente la base para la determinación de presunta elegibilidad y la forma en que el paciente puede presentar una solicitud de asistencia más generosa disponible según la Política; (b) dar al paciente ciento veinte (120) días para presentar una solicitud de asistencia más generosa; y si el paciente presenta una Solicitud completa que procure una asistencia más generosa, determina si el paciente es elegible para recibir un descuento más generoso y adopta las demás medidas que exige esta Política con respecto a Solicitudes completas. Los pacientes que pagan por cuenta propia y reciben los descuentos descritos en esta Política recibirán dicho aviso por medio del Resumen en lenguaje sencillo (consulte el Anexo A) impreso en sus estados de cuenta.
- xi. **Las exenciones de los pacientes no liberan a la Organización de las obligaciones de esfuerzos razonables.** Obtener una exención verbal o por escrito de un paciente, como una declaración firmada de que el paciente no quiere solicitar asistencia según la Política ni recibir la información que debe darse a los pacientes según esta Política, no constituirá por sí mismo una determinación de que el paciente no es elegible y no cubrirá el requisito de hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible antes de emprender ECA en contra del paciente.
- xii. **Planes de pago.** Cuando se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera y queda un saldo, tendrá la opción de pagar con un plan de pago a plazo programado. La Organización hablará de las opciones de planes con el paciente y

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

desarrollará planes de pago a plazo que generalmente no duren más de doce (12) meses y no tengan intereses.

- xiii. **Resolución de conflictos.** Si surge una disputa sobre la calificación para la asistencia financiera, el paciente puede presentar una apelación por escrito para la reconsideración con la Organización. La apelación por escrito debe explicar el motivo de la disputa e incluir documentación de respaldo. El Vicepresidente de la Organización, Director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o su designado revisarán de inmediato la apelación y le darán al paciente una determinación por escrito. Si el paciente cree que persiste una disputa después de la primera apelación, el paciente puede solicitar por escrito una revisión por el Vicepresidente de la Organización, Director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o su designado, quien revisará dará una determinación final por escrito.
- xiv. **Confidencialidad de la información de la Solicitud.** La Organización deberá mantener toda la información recibida de los pacientes que solicitan elegibilidad según esta Política como información confidencial. La información sobre los Activos obtenidos como parte del proceso de solicitud y de aprobación deberá mantenerse en un expediente aparte de la información que pueda usarse para cobrar las cantidades adeudadas.
- xv. **Período de tiempo para completar la solicitud (el “Período de solicitud”).** Los pacientes tendrán doscientos cuarenta (240) días para completar una Solicitud. El Período de solicitud comienza en la fecha en que se dio por primera vez la atención que está sujeta a la Solicitud (usando el comienzo del último curso de tratamiento, si se aplican varias fechas de servicios).

f. Plazo

- i. La asistencia financiera inicial para la aprobación del paciente financieramente calificado es válida por un período de seis (6) meses a partir de la fecha en que se completó la Solicitud. Se puede volver a evaluar la elegibilidad, a petición del paciente, al final del período de aprobación inicial. A elección de la Organización, se podrá autorizar un nuevo período de aprobación de seis (6) meses sin una nueva Solicitud. Después de doce (12) meses, el paciente debe completar una nueva Solicitud. A partir de la fecha en que se apruebe la Solicitud final, las cuentas abiertas calificadas se cancelarán para asistencia financiera según el nivel de asistencia dada. En lo sucesivo, las cuentas calificadas para los próximos seis (6) meses serían elegibles para traslado a asistencia financiera.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

