

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, los médicos del Departamento de Emergencias (Emergency Department) del 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 de médicos que tienen un Acuerdo de Servicios Profesionales exclusivos con CSMCF (juntos, la "Organización") se comprometen a cubrir las necesidades de atención médica de todos los pacientes de la comunidad y basándose 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 de bajos ingresos sin seguro y de 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 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 "Definitions" (Definiciones) al final de esta Política o cuando se usan por primera vez.
- b. **Cobertura según esta política.** Esta Política cubrirá solo los servicios que presta directamente la Organización.
- 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 poner disponible 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 su grupo de médicos): (i) darán

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

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. Criterios de elegibilidad

- iv. **Ayuda Económica.** 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 ayuda económica ("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.
- v. **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 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.
- vi. **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

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

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

- vii. **Pacientes de pago por cuenta propia.** La Organización ha hecho 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.
- viii. **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

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

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. **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 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, Room 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 ayuda económica se aprobaron recientemente por ciertos afiliados o colaboradores de la comunidad de la Organización, pueden recibir la aprobación de manera acelerada por la Organización, 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.** La consideración de los activos para determinar la elegibilidad se limita a la definición de esta Política.

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

4. **Ingresos.** Los ingresos para períodos parciales deberán incluirse en las hojas de trabajo usando datos anualizados.
 5. **Deducciones.** Se considerarán otras obligaciones económicas incluyendo gastos de vida y otros rubros 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. Los ingresos del paciente cambian.
 - b. Cambia el tamaño del grupo familiar del paciente.
 - 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 solicitan ayuda económica, varios documentos para comprobar su elegibilidad. Los documentos pueden incluir, entre otros, los siguientes:
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.
 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 de dinero,
 - c. Acciones,
 - d. Bonos,
 - e. Certificado de depósitos,
 - f. Cuentas de bróker (excluye documentos de planes de jubilación, planes de compensación diferida (calificados y no calificados según el código del IRS)), y

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

- v. **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.
- vi. **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 después completa la Solicitud con la información necesaria 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, en un plazo razonable dado para responder a las solicitudes de más información o documentación, se considerará entonces 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 exigidos por esta Política sobre las Solicitudes completadas.
- 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

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

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 la base para la determinación de posible elegibilidad y la manera en que el paciente puede presentar una solicitud de ayuda más generosa disponible según la Política; (b) dar al paciente ciento veinte (120) días para presentar una solicitud de ayuda más generosa; y si el paciente presenta una Solicitud completa que procure una ayuda más generosa, determinar si el paciente es elegible para recibir un descuento más generoso y adoptar 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 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.** Obtener una renuncia 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 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 administrador de Operaciones y Servicio al Cliente 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 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

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

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).

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, 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 trasladarán para ayuda económica según el nivel de ayuda concedida. 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:
- Esta Política.
 - 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 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.

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

- 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. Este material estará disponible en una variedad de maneras, incluyendo:
 - a. **Sitio web.** La Política de Ayuda Económica, la Solicitud de Ayuda Económica y un Resumen en lenguaje simple de la Política de Ayuda económica están en el sitio web de esta Organización. Los enlaces a dicho material 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 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. **Notificación 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 alertar a la comunidad sobre la disponibilidad de los programas de Ayuda Económica de la Organización.
- f. **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 otros idiomas exigidos por las leyes estatales y federales. Esos otros idiomas son farsi, ruso, español, coreano, armenio y chino.

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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. **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 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.
- i. **Cobros.** Para obtener más información sobre las acciones de cobro, consulte la Política de cobro de deudas.
- j. **Elaboración de informes.** La Organización presentará esta Política al Departamento de Acceso e Información de Atención Médica (Department of Health Care Access & Information, HCAI) cada dos años antes del 1 de julio, o en un plazo de treinta (30) días a partir de cualquier actualización de esta Política. Si no hay cambios desde la presentación anterior de la política, la Organización deberá informar a HCAI en el plazo de treinta (30) días antes del 1 de julio de la próxima fecha del informe bienal de la Organización.

III. Aprobación por 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.

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/>.

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

- 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 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). 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).
- d. **Colaboradores de la comunidad** son las relaciones de apoyo con otras agencias de la comunidad; los ejemplos incluyen Planned Parenthood or Saban Community Clinic.
- 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 limpieza, y otros gastos extraordinarios.
- f. **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.
- g. **Familia** significa lo siguiente: (1) Para personas mayores de 18 años de edad, 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 ("FPL")** es la medida que se usa para determinar la pobreza en los Estados Unidos, y la publica periódicamente el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) en su sitio web, <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- i. **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 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 **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

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

son generalmente según un plan de pago o un descuento automático para los pacientes que pagan por cuenta propia.

