POLÍTICA

Fecha de entrada en vigor:
01/01/2025

Título: Financial Assistance Policy
Financial Assistance Policy

Departamento de Ingresos: Patient Services

AVISO IMPORTANTE:
La versión oficial de este documento está en el Administrador de políticas y procedimientos (Policy and Procedure Manager, PPM) y es posible que se le hayan hecho revisiones desde que se imprimió el documento.

I. Propósito

a. Como parte de nuestra misión, Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation ("CSMCF"), Huntington Hospital y Huntington Health Physicians (cada uno por separado, la "Organización") se comprometen a cumplir con las necesidades de atención médica de todos los pacientes de la comunidad, sobre la base de 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 toda la atención que reciben.

b. Esta Política de ayuda económica ("política") demuestra el compromiso de la Organización con nuestra misión, visión y principios, para ayudar a cubrir las necesidades de los pacientes de bajos ingresos sin seguro y de los pacientes con seguro insuficiente de 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 ayuda económica y establece los criterios de evaluación financiera para determinar qué pacientes califican para recibir ayuda económica.

II. Política

a. **Definiciones.** Los términos que se usan en esta política se definen en la sección "Definiciones" al final de esta política o cuando se usan por primera vez.
b. **Cobertura según esta política.** La política solo se aplica a los servicios prestados por la Organización y por: médicos del cuerpo docente en su rol como profesores, médicos de CSMCF and Huntington Health, incluyendo a los médicos empleados por grupos de médicos que tienen un acuerdo de servicios profesionales con ellos y los médicos de emergencias de Cedars-Sinai. Los médicos de emergencias de los hospitales de la

Organización que no sea Cedars-Sinai y que prestan servicios médicos de emergencia, están obligados por ley a proporcionar descuentos a los pacientes sin seguro o a los pacientes con costos médicos elevados que estén en el 400 por ciento del FPL o por debajo.

c. **Los centros, los médicos y otros proveedores no cubiertos por esta política pueden tener políticas de asistencia financiera separadas.** Los miembros de la comunidad del personal médico de la Organización (por ejemplo, los proveedores que no son parte de la Organización) también pueden ofrecer la ayuda económica a sus pacientes. La Organización tendrá disponible, en su sitio web, una lista de la información que tiene sobre estos médicos, indicando si médicos específicos (o grupos de médicos): (i) darán descuentos equivalentes de los cargos 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 ayuda económica y (iii) cumplen todas las leyes, reglamentaciones, ordenanzas y órdenes federales, estatales y locales aplicables sobre el cobro de cuentas de deuda de los consumidores. La Organización no será responsable por la administración de dichos médicos de los programas de ayuda económica, ni de sus prácticas de facturación.

d. **Ayuda para pagar su factura - Criterios de elegibilidad**

i. **Ayuda económica.** La ayuda benéfica estará disponible para los pacientes cuyos ingresos familiares estén por debajo del 400 por ciento del FPL del año en curso. Los pacientes cuyos ingresos oscilan entre el 401 y el 600 por ciento del FPL del año en curso también califican para un pago con descuento. Deben completar una solicitud de ayuda económica ("solicitud"). No se tomarán en cuenta los activos al determinar la elegibilidad para obtener descuentos. El Anexo B describe la metodología para los rangos de ayuda económica disponible de la Organización.

ii. **Pacientes previo a un servicio (atención electiva/no de emergencia).** Los pacientes programados como pacientes hospitalizados electivos, programados como pacientes ambulatorios no emergentes o para recibir atención de seguimiento después del alta necesitan la aprobación previa para la ayuda

económica del Vice President, del Finance and Chief Revenue Cycle Officer o la persona que él designe. Solo los procedimientos médicamente necesarios son elegibles para la aprobación. La Organización se reserva el derecho de no dar ayuda económica en el futuro 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 económicos 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 por los servicios de la Organización de fuentes externas, como los fondos para Víctimas de Delitos de California (California Victims of Crime) el Programa para la atención de traumas del condado (County Trauma Program), el programa Medi-Cal y los planes médicos que dan cobertura por medio del Intercambio de California Health Benefit Exchange ("Intercambio"). La solicitud de un paciente para cobertura de un tercero de 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 ayuda benéfica, enviar una solicitud para la cobertura de Medi-Cal, Healthy Families y el Programa para la atención de traumas del condado, cuando corresponda y sea adecuado, cobertura por medio de intercambio. Lo arriba descrito también deberá aplicarse a los pacientes que residen fuera del estado y a su solicitud de Medicaid en su estado. Antes de recibir un pago con descuento, la Organización puede solicitar que se evalúe la elegibilidad para Medi-Cal, para que el paciente reciba información de los beneficios de Medi-Cal. Sin embargo, no se exigirá la inscripción en Medi-Cal para recibir un pago con descuento.