g. Avisos, comunicaciones escritas y declaraciones

- i. La Organización da los siguientes avisos e información sobre la asistencia financiera:
 - a. Esta Política.
 - b. Un Resumen en lenguaje sencillo de la Política. El Resumen en lenguaje sencillo será un documento claro, conciso y fácil de entender que informe a los pacientes y otras personas que la Organización da asistencia financiera según esta Política. El Resumen en lenguaje sencillo deberá redactarse de manera tal que estipule información pertinente incluyendo la que se necesite según la ley estatal y federal, como los requisitos de elegibilidad y la asistencia que se da según esta Política, un resumen breve de cómo solicitar asistencia según esta Política, e información para la obtención de más datos y asistencia, incluyendo copias en otros idiomas.
 - c. Una lista de Proveedores que pueden poner asistencia financiera a disposición de los pacientes de la Organización.
 - d. La Solicitud.
 - e. La Política de cobro de deudas de la Organización.
- ii. Estos materiales estarán disponibles en una variedad de formas, incluyendo:
 - a. **Sitio web.** La Política de asistencia financiera, la Solicitud de asistencia financiera y un Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera están en el sitio web de esta Organización. Los enlaces a dichos materiales también se publicarán en el sitio web.
 - b. **Email o copias en papel.** Se pueden obtener copias de cualquiera de los materiales a los que se hace referencia en esta Política haciendo una solicitud al Servicio al cliente al 323-866-8600 o por email a patient.billing@cshs.org, o acceda al sitio web en: <https://www.cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html>.
 - c. **Rótulos colocados.** El Resumen en lenguaje sencillo se publicará en los siguientes lugares: el Departamento de emergencias, el Departamento de admisión, el Departamento de facturación, áreas de registro centralizadas y

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

descentralizadas y otros entornos para pacientes ambulatorios, incluyendo las unidades de observación.

- iii. **Avisos de registro y facturación.** Los pacientes recibirán varia información y avisos en sus comunicaciones de registro y facturación. Por ejemplo, consulte la Política de cobro de deudas de la Organización.
- iv. **Notificación a la Comunidad.** La Organización hará diversos esfuerzos para publicitar ampliamente sus programas de Asistencia financiera, como la distribución de información a organizaciones específicas de la comunidad u otros medios para alertar a la comunidad sobre la disponibilidad de los programas de Asistencia financiera de la Organización.
- h. **Traducciones.** Las comunicaciones con los pacientes deberán cumplir los requisitos de la Organización. Sin limitar lo anterior, los avisos, las comunicaciones formales y la señalización según esta Política deberán estar en inglés y en los idiomas adicionales requeridos por las leyes estatales y federales. Esos idiomas adicionales son farsi, ruso y español.
- i. **Necesidad médica/determinaciones clínicas.** La evaluación de la necesidad de tratamiento médico de cualquier paciente se basará en el criterio clínico, sin importar la situación financiera ni de seguros. En los casos en que haya una condición de emergencia, se hará cualquier evaluación de arreglos financieros solo después de que se haga un examen de evaluación médica apropiado y que se presten los servicios de estabilización necesarios, según todas las normativas y leyes estatales y federales aplicables.
- j. **Reembolsos.** La Organización reembolsará a los pacientes las cantidades que pagaron en exceso de la cantidad que debe pagarse según esta Política, incluyendo los intereses pagados, a razón del diez por ciento (10%) anual. Si la cantidad que debe pagarse al paciente es inferior a \$5.00 (o cualquier otra cantidad establecida por el Servicio de Impuestos Internos), la Organización no está obligada a reembolsar al paciente o pagar intereses. La Organización reembolsará al paciente en un plazo de 30 días.
- k. **Cobros.** Para obtener más información sobre las acciones de cobro, consulte la Política de cobro de deudas.
- l. **Elaboración de informes.** La Organización presentará esta Política al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica ("HCAI") cada dos años antes del 1 de enero o dentro de los treinta (30) días posteriores a cualquier actualización de esta Política. Si no hay cambios desde que se

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

presentó la Política anterior, la Organización deberá informar a HCAI dentro de los treinta (30) días anteriores al 1 de enero de la próxima fecha de informe bienal de la Organización.

m. Políticas y planes relacionados

- i. Política sobre el cobro de deudas.
- ii. Directrices de facturación para pacientes de la Asociación Americana de Hospitales.

n. Información de contacto. Las preguntas sobre esta Política deben dirigirse a cualquiera de las siguientes personas: Vicepresidente, Director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o su designado.

III. Aprobación por Junta Directiva y Revisión Continua. Esta Política, la Política de cobro de deudas y todos los cambios importantes a estas políticas deben aprobarse por la Junta Directiva de la Organización. La Organización revisará periódicamente esta Política junto con la Política de cobro de deudas y el estado de los esfuerzos de cobro para asegurarse de que estén sirviendo mejor a los pacientes y a la comunidad.