- k. Los **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 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) gastos médicos de bolsillo que excedan el diez por ciento (10 %) de los ingresos familiares del paciente, si el paciente presenta documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o por 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 médica inesperada de alto costo, pero que no califica para recibir ayuda económica según esta Póliza.
- m. **Plan de pago** es un acuerdo por escrito entre la Organización y el paciente, mediante el que la Organización ofreció 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.

V. Referencias. Las leyes estatales y federales a las que se hace referencia en el desarrollo de esta Política incluyen, entre otras:

- 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, con fecha de entrada en vigor del 1 de enero de 2022.
- d. 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.
- e. Guía de la Oficina General, Departamento de Salud y Servicios Humanos ("OIG") 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.

Título: Financial Assistance Policy (Política de ayuda financiera)

Departamento de Ingresos: Patient Financial Services (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.

VI. 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: 04/15/23

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

Resumen de la Política de Asistencia financiera - Resumen en lenguaje sencillo**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS
(RESUMEN DE AYUDA ECONÓMICA Y
PROTECCIONES CONTRA
FACTURAS INESPERADAS)**

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 ayuda económica (la "Política"). También damos a nuestros pacientes una variedad de planes de pago y opciones para cubrir sus necesidades económicas, incluso si no califican para recibir ayuda. Este documento es nuestro resumen en lenguaje simple (el "Resumen") de la Política.

Elegibilidad - descuentos completos y cantidades reducidas

La ayuda económica 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 ayuda económica para arreglos de servicios electivos necesitarán la aprobación previa del vicepresidente de Servicios Económicos para Pacientes o su persona designada. Solo los procedimientos médicamente necesarios son elegibles para la aprobación. La ayuda económica 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 por la Organización por atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Médicos y servicios

La Política solo se aplica a los servicios que ofrece la Organización e incluye servicios médicos, si los prestan los médicos de Community Urgent Care Medical Group, Inc. asignados al Departamento de Emergencias de Cedars-Sinai, médicos docentes de Cedars-Sinai en calidad de miembros del cuerpo docente o médicos empleados de Cedars-Sinai Medical Care Foundation (CSMCF) o aquellos grupos de médicos que tengan un acuerdo exclusivo de servicios profesionales con CSMCF.

Solicitud de ayuda económica

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

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

Hay copias gratis de este Resumen, la Política o la Solicitud en inglés, farsi, ruso o español. Para pedir copias u obtener más información, incluyendo preguntas sobre el proceso de ayuda económica, puede:

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

continúa



SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS
(RESUMEN DE AYUDA ECONÓMICA Y
PROTECCIONES CONTRA
FACTURAS INESPERADAS)

Arreglos para pago por cuenta propia

Los pacientes que no califican para recibir atención médica gratis o con descuento según la Política pueden analizar otras opciones de 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.

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 usted tiene problemas, comuníquese con nuestros Servicios Económicos para Pacientes para obtener ayuda al 323-866-8600.

Protecciones contra facturas médicas sorpresa.

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

Más Recursos 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). Para hacer preguntas sobre estos programas, coberturas y otras organizaciones que pueden ser de ayuda, comuníquese con la oficina de Defensores Financieros de los Pacientes al 310-423-5071.
- Para hacer preguntas sobre los seguros médicos comerciales, llame al 800-233-2771.
- Para obtener información sobre los precios y la herramienta de servicios adquiribles de la Organización, visite cedars-sinai.org/billing-insurance.html.
- Health Consumer Alliance (HCA) ofrece 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.

Anexo B

Solicitud de ayuda económica

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

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

Cedars-Sinai Medical Center
Financial Assistance Processing Unit
File 1688
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

Horario de atención: 8:00 a. m. – 4:30 p. m., días entre semana
Teléfono: 323-866-8600
Acceso las 24 horas por fax: 323-866-3077
Correo electrónico: Patient.Billing@cshs.org

Documentos financieros de apoyo necesarios para la ayuda económica

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)
 - Dos meses anteriores de cheques o talones del empleador
 - 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 complementarios/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)
 - Dos meses anteriores de su estado de cuenta más reciente de todas las cuentas corrientes, de ahorro y de la cooperativa de crédito

Solicitud completa:

- Solicitud debidamente completada con fecha y firma

Anexo B (continuación)