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 para esos programas.

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 a una parte de la factura de un paciente según esta política.

iv. **Pacientes de pago por cuenta propia.** La Organización hizo una presunción basada en su experiencia histórica y el entorno actual de los seguros, que los pacientes que carecen de seguro no pueden costearse el seguro. La Organización supone que estos pacientes son elegibles para los programas de ayuda económica y tendrá disponible para todos los pacientes la siguiente ayuda, a menos que el paciente haga otros arreglos para los servicios prestados por la Organización. La cantidad que se descontó, que no se facturó al paciente, es atención sin remuneración que la Organización reportará según las directrices del Manual de reembolso para proveedores de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, capítulo 15-2, sección 4012.

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 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 ayuda económica no se extiende a procedimientos electivos, a menos que se haga un acuerdo específico entre la Organización y el paciente.

v. **Pacientes médicamente indigentes (no elegibles para descuento).** Los pacientes que son médicamente indigentes, pero que no son elegibles de otra manera para recibir ayuda económica según esta política, aún pueden solicitar ayuda económica según el proceso estipulado en esta política. La solicitud de ayuda económica por indigencia médica la debe aprobar el Vice

President, el Finance and Chief Revenue Cycle Officer o a quien él designe, a su discreción.

e. **Administración de ayuda económica.** La Organización usa una solicitud única y unificada de ayuda económica para los pacientes. El proceso está diseñado para dar a cada solicitante la oportunidad de recibir el máximo beneficio de asistencia financiera para el que puede calificar. A cualquier paciente que pida ayuda económica se le pedirá que complete una solicitud.

i. **Cómo presentar una solicitud.** El proceso de solicitud puede iniciarlo el paciente o cualquier miembro del personal de la Organización comunicándose con los defensores económicos del paciente al 310-423-5071 o por correo electrónico a apatient.billing@cshs.org. Este proceso incluye:

1. Una solicitud, una solicitud de Medi-Cal e información de la orientación crediticia se entrega a los pacientes.

2. Los defensores económicos del paciente ofrecen ayuda a los solicitantes para completar los formularios en Cedars-Sinai South Tower, Street Level, Room 1740.

3. La solicitud se puede completar oralmente con la ayuda del personal de la Organización, pero aún necesitará 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 colaboradores de la comunidad aprobados.** Los pacientes que recibieron la aprobación de solicitudes de ayuda económica recientemente de ciertos afiliados o colaboradores de la comunidad de la Organización pueden recibir la aprobación de la Organización de manera acelerada, a discreción de la Organización. La

Organización informará a los pacientes que envíen una solicitud de ayuda económica si dicha aprobación acelerada está disponible.

3. **Activos.** No se incluirán los activos al determinar la elegibilidad para la ayuda benéfica o pago con descuento.

   Ingresos. Para fines de determinar la elegibilidad para la ayuda benéfica o un pago con descuento, la documentación de ingresos se limitará a recibos de pago recientes o declaraciones de impuestos sobre ingresos del paciente y, según lo solicite la Organización, la familia del paciente. La organización puede aceptar otras formas para documentar los ingresos, pero no debe exigir esas otras formas.

4. **Deducciones.** Se considerarán otras obligaciones económicas incluyendo gastos esenciales de vida y otros artículos de naturaleza razonable y necesaria.

5. **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.

6. **Reevaluación.** La Organización puede reevaluar la elegibilidad si ocurre algo de lo siguiente:

   a. Los ingresos del paciente cambian.

   b. El tamaño del grupo familiar del paciente cambia.

   c. Se toma la determinación de que alguna parte de la solicitud de ayuda económica es falsa o engañosa, en cuyo caso la ayuda económica inicial se puede denegar retroactivamente.

iii. **Presentación de la documentación necesaria.** La Organización pide a los pacientes que envían una solicitud para ayuda económica, varios documentos para comprobar su elegibilidad. Los documentos pueden incluir, entre otros:

1. Solicitud completada. Los pacientes pueden enviar una solicitud para la ayuda benéfica o para pagos con descuento en cualquier momento.

2. Los documentos de ingresos pueden incluir recibos de pago o declaraciones de impuestos sobre ingresos.

3. Otros documentos pueden incluir:
    a. Estado de cuenta de ahorro para gastos médicos que muestre el saldo disponible para el plan del año actual.
    b. La Organización puede exigir que se evalúe al paciente para determinar su elegibilidad para Medi-Cal para que reciba información de los beneficios de la cobertura de Medi-Cal.
    c. La Organización no exigirá que un paciente envíe una solicitud para Medicare, Medi-Cal u otra cobertura antes de que se le haga una evaluación o se le dé un pago con descuento. Al evaluar la elegibilidad para un pago con descuento, la organización puede pedir que el paciente participe en una evaluación de elegibilidad para Medi-Cal.

iv. **Cómo presentar la solicitud completada.** Si un paciente presenta una solicitud completa, 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, entre otras, informar a las agencias de cobros 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 quitar del informe de crédito del paciente cualquier información adversa que se reportó a una agencia de informes de crédito del consumidor u oficina de crédito.