IV. DEFINICIONES

a. **Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB)** significa las cantidades que se facturan generalmente por atención de emergencia o atención médicamente necesaria a los pacientes que tengan seguro que cubra tal atención; se determina según la sección 1.501(r)-5(b), Título 26, del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.). La información adicional sobre cómo la Organización calcula las AGB y las actualizaciones anuales de los porcentajes de AGB se establecerán en el Anexo D de esta Política y se incluirán en los archivos que se pondrán a disposición del público en el sitio web del Departamento de Acceso e Información de Atención Médica del Estado de California en <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.

b. **Solicitud** significa la Solicitud de asistencia financiera de la Organización.

c. **Activos** significa solo "activos monetarios". Incluye los activos que se pueden convertir fácilmente en efectivo, como cuentas bancarias y acciones negociables en la bolsa de valores. No se considerarán planes de jubilación ni planes de remuneración a plazos (calificados y no calificados según el código del IRS). Los siguientes están excluidos de los Activos: los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios de un paciente y el cincuenta por ciento (50%) de los activos monetarios del paciente sobre los primeros diez mil dólares (\$10,000).

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

- d. **Elegible** significa que un paciente cumple los requisitos de asistencia financiera según esta Política.
- e. **Gastos de vida esenciales** son los gastos para cualquiera de estos: alquiler o pago de casa y mantenimiento; comida y suministros para el grupo familiar; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguro; escuela o cuidado infantil; manutención de menores o pensión conyugal; transporte y gastos de automóvil, incluyendo seguros, combustible y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y tintorería, y otros gastos extraordinarios.
- f. Las **Acciones Extraordinarias de Cobro Extraordinary Collection Actions, "ECAs"** son las actividades de cobro que la Organización no hará antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera según esta Política. Las ECA se describen específicamente en la Política de cobro de deudas.
- g. **Familia** significa lo siguiente: (1) Para personas de 18 años de edad en adelante, el cónyuge, la pareja doméstica y los hijos dependientes menores de 21 años, sea que vivan en casa o no, (2) para personas menores de 18 años, los padres, los familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años de los padres o de los familiares cuidadores.
- h. El **Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level ("FPL"))** es la medida usada para determinar la pobreza en los Estados Unidos y la publica periódicamente el Departamento de Salud y Servicios Humanos ("DHHS") en su sitio web, <http://www.dhhs.gov/poverty>.
- i. **Paciente financieramente calificado** es un paciente que solicitó asistencia financiera de la Organización y completó y presentó una Solicitud. La revisión de la Solicitud muestra que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera y la Solicitud está aprobada según esta Política o la Organización determinó que el paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera según esta Política.
- j. La **Asistencia financiera** son arreglos según esta Política para que los servicios de atención médica se presten sin cargo o con un cargo reducido para el paciente. Los cargos reducidos son generalmente según un plan de pago o un descuento automático para los pacientes que pagan por cuenta propia.
- k. Los **Costos médicos altos** se relacionan con los costos de bolsillo anual de un paciente cuyos ingresos familiares superan los umbrales de la Organización para recibir asistencia financiera. Estos costos se consideran si son: (i) incurridos por el paciente en el hospital de la Organización que exceden los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los doce (12) meses anteriores, lo que sea menor, o (ii) fuera de gastos médicos de bolsillo que excedan el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares del paciente, si el paciente da documentación de los gastos

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera**

**Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes**

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los doce (12) meses anteriores.

- l. **Indigencia médica** es un paciente que no puede pagar los servicios debido a una atención inesperada de alto costo, pero que no califica para recibir asistencia financiera según esta Póliza.
- m. **Paciente** significa un paciente actual o prospectivo.
- n. **Plan de pago** es un acuerdo por escrito entre la Organización y el paciente, mediante el que la Organización dio, y el Paciente aceptó, la oportunidad de pagar su obligación en cuotas mensuales que no excedan el 10% de los ingresos familiares del paciente para un mes, excluyendo deducciones para gastos de vida esenciales.
- o. Las **Leyes estatales y federales** incluyen, pero no se limitan a:
 - i. Sección 501(r)(3) del Código de Rentas Internas de los EE. UU.
 - ii. Código de salud y seguridad de California, sección 127400-127462 (Políticas de precios justos para hospitales y Políticas de precios justos para médicos de emergencia).
 - iii. Proyecto de Ley de la Asamblea de California 1020: Deuda de atención médica y facturación justa, con fecha de entrada en vigor del 1 de enero de 2022.
 - iv. Proyecto de Ley 532 de la Asamblea de California: Políticas de facturación justa, con fecha de entrada en vigor del 1 de enero de 2022.
 - v. Orientación de la Oficina General, Departamento de Salud y Servicios Humanos ("OIG") sobre la asistencia financiera para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, y la reglamentación del IRS.
 - vi. Cualquier reglamentación de implementación y orientación de la agencia sobre cualquiera de los anteriores.

