



Manual: Administrativo

Sección: Finanzas

Número: L3003

Política Procedimiento

Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para los pacientes

Experto actual en el contenido: Terry Closson	Aprobación(es) de los Comités	Fecha(s)
Jefe del Departamento: Ken Baxter, Vicepresidente de Facturación		
Miembro del equipo de Gerencia Ejecutiva: William Rohde, Vicepresidente de Finanzas/ Operaciones Hospitalarias <input type="checkbox"/> Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Revisado <input type="checkbox"/> Revisado (sin cambios) Versión: <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> C Reemplaza: 12/07, 12/10, 01/12, 09/12, 01/15, 11/17, 09/19	Aprobación del Comité Ejecutivo Médico Fecha: N/A Aprobación de la Junta Directiva Fecha: N/A Fecha de entrada en vigencia: 12 ene 2021	

I. PROPÓSITO:

- A.** Children's Hospital of Orange County (CHOC) se compromete a brindar atención médica de calidad a todos los pacientes, independientemente de su situación financiera. Los pacientes que cumplen con los criterios establecidos del Programa de Asistencia Financiera pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera para cubrir todos o parte de los costos de su atención médica. Para solicitar asistencia financiera, visite nuestro sitio web (www.CHOC.org/patients-family/pay-bill). CHOC también proporciona beneficios para la comunidad en general en términos de educación e investigación médica.
- B.** En virtud de esta política, se puede proporcionar asistencia financiera a los pacientes que no tienen seguro o cuyo seguro es insuficiente y que no pueden pagar su propia atención médica de los gastos de bolsillo. La elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera no se basará en modo alguno en la edad, el género, la orientación sexual, el origen étnico, el origen nacional, la discapacidad o la religión.
- C.** En algunos casos, la asistencia financiera puede extenderse a los pacientes cuya situación financiera hace inviable o imposible el pago de los servicios médicos necesarios. La evaluación de la necesidad de tratamiento médico en CHOC se basará en el juicio clínico. El juicio clínico del médico del paciente o del médico del Departamento de Emergencias será el único criterio determinante para que el paciente reciba servicios en CHOC.
- D.** Esta política es aplicable a todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios de CHOC, lo que incluye la Fundación Médica de CHOC. CHOC basa la elegibilidad para nuestra asistencia financiera en las solicitudes financieras actuales. CHOC no recurre a fuentes externas para la determinación o elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program, FAP).

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para los pacientes

II. DEFINICIONES:

- A. Datos del paciente:** número de expediente médico, nombre del paciente, fecha de nacimiento, situación del seguro, posibilidad de recibir otras ayudas.
- B. Familia del paciente:** a efectos de esta política, es de esta manera:
1. Para las personas que tengan 18 años o más, el cónyuge, la pareja de hecho tal como se define en la sección 297 del Código de la Familia de California y los hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en el domicilio;
 2. Para las personas menores de 18 años, el padre o la madre, los parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre o la madre o del pariente cuidador.

III. POLÍTICA:

- A.** La política de CHOC es determinar la elegibilidad para asistencia financiera al momento del registro, a través de un proceso de evaluación financiera de todos los pacientes que no pueden cumplir con los requisitos de depósito de CHOC.
- B.** Esta política distingue a un paciente con deudas pendientes de un paciente elegible para asistencia financiera según la renuencia a pagar frente a una incapacidad demostrada de pago del paciente o su familia. Si el paciente o su familia no cumplen con las solicitudes de información para corroborar la incapacidad de pago, pueden perder el derecho a ser considerados para el Programa de Asistencia Financiera.
- C.** El objetivo de CHOC es identificar a un paciente elegible para asistencia financiera al momento de su registro; sin embargo, si la información completa sobre el seguro o la situación financiera del paciente no está disponible debido a un tratamiento de emergencia o si la condición financiera del paciente/garante o de la familia del paciente cambia, la designación como paciente con asistencia financiera puede establecerse después de la prestación de los servicios y, en algunos casos, incluso después de que se emita una factura para el paciente.
- D.** En caso de que un médico o clínico del personal desee potencialmente buscar asistencia financiera para un paciente conocido, se puede encontrar el protocolo para solicitar asistencia financiera en Paws, ubicado en el banco de formularios en Internet.
- E.** CHOC remitirá al paciente o a su familia a programas alternativos (es decir, Medi-Cal, California Children's Services, California Health Benefit Exchange o cualquier otro programa de salud patrocinado por el gobierno para beneficios de salud en el que participe el hospital). Si el paciente o su familia no cumplen con el proceso de remisión, pueden perder el derecho a ser considerados para el Programa de Asistencia Financiera para la visita o admisión en cuestión. Se mantendrá la confidencialidad

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para los pacientes

de la información y la dignidad del paciente para todos los que soliciten o reciban servicios de asistencia financiera.