2. Tomar una determinación sobre la elegibilidad o identificar si la solicitud está incompleta o necesita más información, en 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 ayuda económica, 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 necesitan más pasos que reembolsar las cantidades pagadas, según lo dispuesto en la sección "Reembolsos" de esta política. Si hay un saldo restante, la Organización también informará al paciente por escrito de la cantidad que el paciente debe por la atención y describirá cómo el paciente puede obtener más información sobre la cuenta.

    b. Una vez que se aprueba la ayuda económica de un paciente, no se le cobrará al paciente más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que las de AGB.

    c. Las aprobaciones de elegibilidad solo pueden hacerlas personas específicamente autorizadas por la Organización. Esta persona es en este momento el Vice President, el Finance and Chief Revenue Cycle Officer o la persona que él designe.

v. **Carta de resolución.** Después de que un paciente envíe una solicitud completa y envíe la documentación necesaria, la Organización enviará una carta para indicar la determinación de aprobación o no elegibilidad. La carta incluirá:
    1. Una declaración clara de la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir ayuda económica.

    2. Si el paciente no fue elegible para la ayuda económica, una declaración clara explicando por qué se rechazó al paciente.

3. Si el paciente no fue elegible por un servicio que no era médicamente necesario, el médico de atención directa habrá dado fe de ello antes de la denegación.

4. Si se aprueba que el paciente reciba pago con descuento, una explicación clara de la factura reducida e instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener más información sobre un plan de pago razonable, si corresponde.

5. Información de contacto de la Organización, incluyendo el departamento, el nombre de contacto y en dónde el paciente puede apelar la decisión de la Organización.

6. Información del Programa de Reclamos sobre Facturas de Hospitales (Hospital Bill Complaint Program) del Department of Health Care Access and Information (HCAI).

7. Información de Health Consumer Alliance.

vi. **Pacientes con información limitada para hacer una solicitud.** La ausencia de datos económicos del paciente disponibles para la Organización no impide la elegibilidad para recibir ayuda económica. 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 ayuda económica haciendo suposiciones razonables sobre los ingresos del paciente.

vii. **Solicitud incompleta.** Si un paciente presenta una solicitud incompleta, la Organización le dará al paciente de inmediato un aviso por escrito que describa la otra información o documentación necesaria para la solicitud e incluirá la información de contacto para el procesamiento de la solicitud. Si el paciente completa después la solicitud, entonces la solicitud se considerará completa.

viii. **Norma antiabuso para solicitudes con información cuestionable.** La Organización no deberá tomar determinaciones en cuanto a que un paciente no es elegible para recibir ayuda económica basándose en la información que tiene motivo para 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 de emergencia a un paciente hasta que este dé la información que se le pide para determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda económica 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 presente la documentación razonable y necesaria cuando tome sus determinaciones de ayuda económica. 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 entregada 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 las bases para determinar la posible elegibilidad y la manera en que el paciente puede presentar una solicitud para la ayuda más generosa disponible según la política; (b) informar al paciente que puede presentar una solicitud en cualquier momento para revisar la elegibilidad para recibir una ayuda más generosa para los servicios y si el paciente presenta una solicitud completa para conseguir una ayuda más generosa, entonces deberá determinar si el paciente es elegible para recibir un descuento más generoso y tomar las demás medidas que exige esta política respecto a las solicitudes completadas. Los pacientes que pagan por cuenta propia y reciben los descuentos descritos

en esta política recibirán dicho aviso por medio del Resumen en lenguaje simple (consulte el Anexo A) impreso en sus estados de cuenta.

xi. **Las renuncias de los pacientes no eximen a la Organización de la obligación de hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad.** La obtención de una renuncia verbal o por escrito de un paciente, como una declaración firmada de que el paciente no quiere enviar una solicitud para asistencia según la política ni recibir la información que debe darse a los pacientes según esta política, no constituirá por sí misma 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 un pago con descuento mediante la ayuda económica y queda un saldo, el paciente tendrá la opción de pagar por medio de un plan de pago a plazo programado. La Organización hablará sobre las opciones de planes con el paciente y desarrollará planes de pago a plazo. Los planes de pago son sin intereses. La Organización puede tomar en cuenta la cuenta de ahorro para gastos médicos cuando establezca los términos de un plan de pago. Vea la Política de cobro de deudas de la Organización para obtener más información.