POLICY POLÍTICA



Fecha de entrada en vigor:
10/13/2022

Title: Financial Assistance Policy
Título: Política de ayuda financiera

Home Department: Patient Financial Services
Departamento de Ingresos: Servicios financieros para pacientes

AVISO IMPORTANTE:

La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (PPM) y puede haber sido revisada desde que se imprimió el documento.

LISTA DE ANEXOS

- A. Resumen de la Política de Asistencia financiera - Resumen en lenguaje sencillo
- B. Solicitud de asistencia financiera
- C. Descuento de asistencia financiera
- D. Cantidades generalmente facturadas

HISTORIAL:

EDICIÓN ORIGINAL: 05/01/03

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA VERSIÓN DE LA POLÍTICA:

FECHAS DE LAS ÚLTIMAS REVISIONES: 10/13/22, 11/20/20, 11/16/19, 05/23/16, 12/30/14, 02/14/11, 09/01/10, 12/28/09, 09/30/09, 12/01/07, 12/12/06, 06/21/06, 01/11/06, 11/10/05, 08/29/05

Attachment A
Anexo A

Summary of Financial Assistance Policy – Plain Language Summary
Resumen de la Política de Asistencia financiera - Resumen en lenguaje sencillo



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS**

**RESUMEN DE ASISTENCIA FINANCIERA Y
PROTECCIONES CONTRA FACTURACIÓN
SORPRESA**

Como parte de nuestra misión, Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital y Cedars-Sinai Medical Care Foundation (la "Organización") se comprometen a dar acceso a atención médica de calidad para la comunidad y tratar a todos nuestros pacientes con dignidad, compasión y respeto. Esto incluye la prestación de servicios sin cargo, o a precios significativamente reducidos, a pacientes elegibles que no pueden pagar la atención según lo dispuesto por nuestra política de asistencia financiera (la "Política"). También damos a nuestros pacientes una variedad de planes de pago y opciones para cubrir sus necesidades financieras, incluso si no califican para recibir asistencia. Este documento es nuestro resumen en lenguaje sencillo (el "Resumen") de la Política.

Elegibilidad: descuentos completos y cantidades reducidas

La asistencia financiera estará disponible para los pacientes que reciben procedimientos médicamente necesarios y cuyos ingresos y bienes monetarios (juntos, los "ingresos") son inferiores al 400% del nivel federal de pobreza (FPL) del año en curso. Los pacientes cuyos ingresos oscilan entre el 401% y el 600% del FPL también califican para recibir atención con descuento. Los descuentos disponibles para los pacientes estarán en una escala variable según el tamaño de la familia, el nivel de ingresos y el estado del seguro. Los pacientes que buscan asistencia financiera para arreglos de servicios electivos requerirán la aprobación previa del vicepresidente de Servicios Financieros para Pacientes o su designado. Solo los procedimientos médicamente necesarios son elegibles para la aprobación. La asistencia financiera para los procedimientos electivos y para la atención de seguimiento después del alta se limita a los pacientes que viven en el área de servicio de la Organización. Si un paciente no califica para recibir servicios gratis, pero es elegible para recibir un descuento según la Política, no se le cobrarán cantidades mayores que las cantidades generalmente facturadas de la Organización por atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

continuación

Attachment A (Continued)**Anexo A (continuación)****SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS****RESUMEN DE ASISTENCIA FINANCIERA Y
PROTECCIONES CONTRA FACTURACIÓN
SORPRESA****Médicos y servicios**

La Política solo se aplica a los servicios prestados por la Organización y solo incluye servicios médicos si los prestan los médicos del departamento de emergencias de Cedars-Sinai de Community Urgent Care Medical Group, Inc., los médicos de la facultad de Cedars-Sinai en su calidad de profesores o los médicos empleados por Cedars-Sinai Medical Care Foundation (CSMCF) o por los grupos médicos que tienen un acuerdo de servicios profesionales exclusivos con CSMCF.

