

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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 o 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 califiquen según los requisitos de esta Política.
- c. Esta Política da directrices para identificar a los pacientes que puedan calificar para recibir ayuda económica y establece los criterios de evaluación económica 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.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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. **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 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 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 adjunto B establece los rangos de asistencia económica que la Organización tiene disponibles.
 - ii. **Pacientes previo a un servicio (atención electiva/no de emergencia).** Los pacientes programados como pacientes hospitalizados electivos o programados como pacientes ambulatorios que no son de emergencia requieren aprobación previa para recibir asistencia financiera por el Vicepresidente, Director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o su designado. Solo los procedimientos médicamente necesarios son elegibles para la aprobación. La asistencia financiera para los procedimientos electivos y para la atención de seguimiento después del alta se limita a los pacientes que viven en el área de servicio de la Organización o según lo apruebe el Vicepresidente, Director de

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

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

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

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

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

- iv. **Pacientes de pago por cuenta propia.** La Organización ha hecho una presunción basada en su experiencia histórica y el entorno actual de los

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

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 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 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

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

comunicándose con los defensores financieros del paciente al 310-423-5071 o por email a patient.billing@cshs.org. Este proceso incluye:

1. Los pacientes reciben con la Solicitud, una Solicitud de Medi-Cal e información sobre orientación crediticia.
2. Los defensores financieros del paciente dan asistencia a los solicitantes para completar los formularios en Cedars-Sinai South Tower, Street Level, sala 1740.
3. La Solicitud 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 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.
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.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

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 cambiaron.
 - b. El tamaño de la familia del paciente cambió.
 - 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.
 - 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 corretaje (no incluye documentos relacionados con planes de jubilación, planes de remuneración a plazos (calificados y no calificados según el código del IRS)).

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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. Talón de beneficios de desempleo, beneficios de Seguro Social o beneficios por discapacidad.

- iv. **Envío de la Solicitud completa.** Si el paciente presenta una Solicitud completada durante el Período de solicitud, la Organización deberá:
1. Tomar inmediatamente todas las medidas razonablemente disponibles para suspender o revertir cualquier ECA contra el paciente para obtener el pago de la atención. Tales medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, entre otros, informar a las agencias de cobro para que cesen las actividades de cobro, medidas para anular cualquier sentencia contra el paciente, levantar cualquier embargo o gravamen sobre la propiedad del paciente y eliminar del informe de crédito del paciente cualquier información adversa que se 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.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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. 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 vicepresidente, el director de Finanzas y Ciclo de Ingresos o la persona que él designe.
- v. **Carta de determinación.** 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 lo siguiente:
- 1. Una aclaración de la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir ayuda económica.
 - 2. Si el paciente no era elegible para recibir ayuda económica, una aclaración de por qué se le denegó al paciente.
 - 3. Si el paciente no era elegible debido a un servicio que no era médicamente necesario, el médico tratante del servicio habrá dado fe de ello antes de la denegación.
 - 4. Si se aprobó al paciente para recibir ayuda económica, una aclaración de la factura reducida e instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener información adicional sobre un plan de pago razonable, si corresponde.
 - 5. Información de contacto de la Organización, incluyendo el departamento, el nombre de contacto y dónde puede el paciente apelar la decisión del hospital.
 - 6. Información sobre el Programa de quejas de facturas de hospital del Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica (Department of Health Care Access and Information, HCAI).