- F.** Los pacientes que reciban servicios en la Sala de Emergencias del hospital también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera para pagar los honorarios médicos de la Sala de Emergencias.
- G.** A continuación se presenta una lista de proveedores que no son del propio hospital, que brindan atención médicamente necesaria en el hospital. Para mayor comodidad, se enumeran por categoría de atención. La lista indica si los proveedores están cubiertos por el FAP del hospital.

Especialidad médica/ departamento	Cubierto por el FAP del hospital	No lo cubre el FAP del hospital
Alergias e inmunología	x	
Anestesiología		x
Enfermedades cardiovasculares	x	
Odontología		x
Radiología diagnóstica	x	
Departamento de Emergencias		x
Gastroenterología	x	
Medicina general/familiar	x	
Cirugía general		x
Medicina interna	x	
Cirugía neurológica		x
Neurología	x	
Ginecología y obstetricia	x	
Medicina ocupacional	x	
Oncología	x	
Oftalmología	x	
Todos los cirujanos		x
Otorrinolaringología	x	
Patología		x
Pediatría	x	
Medicina física/rehabilitación	x	
Cirugía plástica	x	
Podología		x
Enfermedades pulmonares	x	
Radiología terapéutica	x	
Cirugía torácica		x
Urología	x	
Otro: psiquiatría	x	
Otro: genética clínica	x	
Otro: dermatología	x	
Otro: endocrinología	x	
Otro: hematología	x	
Otro: hospitalistas	x	
Otro: enfermedades infecciosas	x	
Otro: neonatología	x	
Otro: nefrología	x	
Otro: reumatología	x	

Copyright 2021. Children's Hospital of Orange County. Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este material se puede reproducir de ninguna forma sin el permiso escrito de la Administración del Children's Hospital of Orange County.

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para los pacientes

Otro: medicina del sueño	x	
--------------------------	---	--

IV. PROCEDIMIENTO:

A. Elegibilidad

1. La identificación de ayuda financiera se consigue mediante la determinación de la situación financiera del paciente o de su familia. Dicha determinación debe realizarse al momento del registro o antes o tan pronto como sea posible. En algunos casos, tales como las admisiones de emergencia, puede no ser posible establecer la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera hasta después de que el paciente sea dado de alta. En estos casos o en aquellos en los que se produzcan acontecimientos durante o después de la estancia del paciente que cambien la situación financiera del mismo o de su familia, la elegibilidad del paciente para el Programa de Asistencia Financiera no se verá afectada en modo alguno por el momento en que se determine que el paciente cumple los criterios de elegibilidad.
2. Identificar la elegibilidad de un paciente para el Programa de Asistencia Financiera en el momento de la visita del paciente a CHOC, o antes, será responsabilidad del departamento que registre al paciente. Esto requerirá que el paciente o su familia llenen una declaración de "Divulgación Financiera". Esto también puede incluir copias de la documentación pertinente (talones de pago recientes, declaraciones de impuestos sobre la renta u otros documentos para verificar los activos monetarios) para determinar el ingreso familiar anual y los activos personales del paciente o de su familia. En aquellos casos, descritos anteriormente, en los que la elegibilidad no pueda establecerse en el momento del servicio, el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services, PFS) trabajará con el paciente o la familia para determinar la elegibilidad.
3. Un paciente o la familia de un paciente que tenga seguro también pueden ser elegibles para el Programa de Asistencia Financiera para la parte de la factura que no cubra el seguro. Esto puede incluir deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos. La determinación de la elegibilidad de un paciente estará sujeta a las mismas directrices que las de un paciente sin seguro.
4. **Cálculo del monto de la asistencia financiera.**
 - a. CHOC obtendrá información sobre los ingresos familiares del paciente, lo que incluye sueldos y salarios, pagos de asistencia social, pagos de seguridad social, beneficios de huelga, beneficios de desempleo, manutención de menores, pensión alimenticia, dividendos e intereses. El ingreso total de la familia se comparará con la tabla (ver el Anexo A) para

determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera según las Directrices Federales de Pobreza. Los pacientes no asegurados o los pacientes con gastos médicos elevados cuyos ingresos familiares anuales sean iguales o inferiores a 400 % de las Directrices de Pobreza serán elegibles para solicitar asistencia financiera. La asistencia financiera puede considerarse de forma parcial para los pacientes con ingresos superiores a 200 % de las Directrices de Pobreza e inferiores a 400 %. Aquellas familias con un ingreso anual de 200 % o menos de las Directrices Federales de Pobreza serían elegibles para un ajuste de asistencia financiera de 100 %. Los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares, determinados de acuerdo con la Solicitud de Asistencia, sean menores o iguales a 200 % de las Directrices de Pobreza, recibirán atención gratuita.

Al proporcionar atención de beneficencia, CHOC está obligado por ley a considerar las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen seguro que cubre la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria ("Cantidades generalmente facturadas" o "AGB", por sus siglas en inglés) y para garantizar que a los pacientes aceptados para la atención de caridad no se les cobrará más de AGB por otros servicios médicamente necesarios.

- b. Los pacientes de la Clínica Comunitaria de CHOC son elegibles para recibir asistencia financiera como se indica en esta política, utilizando el Anexo B para calcular la escala progresiva de copagos por visita para los pacientes que se ubican por debajo de 200 % de las Directrices Federales de Pobreza.
- c. La aprobación de asistencia de los pacientes que soliciten asistencia financiera y que reciban una aprobación total o parcial será enviada a la compañía de facturación de los médicos de la Sala de Emergencias para su consideración.

5. **Política de pago con descuento**

- a. Para los pacientes con ingresos familiares entre 201 % y 300 % del nivel federal de pobreza, el hospital puede ofrecer un esquema de tarifas de pago privado con descuento, según el cual el gasto médico admisible sería equivalente a un descuento de 75 % sobre los cargos facturados. En este nivel, el reembolso que recibiría CHOC no excederá el pago que recibiría CHOC por el mismo servicio o conjunto de servicios de Medicare o Medi-Cal, el que sea mayor.

Si no se puede llegar a un acuerdo entre la familia del paciente y CHOC, se le pedirá a la familia del paciente que llene un formulario de plan de pago ampliado del FAP de CHOC (Anexo C). Al recibir este formulario completado, CHOC evaluará el ingreso mensual total de la familia menos los gastos esenciales de subsistencia de la misma. Después, se ofrecerá a la familia un plan de pago mensual a una tasa que no excederá 10 % de los ingresos menos los gastos esenciales de subsistencia. Durante el período de reembolso aprobado, CHOC no aplicará ningún interés al saldo de la cuenta con descuento.

- d. Un plan de pago con descuento ampliado podría ser declarado inoperante después de que el paciente o su familia no realicen los pagos consecutivos debidos durante un período de 90 días. Antes de declarar inoperante un plan de pago ampliado, CHOC, o su agencia de cobros, o el cesionario debe hacer un intento razonable de notificar al paciente o a la familia del paciente por teléfono o al último número de teléfono conocido y por escrito a la última dirección conocida, que el plan de pago ampliado puede quedar inoperante y que podría haber una oportunidad de renegociar si el paciente o la familia del paciente lo solicita.

B. Excepciones:

1. Se entiende que surgirán circunstancias atenuantes que pudieran requerir una consideración especial al aprobar la asistencia financiera para pacientes que no satisfagan los criterios establecidos. Los representantes de CHOC deben estar conscientes de esto cuando evalúen los casos individuales de los pacientes para el Programa de Asistencia Financiera. Aunque no es posible proporcionar una lista definitiva o completa de todas las circunstancias atenuantes que pueden surgir, algunos factores importantes a considerar incluyen:
 - a. La cantidad que debe el paciente o su familia en relación con sus ingresos totales. Si los gastos totales de bolsillo del paciente en CHOC superan 10 % de los ingresos anuales del paciente o de su familia durante los 12 meses anteriores.
 - b. La condición médica del paciente o del proveedor de su familia.
 - c. La voluntad del paciente o de su familia de trabajar con CHOC para agotar todas las demás fuentes de pago.
2. Cualquier circunstancia que se considere que entra en la categoría de “circunstancias atenuantes” debe hacerse del conocimiento del Director de Servicios Financieros para Pacientes. Los casos que

entran en esta categoría pueden requerir la aprobación del Vicepresidente de Finanzas o del Director Financiero.