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 Manager of Customer Service and Operations de la Organización o su persona designada revisará la apelación de inmediato, y le dará 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 Vice President de la Organización, el Finance and Chief Revenue Cycle Officer 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 que recibe de los pacientes que solicitan elegibilidad según esta política como información confidencial. La información

relacionada con los ingresos 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.

d. **Plazo**

i. La ayuda económica inicial para la aprobación del paciente económicamente 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 cuando lo pida el 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 trasladarán para ayuda económica según el nivel de ayuda dada. En lo sucesivo, las cuentas calificadas para los próximos seis (6) meses serían elegibles para traslado a ayuda económica.

e. **Avisos, comunicaciones y declaraciones por escrito**

i. La Organización da los siguientes avisos e información sobre la ayuda económica:

a. Esta política.

b. Un Resumen en lenguaje simple de la política. El Resumen en lenguaje simple será un documento claro, conciso y fácil de entender que informe a los pacientes y a otras personas que la Organización ofrece ayuda económica según esta política. El Resumen en lenguaje simple 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 se envía una solicitud para asistencia según esta política, e información para obtener más datos y asistencia, incluyendo

copias en otros idiomas.

c. Una lista de proveedores que tengan ayuda económica disponible para los pacientes de la Organización.

d. La solicitud.

e. La Política de cobro de deudas de la Organización.

ii. Este material estará disponible en una variedad de maneras, incluyendo:

a. **Sitio web.** La política de asistencia financiera, la solicitud de asistencia financiera y un Resumen en lenguaje sencillo de la Política de ayuda económica están en el sitio web de esta Organización: cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html

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 a Patient Services al 323-866-8600 o por email a patient.billing@cshs.org

c. **Rótulos colocados.** El resumen en lenguaje simple se publicado en los siguientes lugares: el Emergency Department, Admitting Department, cualquier Billing Department si es accesible al público, áreas de registro centralizadas y descentralizadas y otros entornos para pacientes ambulatorios, incluyendo las unidades de observación.

iii. **Avisos de registro y facturación.** Los pacientes recibirán diversa información y avisos en sus comunicaciones de registro y facturación. Por ejemplo, consulte la Política de cobro de deudas de la Organización.

iv. **Aviso a la comunidad.** La Organización hará diversos esfuerzos para publicitar ampliamente sus programas de ayuda económica, como la distribución de información a organizaciones específicas de la comunidad u

otros medios para avisar a la comunidad sobre la disponibilidad de los Programas de ayuda económica de la Organización.

f. **Servicios de traducción e interpretación.** Las comunicaciones con los pacientes deberán seguir 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 otros idiomas exigidos por las leyes estatales y federales. Esos otros idiomas son español, farsi, ruso, armenio, chino, coreano, vietnamita, árabe y checo. Además, los pacientes pueden comunicarse con la Organización para que los conecten con servicios de intérpretes para la comunicación y traducción de los documentos relacionados con la política en otros idiomas extranjeros y en el lenguaje de señas americano (ASL). También se pueden dar copias de este documento en letra de molde grande y en audio, cuando se solicite al Departamento de Servicios para Pacientes (Patient Services Department).

g. **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 económica ni de seguros. En los casos en que haya una condición médica de emergencia, se hará cualquier evaluación de arreglos económicos solo después de que se haga un examen de evaluación médica apropiado y que se presten los servicios de estabilización necesarios, según todas las leyes estatales y federales aplicables.

h. **Reembolsos.** La Organización reembolsará a los pacientes las cantidades que pagaron en exceso de la cantidad a pagar según esta política, incluyendo los intereses pagados, a razón del diez por ciento (10 %) anual. Si la cantidad a pagar 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 ni pagar intereses. La Organización reembolsará al paciente en el plazo de 30 días.

i. **Cobros.** Para obtener más información de las acciones de cobro, consulte la Política de cobro de deudas.

j. **Elaboración de informes.** La Organización presentará esta política al HCAI cada dos años a más tardar el 1 de enero o dentro de los treinta (30) días después de cualquier actualización de esta política. Si no hay cambios significativos desde que se presentó la

política previamente, la Organización deberá informar al HCAI dentro de los treinta (30) días previos al 1 de enero de la fecha del próximo reporte bienal de la Organización. Los cambios significativos incluyen cualquier cambio que podría afectar el acceso del paciente a la elegibilidad para obtener descuento en el pago o cualquier otra protección resumida por los requisitos federales y estatales. Cada presentación de política al HCAI deberá incluir una declaración de certificación (consulte el Anexo D) bajo pena de perjurio, que incluya: (i) Una certificación de que el remitente está debidamente autorizado para presentar las políticas. (ii) Las políticas presentadas son copias verdaderas y correctas de las políticas de la Organización.