Solicitud de asistencia financiera

Los pacientes que busquen atención gratis o con descuento según la Política deberán completar una solicitud de asistencia financiera (la "Solicitud") y enviar la documentación requerida. La Solicitud y la documentación pasarán por un proceso de revisión por parte de la Organización.

Datos de contacto para obtener la Solicitud, la Póliza o información adicional

Hay copias gratis de este Resumen, la Política o la Solicitud en inglés, farsi, ruso o español. Para solicitar copias u obtener información adicional, incluyendo preguntas sobre el proceso de asistencia financiera, puede:

- Preguntar a los representantes en los mostradores de registro o admisiones.
- Llamar a Servicios Financieros para Pacientes al 323-866-8600.
- Visitar el sitio web de la Organización en cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html.

Arreglos para pago por cuenta propia

Los pacientes que no califican para atención gratis o con descuento según la Política pueden encontrar útiles otros programas de la Organización. Los pacientes que no tienen seguro pueden recibir descuentos considerables, similares a los descuentos que damos para los planes de seguros de atención médica administrada. Los servicios elegibles incluyen los servicios para pacientes ambulatorios, de emergencia y para pacientes hospitalizados.

continuación

Attachment A (Continued)**Anexo A (continuación)****SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS****RESUMEN DE ASISTENCIA FINANCIERA Y
PROTECCIONES CONTRA FACTURACIÓN
SORPRESA****Aviso reglamentario de cobros**

Remitimos algunas cuentas morosas a agencias de cobro de terceros. Estas agencias deben seguir todas las leyes federales y de California, y cumplir las políticas y procedimientos de la Organización. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio al teléfono 877-FTC-HELP (877-382-4357). Si su cuenta se remite a una agencia de cobro y tiene problemas, comuníquese con nuestros Servicios Financieros para Pacientes para obtener ayuda al 323-866-8600.

Protecciones contra facturas médicas sorpresa.

Todos los pacientes tienen protecciones contra facturas médicas sorpresa. Consulte el "Aviso para los pacientes: sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa" en nuestro sitio web: cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html, o pida una copia.

Recursos adicionales e información sobre facturación, tarifas y transparencia de precios:

- Los pacientes pueden ser elegibles para los programas de asistencia del gobierno, como Medi-Cal, o también pueden ser elegibles para la cobertura subsidiada con el Intercambio de Beneficios Médicos de California (California Health Benefit Exchange) (Covered California). Si tiene preguntas sobre estos programas, coberturas y otras organizaciones que pueden ayudar, comuníquese con la oficina de Defensores Financieros del Paciente al 310-423-5071.
- Si tiene preguntas sobre los gastos de bolsillo del seguro médico comercial, llame al 800-233-2771.
- Para obtener información sobre los precios y la herramienta de la Organización para los servicios que se pueden comprar, visite cedars-sinai.org/billing-insurance.html.
- Health Consumer Alliance (HCA) da asistencia gratis a los pacientes que necesitan ayuda para obtener o mantener una cobertura médica y resolver problemas con los planes médicos. Para obtener más información, visite healthconsumer.org.

Attachment B**Anexo B****Financial Assistance Application
Solicitud De Asistencia Financiera****FINANCIAL ASSISTANCE
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Devuelva la solicitud completa y los documentos financieros de respaldo a:

Cedars-Sinai Medical Center
Unidad de Procesamiento de
Asistencia Financiera
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

Horario de atención: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., días laborables

Teléfono: 323-866-8600 Expediente 1688
Acceso las 24 horas con fax: 323-866-3077
Email: Patient.Billing@cshs.org

Documentos financieros de apoyo necesarios para la asistencia financiera

Dé los documentos financieros solicitados abajo. Si falta algún documento o no está adjunto, su solicitud se retrasará o se denegará. Si no puede dar documentos específicos, presente una carta de explicación.