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

7. Información sobre 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 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.
- viii. **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.
- ix. **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.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

- x. **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.
- xi. **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 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.
- xii. **Las renunciaciones 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.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

- xiii. **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 sobre 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. Consulte la política de cobro de deudas de la Organización para obtener más información.
- xiv. **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.
- xv. **Confidencialidad de la información de la Solicitud.** La Organización deberá mantener toda la información recibida de los pacientes que solicitan elegibilidad según esta Política como información confidencial. La información sobre los Activos obtenidos como parte del proceso de solicitud y de aprobación deberá mantenerse en un expediente aparte de la información que pueda usarse para cobrar las cantidades adeudadas.
- xvi. **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

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

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 serán 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 sencillo deberá redactarse de manera tal que estipule información pertinente incluyendo la que se necesite según la ley estatal y federal, como los requisitos de elegibilidad y la asistencia que se da según esta Política, un resumen breve de cómo solicitar asistencia según esta Política, e información para la obtención de más datos y asistencia, incluyendo copias en otros idiomas.
 - c. Una lista de Proveedores que pueden poner asistencia financiera a disposición de los pacientes de la Organización.
 - d. La Solicitud.
 - e. La Política de cobro de deudas de la Organización.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

AVISO IMPORTANTE:

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

- ii. 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 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 Servicios al Paciente al 323-866-8600 o por email a patient.billing@cshs.org
 - 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. **Servicios de traducciones e intérpretes.** 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. Además, los pacientes pueden comunicarse con la Organización para contactar con servicios de intérpretes para la

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

comunicación y traducción de documentos relacionados con la póliza en otros idiomas extranjeros y en lenguaje de señas americano (ASL). Además, se pueden dar copias de estos documentos en letra grande y en audio, previa solicitud al Departamento de Servicios al Paciente (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 un plazo de 30 días.
- i. **Cobros.** Para obtener más información sobre las acciones de cobro, consulte la Política de cobro de deudas.
- j. **Reportes.** La Organización presentará esta Política al HCAI cada dos años a más tardar el 1 de enero o en un plazo de treinta (30) días desde cualquier actualización de esta Política. Si no hay cambios significativos desde la vez anterior que se presentó la Política, la Organización deberá informar al HCAI en un plazo de treinta (30) días antes del 1 de enero de la fecha del próximo informe bienal de la Organización. Los cambios importantes incluyen cualquier cambio que pueda afectar la elegibilidad del paciente para pagos con descuento o cualquier otra protección descrita 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 lo siguiente: (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.

POLICY POLÍTICA



Fecha de entrada en
vigor: 01/01/2024

Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente

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.

III. Programa de quejas por facturas de hospital. Los pacientes que crean que se les ha denegado ayuda económica por error pueden presentar una queja ante el Programa de quejas por facturas de hospital, 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 necesiten 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. Los pacientes pueden llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información.

V. 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. Sin embargo, la administración puede hacer cambios administrativos en los Adjuntos 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).

VI. 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 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b). Más información sobre cómo calcula la Organización las AGB y las actualizaciones anuales de los porcentajes de AGB se establecerá en el Adjunto C de esta Política y se incluirá en las presentaciones disponibles al público en el sitio web del Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica del Estado de California en <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.
- b. **Solicitud** se refiere a la Solicitud de ayuda económica de la Organización.

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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. **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 o 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

**Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente**

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.

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 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. **Medicamento necesario** significa servicios de atención médica que son necesarios y clínicamente apropiados para evaluar, diagnosticar o tratar a un paciente según los estándares de práctica médica generalmente aceptados y no son principalmente para la conveniencia del paciente o proveedor.
- n. **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.

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

POLICY POLÍTICA



Fecha de entrada en
vigor: 01/01/2024

Title: Financial Assistance Policy
Título: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services
Departamento de Ingresos: Servicios al Paciente

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.

- 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, 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.

VIII. Lista de adjuntos

- A. Resumen de la Política de ayuda económica- Resumen en lenguaje sencillo
- B. Descuento de asistencia financiera
- 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: 01/01/24

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN: 4/15/23

Anexo A

Resumen de la Política de Asistencia financiera - Resumen en lenguaje sencillo

Como parte de nuestra misión, Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital y Cedars-Sinai Medical Care Foundation (la "Organización") se compromete a dar acceso a atención médica de calidad para la comunidad y a 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 ofrecemos a nuestros pacientes una variedad de opciones para cubrir sus necesidades financieras, incluso si no califican para recibir asistencia. Este documento es nuestro resumen en lenguaje simple (el "Resumen") de la Política.