III. Programa de quejas de facturas de hospital. Los pacientes que crean que se les ha denegado asistencia financiera por error pueden presentar una queja ante el Programa de Reclamos sobre Facturas de Hospitales del estado de California. Para obtener más información o presentar una queja, visite el sitio web del HCAI o HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.

IV. Más ayuda. Para los pacientes que necesitan ayuda para pagar una factura, hay organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que ayudarán a los pacientes a entender el proceso de facturación y pago. Para obtener más información, los pacientes pueden llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o ir a healthconsumer.org.

V. Retención del expediente. La Organización mantendrá todos los registros relacionados con el dinero adeudado por un paciente o garante durante 5 años, incluyendo, entre otros: (a) documentos relacionados con litigios presentados por la Organización, (b) un contrato y registros importantes relacionados mediante los cuales la Organización cede la deuda a un tercero, (c) una lista, actualizada al menos anualmente, de cada persona, incluyendo el nombre de la persona y la información de contacto, que es: (i) un cobrador de deudas a quien la Organización cedió la deuda médica o (ii) contratado por la Organización para iniciar litigios por deudas de pacientes en nombre de la Organización.

VI. APROBACIÓN DE LA 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. Sin embargo, la administración puede hacer cambios administrativos a los anexos identificados en la Sección VII de esta política sin la aprobación de la Junta, siempre que los cambios no entren en conflicto con esta política (p. ej., aclaraciones de lenguaje, cambios para reflejar el proceso operativo que implementa la política, actualizaciones para cumplir los cambios en las leyes, reglamentaciones o guías del IRS aplicables, y actualizaciones para reflejar las directrices federales de pobreza más recientes).

VII. Definiciones

a. **Cantidades generalmente facturadas ("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 26 C.F.R. §I.501(r)-5(b). Más información sobre cómo la Organización calcula las AGB y las actualizaciones anuales de los porcentajes de AGB se establecerán en el Anexo C de esta política y se incluirán en los archivos que estarán disponibles para el público en el sitio web del Departamento de Acceso e Información de Atención Médica (Department of Health Care Access and Information) del estado de California en https://syfphr.hcai.ca.gov/.

b. **Solicitud** se refiere a la solicitud de ayuda económica de la Organización.

c. **Activos** significa solo "activos monetarios". Incluye los activos que se pueden convertir fácilmente en dinero 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).

d. **Ayuda benéfica** significa ayuda gratuita.

e. **Colaboradores de la comunidad** son las relaciones de apoyo con otras agencias de la comunidad; los ejemplos incluyen Planned Parenthood or Saban Community Clinic.

f. **Pago con descuento** significa cualquier cargo por atención que se reduzca, pero que no es gratuito.

g. **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 limpieza, y otros gastos extraordinarios.

h. **Medidas extraordinarias de cobranza ("ECA")** son las actividades de cobro que la Organización no hará antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica según esta política. Las ECA se describen específicamente en la Política de cobro de deudas.

i. **Nivel federal de pobreza** ("FPL") es la medida que se usa para determinar la pobreza en los Estados Unidos, y la publica periódicamente el Department of Health and Human Services ("DHHS") en su sitio web, https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines.

j. **Paciente económicamente calificado** es un paciente que pidió ayuda económica de la Organización y completó y presentó una solicitud. La revisión de la solicitud muestra que el paciente es elegible para recibir ayuda económica y la solicitud está aprobada según esta política o la Organización determinó que el paciente es posiblemente elegible para recibir ayuda económica según esta política.

k. **Ayuda económica** 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.

l. **Cuenta de ahorro para gastos médicos** es una cuenta establecida por el paciente o un miembro de la familia del paciente sobre una base antes de impuestos que está disponible para pagar ciertos gastos médicos del paciente y posiblemente otros.

m. **Costos médicos altos** son los gastos de bolsillo anual de un paciente cuyos ingresos familiares superan los niveles de la Organización para recibir ayuda económica. Estos costos incluyen: (1) gastos de bolsillo anuales que haga un paciente en el hospital de la Organización que excedan el 10 por ciento de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los 12 meses anteriores, lo que sea menor; (2) gastos de bolsillo anuales que excedan el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente presenta documentación de los gastos médicos pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores o (3) un nivel inferior según se establezca periódicamente en esta política.

n. **Indigencia médica** es un paciente que no puede pagar los servicios debido a una atención médica inesperada de alto costo, pero que no califica para recibir ayuda económica según esta política.

o. **Médicamente necesario** significa los servicios de atención médica hechos que son necesarios y clínicamente apropiados para evaluar, diagnosticar o tratar a un paciente de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y que no son principalmente para la conveniencia del paciente o del proveedor.