Documentos primarios:

- Comprobante de ingresos e ingresos no salariales (como se describe arriba)
 - Cheques o talones del empleador de dos meses anteriores
 - Declaraciones de verificación de desempleo, Seguro Social o discapacidad, etc. de dos meses anteriores
- Declaración de impuestos federales
 - Si no presentó una declaración de impuestos federales, incluya su W2 o 1099 más reciente
 - Si no puede dar la información de su declaración de impuestos por un retraso en la presentación de impuestos, discapacidad temporal o desempleo, incluya su formulario de impuestos no presentados. Puede obtener una copia llamando al 1-800-908-9946 o visitando www.irs.gov/individuals/get-transcript (use el formulario 4506-T o 4506T-EZ)
- Extractos bancarios de los dos meses anteriores de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de la cooperativa de crédito (incluya todas las páginas)
- Verificación de alquiler o hipoteca

Documentos suplementarios/otros:

- Comprobante de ingresos no salariales:
 - Declaración de ingresos de pensión alimenticia
 - Estado de resultados de negocio
 - Declaración de ingresos de manutención infantil
- Si está casado o en unión civil: Dé los siguientes documentos aplicables sobre su cónyuge/pareja
 - Comprobante de ingresos e ingresos no salariales (como se describe arriba)
 - Declaración de impuestos federales
 - Si no presentó una declaración de impuestos federales, incluya su W2 o 1099 más reciente
 - Si no puede dar la información de su declaración de impuestos por un retraso en la presentación de impuestos, discapacidad temporal o desempleo, incluya su formulario de impuestos no presentados. Puede obtener una copia llamando al 1-800-908-9946 o visitando www.irs.gov/individuals/get-transcript (use el formulario 4506-T o 4506T-EZ)
 - Últimos dos meses de su estado de cuenta más reciente de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de la cooperativa de crédito

Solicitud debidamente completada:

- Solicitud debidamente completada con fecha y firma

Attachment B (Continued)

Anexo B (continuación)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado Código postal
Número de casa	Numero celular	Dirección de email	
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular		Ingreso anual del grupo familiar: \$	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Número de personas en su grupo familiar (según lo informado en sus impuestos):	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - Última fecha trabajada:			
Nombre del empleador		Número de teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado Código postal

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA/PADRE/GUARANTE			
Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Otro:			
Nombre		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - Última fecha trabajada:			
Nombre del empleador		Número de teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado Código postal
Nombre del seguro médico (dado por el empleador, incluyendo COBRA) <input type="checkbox"/> Seguro médico no dado			

COBERTURA DEL SEGURO			
1. ¿Es usted elegible para alguna cobertura de seguro médico?			
<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Administración de veteranos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Política exterior	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, dé la siguiente información:			
Titular de la póliza	Asegurador	Número de la póliza	
Titular de la póliza	Asegurador	Número de la póliza	

Attachment B (Continued)

Anexo B (continuación)

PREGUNTAS DE SELECCIÓN

1. ¿El tratamiento dado se relaciona con alguno de los siguientes?

- Accidente Delito Lesión en el lugar de trabajo Otro:

2. ¿Contrató a un abogado o está presentando un reclamo por su lesión o enfermedad?

a. En caso afirmativo, indique:

Nombre del abogado

Número de teléfono del abogado

3. ¿Ya solicitó Medi-Cal? (Podemos pedirle que lo haga)

- Sí; en espera de aprobación Sí; no elegible No

a. En caso negativo, marque todo lo que corresponda abajo:

- Tiene menos de 19 años
 Tiene más de 65 años
 Está ciego
 Está tomando medicamentos para controlar la diabetes, la presión alta o las convulsiones
 Está discapacitado según lo determinado por la Administración del Seguro Social
 Está embarazada
 Tiene hijos menores de 19 años que viven con usted

INFORMACIÓN DE GASTOS Y ACTIVOS

Ingresos mensuales actuales	Paciente	Cónyuge	Total
Sueldo bruto	\$	\$	\$
Ingresos netos como trabajador independiente	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
Bienes inmuebles o propiedades de alquiler	\$	\$	\$
Seguro Social/Jubilación/Discapacidad	\$	\$	\$
Pagos de pensión alimenticia, manutención	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$
Ingresos mensuales totales	\$	\$	\$

Gastos de vida esenciales	Paciente	Cónyuge	Total
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos sobre bienes inmuebles	\$	\$	\$
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$

Attachment B (Continued)

Anexo B (continuación)

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA			
Gastos de vida esenciales	Paciente	Cónyuge	Total
Pago de pensión alimenticia, manutención	\$	\$	\$
Pago de préstamo/arrendamiento de auto	\$	\$	\$
Educación	\$	\$	\$
Escuela/cuidado infantil (dependientes menores)	\$	\$	\$
Comida	\$	\$	\$
Seguro	\$	\$	\$
Otros gastos	\$	\$	\$
Gastos mensuales totales	\$	\$	\$
Deuda actual por gastos médicos	Paciente	Cónyuge	Total
Deuda por gastos médicos pendiente (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Otras deudas por gastos médicos	\$	\$	\$
Activos (excluyendo cuentas de retiro)	Paciente	Cónyuge	Total
Cuentas de cheques/ahorros/cooperativas de crédito	\$	\$	\$
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas de mercado monetario/corretaje	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
Total de activos	\$	\$	\$