Ayuda para pagar su factura

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. La ayuda económica para procedimientos electivos o no necesarios desde el punto de vista médico o para la atención después del alta se limita a los pacientes que viven en el área de servicio de la Organización y cuentan con la aprobación previa del vicepresidente, director de economía y ciclo de ingresos o su designado. 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 aplica a los servicios prestados por la Organización y por:

- Médicos de la facultad de Cedars-Sinai en su calidad de profesores.
- Médicos o grupos médicos empleados por Cedars-Sinai Medical Care Foundation ("CSMCF") que tienen un acuerdo exclusivo de servicios profesionales con CSMCF.
- Médicos de emergencia de Cedars-Sinai de Community Urgent Care Medical Group, Inc.

Cómo presentar una solicitud

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.

Hay copias gratis de este Resumen, la Política o la Solicitud disponibles en inglés, farsi, ruso, armenio, chino, coreano 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.
- Llame a Servicios al Paciente al 323-866-8600.
- Visite el sitio web de la Organización en cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html

Si tiene una discapacidad y necesita un formato alternativo accesible para los materiales de arriba o si habla otro idioma además de los listados, comuníquese con Servicios al Paciente y ellos podrán ofrecerle un formato alternativo o conectarlo con nuestro Departamento de Servicios de Intérprete (Interpreter Services Department) para obtener más ayuda.

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 un descuento considerable, similar a los descuentos que damos a los planes de seguro de atención administrada para servicios elegibles.

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). En caso de que su cuenta sea remitida a una agencia de cobro y tenga problemas, comuníquese con nuestro Servicio al Paciente 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 sorpresa" en nuestro sitio web: cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html, o pida una copia.

Programa de quejas de facturas de hospital

Si cree que se le denegó asistencia financiera por error, puede presentar una queja ante el Programa de quejas sobre facturas de hospital del estado de California. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Más ayuda

Ayuda para pagar su factura – Hay organizaciones gratis de defensa del consumidor que lo ayudarán a entender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información.

Otros recursos e información:

- Los pacientes pueden ser elegibles para programas de ayuda del gobierno, como Medi-Cal o cobertura subsidiada mediante Covered California. La oficina del Defensor financiero del paciente ("PFA") tiene personal en el lugar para responder las preguntas de los pacientes y ayudar para solicitar estos programas. Puede comunicarse con la oficina del PFA al 310-423-5071 o en 8700 Beverly Blvd., South Tower, sala 1740, Los Ángeles, CA 90048.
- Si tiene preguntas sobre el seguro médico comercial, llame al 1-800-CEDARS1 o 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.

Anexo A (continuación)

Hoja de lema de asistencia financiera

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: ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ 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 կյուրթեր: 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.

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 تفضل بزيارة مكتب المحامي المالي 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 និងគ្រួសារ។ (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 NTAUV 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 lwv PFA tau, thaum 8 teev sawv ntxov-4:30 teev tsaus ntuj, hnuv Monday txog hnuv 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 मुफ्त 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

**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 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 facturaría 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 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 | % de reembolso de AGB |
|---|--|------------------------------|
| Cedars-Sinai Medical Center | | |
| Sala de emergencias | 84% | 16% |
| Paciente hospitalizado | 86% | 14 % |
| Paciente ambulatorio | 84% | 16% |
| | | |
| Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital | | |
| Sala de emergencias | 78% | 22% |
| Paciente hospitalizado | 84% | 16% |
| Paciente ambulatorio | 83% | 17% |

Nota 1: fecha de entrada en vigor el 01/01/2024

Nota 2: los porcentajes se redondean para fines de visualización de tablas.

Anexo D

Declaración de certificación

Esta Política y sus anexos se enviarán al Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica (HCAI). Además, estará disponible en el sitio web de la Organización.

La Organización da fe bajo pena o perjurio de lo siguiente:

1. La persona física 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 cual se adjunta esta certificación.



Lisa Maqueira
Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

11/30/23

Date