p. **Gastos de bolsillo** significa cualquier gasto de atención médica que no sea reembolsado por un seguro o un programa de cobertura médica, incluyendo una cuenta de ahorro para gastos médicos. Dichos gastos incluyen, como ejemplo, copagos de Medicare o costo compartido de Medi-Cal.

q. **Familiar del paciente** significa: para personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes menores de 21 años o de cualquier edad si está discapacitado, aunque no viva en casa, y para las personas menores de 18 años o para un hijo dependiente entre 18 y 20 años, inclusive, padre/madre, familiares cuidadores y familiares de los padres o cuidadores de otros hijos dependientes menores de 21 años o de cualquier edad si es discapacitado.

r. **Plan de pago** significa un acuerdo entre la Organización y el paciente, mediante el cual la Organización ha ofrecido, y el paciente ha aceptado, la oportunidad de liquidar su responsabilidad en pagos mensuales que no excedan el 10% del ingreso

familiar del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos de vida esenciales.

s. **Seguro insuficiente** significa pacientes que tienen seguro médico, pero que no son capaces de cumplir su parte de los costos debido a las primas altas o los gastos de bolsillo.

t. **Sin seguro** son los pacientes que no tienen cobertura de seguro médico por medio de una aseguradora médica privada, Medicare, Medicaid u otro plan patrocinado por el gobierno.

VII. Referencias. Las leyes estatales y federales a las que se hace referencia en el desarrollo de esta política incluyen, entre otros:

a. Sección 501(r)(3) del Código de Impuestos Internos de los EE. UU.

b. 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).

c. Proyecto de Ley de la Asamblea de California 1020: Deuda de Atención Médica y Facturación Justa.

d. Proyecto de Ley 532 de la Asamblea de California: Políticas de Facturación Justa.

e. Guía de la Oficina General ("OIG"), Department of Health and Human Services sobre la ayuda económica para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente y la reglamentación del IRS.

f. Cualquier reglamentación de implementación y guía de la agencia sobre cualquiera de los anteriores.

VIII. Lista de anexos

A. Resumen de la política de ayuda económica, Resumen en lenguaje simple

B. Ayuda económica para ayuda benéfica o pago con descuento según las directrices federales de pobreza

C. Cantidades generalmente facturadas

D. Declaración de certificación

HISTORIAL:

EDICIÓN ORIGINAL: 05/01/03

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA VERSIÓN DE LA POLÍTICA: 01/01/25

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN: 01/01/24

Attachment A

Summary of Financial Assistance Policy – Plain Language Summary

As part of our mission, Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation, Huntington Hospital, and Huntington Health Physicians (each separately, the "Organization") are committed to providing access to quality healthcare for the community and treating all of our patients with dignity, compassion and respect. This includes providing services without charge, or at significantly discounted prices, to eligible patients who cannot afford to pay for care as provided by our financial assistance policy (the "Policy"). We also offer our patients a variety of options to meet their financial needs, even if they do not qualify for assistance. This document is our plain language summary (the "Summary") of the Policy.

Help paying your bill

Charity Care will be made available to patients receiving medically necessary procedures and whose income is at or below 400% of the current year's federal poverty level (FPL). Patients whose income ranges between 401%–600 % of the FPL also qualify for a Discount Payment, using a sliding scale based on family size, income level and insurance status. Patients scheduled as elective inpatients, scheduled as non-emergent outpatients or for follow-up care following discharge require the prior approval by the vice president, Finance and Chief Revenue Cycle Officer or their designee. If a patient does not qualify for entirely free services but is eligible for a discount under the Policy, the patient will not be charged more than amounts generally billed by the Organization for emergency or other medically necessary care.

Physicians and services

The Policy only applies to services provided by the Organization and by: faculty physicians in their capacity as faculty, CSMCF and Huntington Health physicians including physicians employed by medical groups that have a professional services agreement with them, and the Cedars-Sinai emergency physicians. Emergency physicians at Organization hospitals other than Cedars-Sinai who provide emergency medical services are required by law to provide discounts to uninsured patients or patients with high medical costs who are at or below 400 percent of the federal poverty level.

How to apply

Patients seeking free or discounted care under the Policy will need to complete a financial assistance application (the "Application") and submit any required documentation. The Application and documentation will go through a review process by the Organization.

Free copies of this Summary, the Policy or the Application are available in English, Spanish, Farsi, Russian, Armenian, Chinese, Korean, Vietnamese, Arabic or Czech. To request copies or to get additional information, including questions on the financial assistance process, you may:

- Ask representatives at the registration or admissions desks.
- Call Patient Services at 323-866-8600.