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Para que lo consideren para nuestro programa de ayuda total o parcial, complete esta solicitud para ayudar a Cedars-Sinai Medical Center a determinar si usted puede calificar para recibir atención con descuento. No podemos asegurar que usted calificará, incluso si presenta la solicitud. Se dará una respuesta por escrito a todos los pacientes que respalden la aprobación/negación después de que recibamos su solicitud y documentación completas. La Póliza de ayuda económica cubre la atención médicamente necesaria que se da en Cedars-Sinai Medical Center, Marina Del Rey Hospital y Huntington Hospital, junto con los médicos del Departamento de Emergencias de Cedars-Sinai (Cedars-Sinai's Emergency Department), los médicos de la facultad, o los médicos afiliados a Cedars-Sinai Medical Care Foundation. Los servicios cosméticos electivos y cualquier otro proveedor de servicios fuera de las áreas mencionadas arriba, no están cubiertos según este programa. Puede enviar la solicitud completa por correo postal, correo electrónico o fax. **NO PRESENTAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA DARÁ COMO RESULTADO LA DENEGACIÓN.**

TENGA EN CUENTA: SI NO TIENE SEGURO Y CUMPLE LOS CRITERIOS ESPECÍFICOS DE POSIBLE ELEGIBILIDAD DE MEDI-CAL, NO ES NECESARIO QUE COMPLETE ESTA SOLICITUD.

Verifique si está inscrito en uno de los siguientes programas:

- Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Elegible para Medi-Cal, pero no en la fecha de servicio
- Sin hogar
- Fallecido sin patrimonio

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Domicilio		Ciudad	Estado Código postal
Número de la casa	Número celular	Dirección de correo electrónico	
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo de EE.UU. <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular		Ingresos anuales 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 reportado en sus impuestos):	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado - Última fecha en que trabajó: _____			
Nombre del empleador		Teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado Código postal

Anexo B (continuación)

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA/PADRE/MADRE/GARANTE

Relación			
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Padre/madre	<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"/> Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Discapacitado
<input type="checkbox"/> Desempleado - Última fecha en que trabajó: _____			
Nombre del empleador		Teléfono	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado Código postal
Nombre del seguro médico (ofrecido por el empleador, incluyendo COBRA)			
<input type="checkbox"/> Sin seguro médico			

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"/> Póliza en el exterior | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si respondió Sí, dé la siguiente información:

Titular de la póliza	Asegurador	Número de la póliza
Titular de la póliza	Asegurador	Número de la póliza

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/broker	\$	\$	\$
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 que se presentó puede verificarla Cedars-Sinai Medical Center o Marina Del Rey Hospital, y Huntington Hospital, y autorizo a CSMC/MDRH/HH a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información que se presentó en esta solicitud. Entiendo que si presenté información incorrecta a sabiendas o si la solicitud contiene un error u omisión importante, ya no seré elegible para recibir ayuda económica. Si se me concedió ayuda económica antes, se puede revertir en ese momento y seré responsable del saldo pendiente.

Firma de la persona que pide ayuda económica

Fecha

Firma del cónyuge/Pareja doméstica/Garante (cuando corresponda)

Fecha

Anexo C

**Descuento de Ayuda Económica
Directrices federales de pobreza**

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	Sueldo anual según el FPL					
1	\$14,580	\$58,320	\$65,610	\$72,900	\$80,190	\$87,480
2	\$19,720	\$78,880	\$88,740	\$98,600	\$108,460	\$118,320
3	\$24,860	\$99,440	\$111,870	\$124,300	\$136,730	\$149,160
4	\$30,000	\$120,000	\$135,000	\$150,000	\$165,000	\$180,000
5	\$35,140	\$140,560	\$158,130	\$175,700	\$193,270	\$210,840
6	\$40,280	\$161,120	\$181,260	\$201,400	\$221,540	\$241,680
7	\$45,420	\$181,680	\$204,390	\$227,100	\$249,810	\$272,520
8	\$50,560	\$202,240	\$227,520	\$252,800	\$278,080	\$303,360
Por cada persona agregada, sume	\$5,140					
		400 %	450 %	500 %	550 %	600%

Nota: Programa revisado 1/16/23

Anexo D

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	82 %	18 %
Paciente hospitalizado	85 %	15 %
Paciente ambulatorio	84 %	16 %
Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital		
Sala de emergencias	77 %	23 %
Paciente hospitalizado	82 %	18 %
Paciente ambulatorio	82 %	18 %

Nota: Fecha de entrada en vigor 01/01/2023