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto solicitar cualquier asistencia local, estatal y federal para la que pueda ser elegible, para ayudar a aliviar el costo de cualquier factura de hospital y profesional. Entiendo que la información dada puede verificarla el Cedars-Sinai Medical Center o el Marina Del Rey Hospital, y autorizo a CSMC/MDRH a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información dada en esta solicitud. Entiendo que si di información incorrecta a sabiendas o si la solicitud contiene un error u omisión importante, ya no seré elegible para recibir asistencia financiera. Si se me dio asistencia financiera antes, se puede revertir en ese momento y seré responsable del saldo pendiente.

Firma de la persona que solicita asistencia financiera _____

Fecha _____

Firma del cónyuge/pareja de hecho/garante (cuando corresponda) _____

Fecha _____

Attachment C

Anexo C

Financial Assistance Discount
Descuento de asistencia financiera
2022 Federal Poverty Guidelines
Directrices federales de pobreza de 2022

Descuento para pacientes sin seguro	<u>100%</u>	<u>95%</u>	<u>90%</u>	<u>85%</u>	<u>85%</u>
Descuento para pacientes con seguro insuficiente	<u>100%</u>	<u>90%</u>	<u>80%</u>	<u>70%</u>	<u>60%</u>

Tamaño de la unidad familiar	Salario anual según el nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) 2022					
1	\$13,590	\$54,360	\$61,155	\$67,950	\$74,745	\$81,540
2	\$18,310	\$73,240	\$82,395	\$91,550	\$100,705	\$109,860
3	\$23,030	\$92,120	\$103,635	\$115,150	\$126,665	\$138,180
4	\$27,750	\$111,000	\$124,875	\$138,750	\$152,625	\$166,500
5	\$32,470	\$129,880	\$146,115	\$162,350	\$178,585	\$194,820
6	\$37,190	\$148,760	\$167,355	\$185,950	\$204,545	\$223,140
7	\$41,910	\$167,640	\$188,595	\$209,550	\$230,505	\$251,460
8	\$46,630	\$186,520	\$209,835	\$233,150	\$256,465	\$279,780
Por cada persona agregada, sume	\$4,720					
		400%	450%	500%	550%	600%

Nota: Programa revisado por última vez el 2/8/22

Attachment D
Anexo D

Amounts Generally Billed
Cantidades generalmente facturadas

Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB) significa las cantidades que se facturan generalmente por atención de emergencia o atención médicamente necesaria a los pacientes que tengan seguro que cubra tal atención; se determina según la sección 1.501 (r)-5(b), Título 26, del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.).

La Organización usará el Método retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturaría a un paciente hospitalizado elegible usando la tasa promedio de reembolso comercial y de Medicare para pacientes hospitalizados (consulte el Anexo D). Para beneficiar todavía más a un paciente hospitalizado elegible, la Organización usará la cantidad de reembolso AGB o MS-DRG de Medicare más baja para este episodio de atención, para determinar la responsabilidad de un paciente elegible.

La Organización usará el Método retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturaría a un paciente ambulatorio elegible usando la tasa promedio de reembolso comercial y de Medicare para pacientes ambulatorios.

La Organización usará el Método retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturaría a un paciente elegible de la sala de emergencias usando la tasa de reembolso promedio de Medicare y la sala de emergencias comercial. Las tasas de reembolso para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de la sala de emergencias se calculan al menos anualmente usando las cuentas de Medicare cerradas más recientemente de los últimos 12 meses.

	Descuentos de pago por cuenta propia para personas sin seguro ⁽¹⁾	% de reembolso de AGB
Cedars-Sinai Medical Center		
Sala de emergencias	81%	19%
Paciente hospitalizado	84%	16%
Paciente ambulatorio	83%	17%
Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital		
Sala de emergencias	78%	22%
Paciente hospitalizado	82%	18%
Paciente ambulatorio	81%	19%

Nota: Fecha de entrada en vigor 12/01/2021