- Visit the Organization's website at cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html

If you have a disability and need an accessible alternative format for the above materials or if you speak another language than those listed, please contact Patient Services and they can offer you an alternative format or connect you with our Interpreter Services department for further assistance.

Arrangements for self-pay
Patients who do not qualify for free or discounted care under the Policy may find other programs of the Organization helpful. Patients who lack insurance may receive a substantial discount, similar to the discounts we provide to managed-care insurance plans for eligible services.

Regulatory notice for collections
We do refer some delinquent accounts to third-party collection agencies. These agencies must follow all California and federal laws as well as comply with the Organization's policies and procedures. For more information about debt collection activities, you may contact the Federal Trade Commission by phone at 877-FTC-HELP (877-382-4357). In the event your account is referred to a collection agency and you experience problems, contact our Patient Services for support at 323-866-8600.

Protections for surprise medical bills.
All patients are afforded protections against surprise medical bills. Please see the "Notice to Patients – Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills" on our website or ask for a copy.
- Cedars-Sinai: cedars-sinai.org/programs/support-services/patient-rights.html
- Huntington Health: huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies/

Hospital Bill Complaint Program
If you believe you were wrongly denied financial assistance, you may file a complaint with the State of California's Hospital Bill Complaint Program. Go to HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov for more information and to file a complaint.

More Help
Help paying your bill – There are free consumer advocacy organizations that will help you understand the billing and payment process. You may call the Health Consumer Alliance at 888-804-3536 or go to healthconsumer.org for more information.

Additional resources and information:
- Patients may be eligible for government assistance programs, such as Medi-Cal or subsidized coverage through Covered California. The Patient Financial Advocate ("PFA") office has onsite staff to answer patient questions and provide assistance with applying for these programs. The PFA office can be contacted at 310-423-5071.
- For questions regarding commercial health insurance, call 1-800-CEDARS1 or 800-233-2771.
- For information on the Organization's pricing and tool for shoppable services, visit the website mycslink.cedars-sinai.org/mycslink/GuestEstimates/

Attachment A (Continued)

Financial Assistance Tagline Sheet
English: ATTENTION: If you need help in your language, call 323-866-8600 or visit the PFA office, 8 a.m.-4:30 p.m., Monday through Friday, at 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Aids and services for people with disabilities, like documents in large print or audio are also available. These services are free.
Spanish: ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 323-866-8600 o visite la oficina de PFA, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m., de lunes a viernes, en 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. También hay ayuda y servicios disponibles para personas con discapacidades, como documentos con letra grande o en audio. Estos servicios son gratuitos.
Chinese-Simplified: 注意：如果您需要以您的语言获得帮助，请致电 323-866-8600 或造访 PFA 办公室，服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 4:30，地址为 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048。我们还为残障人士提供援助和服务，例如大字体文件或音频。这些服务均为免费。
Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi 323-866-8600 hoặc đến tại văn phòng PFA, 8 sáng – 4:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu, tại địa chỉ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Các trợ cụ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu ở dạng chữ in khổ lớn hoặc tệp âm thanh cũng có sẵn. Các dịch vụ này được miễn phí.
Tagalog: PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 323-866-8600 o bisitahin ang tanggapan ng PFA, 8 a.m.-4:30 p.m., Lunes hanggang Biyernes, sa 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumentong nakasulat sa malalaking titik o naka-audio. Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.
Korean: 참고 사항: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 월요일부터 금요일 오전 8시~오후 4시 30분에 전화 323-866-8600번으로 연락하시거나 PFA 사무실을 방문해 주십시오. 주소는 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048입니다. 큰 활자 또는 오디오 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 해당 서비스는 무료입니다.
Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե օգնության կարիք ունեք ձեր լեզվով, զանգահարեք 323-866-8600 հեռախոսահամարով կամ այցելեք PFA-ի գրասենյակը, 8:00-ից-16:30, երկուշաբթիից ուրբաթ, այս հասցեով՝ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048: Հաշմանդամների համար տրամադրելի են նաև օգնություններ և ծառայություններ, օրինակ՝ խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր կամ ձայնագրված նյութեր: Այս ծառայություններն անվճար են:
Farsi: توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خود دارید، با 323-866-8600 تماس بگیرید یا در روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 4:30 عصر به دفتر PFA به نشانی 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 مراجعه کنید. کمک‌ها و خدماتی، مانند اسناد با چاپ درشت یا در قالب صوتی، نیز برای افراد دارای معلولیت در دسترس است. این خدمات رایگان هستند.
Russian: ВНИМАНИЕ: если вам нужна помощь на русском языке, позвоните по номеру 323-866-8600 или посетите отдел помощи пациентам по финансовым вопросам (PFA) по адресу 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. График работы отдела: с понедельника по пятницу с 08:00 до 16:30. Лицам с ограниченными возможностями бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, например документы, напечатанные крупным шрифтом, или в аудиоформате.

Attachment A (Continued)

Japanese: 注意事項：言語サポートが必要な場合は、323-866-8600までお電話いただくか、PFA事務所 (8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048)までお越しください。月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 4 時 30 分までです。大きな活字の文書や音声など、障害のある人向けの支援やサービスもご利用いただけます。これらのサービスは無料です。
Arabic: تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، يرجى الاتصال بالرقم 323-866-8600 أو تفضَّل بزيارة مكتب المحامي العام للمرضى (PFA)، من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، في العنوان التالي: 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات لذوي الإعاقة، مثل المستندات المطبوعة بحروف كبيرة أو الملفات الصوتية. هذه الخدمات مجانية.
Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 323-866-8600 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 ਵਿਖੇ PFA ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਜਾਓ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਆਡੀਓ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।
Mon-Khmer Cambodian: យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 323-866-8600 ឬទៅការិយាល័យទីប្រឹក្សាអ្នកជំងឺ និងច្បាស់។ (PFA) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 4:30 នាទីរសៀល ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រនៅ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048។ ក៏មាន ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារដែលបោះពុម្ពជាអក្សរធំ ឬអូឌីយ៉ូផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
Hmong: DAIM NTAWV CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 323-866-8600 los sis mus ntsib lub chaw hauj lwm PFA tau, thaum 8 teev sawv ntxov-4:30 teev tsaus ntuj, hnub Monday txog hnub Friday, ntawm 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Dhau ntawv lawm kuj tseem muaj kev pab cuam thiab cov cuab yeej pab rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv luam ua tus ntawv loj los sis muaj kaw ua suab lus thiab. Cov kev pab cuam no yog pab dawb.
Hindi: ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो 323-866-8600 पर कॉल करें या PFA कार्यालय, सुबह 8 बजे से शाम 4:30 बजे, सोमवार से शुक्रवार, 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 पर जाएँ। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ या ऑडियो भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ मुफ़्त हैं।
Thai: ข้อควรทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านภาษา โปรดโทร 323-866-8600 หรือไปที่สำนักงาน PFA เวลา 8.00-16.30 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ที่ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับคนพิการ เช่น บริการเอกสารแบบพิมพ์ขนาดใหญ่หรือบริการเสียงก็มีให้เช่นกัน บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Anexo B
Ayuda económica para ayuda benéfica o pago con descuento
Directrices federales de pobreza

Para conocer la información actualizada de su porcentaje de nivel federal de pobreza ("FPL%") y la cantidad del sueldo anual por rangos según el tamaño de la familia, visite el sitio web de la Organización en https://www.cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html

La Organización usa los siguientes niveles federales de pobreza ("FPL") y directrices de seguros para determinar un descuento:

	Ayuda benéfica	Pago con descuento			
% DE FPL	**400 %**	**450 %**	**500 %**	**550 %**	**600 %**
Sin seguro	100 %	95 %	90 %	85 %	85 %
Seguro insuficiente	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %

Ejemplo ilustrativo:
Si es una familia de 3 personas con un sueldo anual igual o inferior al 500 % del FPL, entonces sería elegible para:

- Descuento para pacientes sin seguro del 90 %, para pacientes sin plan de seguro
- Descuento para pacientes con seguro insuficiente del 80 %, para pacientes que tienen seguro médico, pero que no pueden cubrir su parte de los gastos debido a primas altas o gastos de bolsillo.

Puede consultar las directrices federales de pobreza en aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines.

Anexo C
Cantidades generalmente facturadas

Cantidades generalmente facturadas (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 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b).

La Organización usará el método retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturará a:

- Un paciente hospitalizado elegible usando la tasa promedio de reembolso comercial y de Medicare para pacientes hospitalizados. 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.
- Un paciente ambulatorio elegible usando la tasa promedio de reembolso comercial y de Medicare.
- Un paciente hospitalizado de sala de emergencias elegible usando la tasa promedio de reembolso de Medicare y de sala de emergencias.

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.
Para conocer los porcentajes de AGB, actualizados anualmente, visite el sitio web de la Organización en cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html.

Anexo D
Declaración de certificación

Esta política y sus anexos se enviarán al Department of Health Care Access and Information (HCAI). Además, estará disponible en el sitio web de la Organización.

La Organización da fe bajo pena de perjurio de:

1. La persona que presenta la política está debidamente autorizada para presentar políticas en nombre de la Organización.

2. La política presentada es copia fiel y correcta de la que se adjunta a esta certificación.

DocuSigned by:
Lisa Maqueira
56A5E2AB375D487...

11/6/2024

Lisa Maqueira
Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

Date