3. **Pacientes internacionales:**

El Programa de Asistencia Financiera no aplica a pacientes internacionales que busquen atención no urgente. CHOC seguirá los procedimientos operativos habituales para proporcionar atención a nuestros precios estándar publicados. Si algún paciente internacional necesita asistencia financiera para recibir atención electiva o no urgente, puede solicitarla a CHOC para que la considere.

C. Proceso de aprobación/denegación/apelación en el Programa de Asistencia Financiera

1. Cualquier cuenta de paciente recomendada para un ajuste de asistencia financiera parcial o total, después de cumplir con las directrices establecidas en esta política, requiere que se siga el siguiente proceso de aprobación de firmas:

a. **CHOC (hospital y clínicas)**

\$.01 - \$5,000	Gerente
\$5,001 - \$50,000	Director de PFS
\$50,001 - \$100,000	Vicepresidente del Ciclo de Facturación
\$100,001 – a todas las apelaciones	Vicepresidente Ejecutivo y Director Financiero

b. **Fundación Médica de CHOC**

\$0 - \$500	Supervisor de Oficina Comercial
\$501 - \$2,500	Gerente de Oficina Comercial
\$2,501 - \$10,000	Director de Servicios Comerciales para Médicos
Más de \$10,001	Vicepresidente del Ciclo de Facturación

2. En el momento en que se tome la decisión de aprobar o denegar la cuenta de un paciente para el Programa de Asistencia Financiera, se enviará una carta al paciente como notificación de la decisión tomada. Si se rechaza una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera, un representante de CHOC se pondrá en contacto con el paciente o su familia para hacer los arreglos de pago en la cuenta.

3. **Proceso de apelación:**

Si en algún momento del proceso de aprobación de la asistencia financiera la solicitud está en disputa, el paciente o su familia

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para los pacientes

tienen derecho a pedir una reconsideración de la solicitud en el siguiente nivel del proceso de aprobación. La decisión final sobre la denegación de la asistencia financiera recaerá exclusivamente en el Vicepresidente Ejecutivo y el Director Financiero y su decisión se considerará definitiva.

4. La apelación del paciente o de su familia debe presentarse por escrito al Director de Contabilidad de Pacientes dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación de la denegación original.
5. La provisión del Programa de Asistencia Financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea retroactivamente o en el momento del servicio, por todos los servicios, cuando se haya dado información fraudulenta, inexacta o incompleta en el proceso de solicitud. Además, CHOC se reserva el derecho a buscar todos los recursos, incluidos, entre otros, daños civiles y penales de aquellos que hayan proporcionado información falsa, inexacta o incompleta con el fin de calificar para el Programa de Asistencia Financiera.

D. Programa de Asistencia Financiera: notificación al paciente o a la familia del paciente

1. Las declaraciones de los pacientes de CHOC proveerán una notificación en inglés y en español en la que se informará al paciente sobre la política del Programa de Asistencia Financiera de CHOC, así como la información de contacto para obtener información adicional sobre la asistencia. Además, todas las declaraciones de los pacientes incluirán información sobre cómo la familia del paciente puede obtener información sobre California Health Benefit Exchange, así como los planes de salud financiados por el condado y el estado. El hospital dispondrá de solicitudes para los planes estatales y del condado para su distribución.
2. Se publicará un resumen del Programa de Asistencia Financiera, junto con la información de contacto, tanto en inglés como en español en las áreas de alto tráfico de CHOC, tales como Admisión, Sala de Emergencias, Clínicas, Registro de Pacientes Ambulatorios y Oficinas de Contabilidad de Pacientes.
3. CHOC proporcionará en el punto de servicio a todos los pacientes que pagan por cuenta propia, un aviso del Programa de Asistencia Financiera y la información de contacto, así como información sobre los programas patrocinados por el gobierno y la información de contacto de California Health Benefit Exchange.

E. Proceso de cobro:

1. Si un paciente califica para recibir asistencia conforme al Programa de Asistencia Financiera y está haciendo todo lo posible por liquidar una factura pendiente dentro de un período de tiempo razonable, CHOC o su agente no enviará, ni insinuará que enviará,

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para los pacientes

la cuenta impaga a una agencia externa si hacerlo puede tener un impacto negativo en el crédito del paciente. Si CHOC se ve obligado a enviar la cuenta a una agencia de cobros externa, la cantidad remitida a la agencia reflejará el nivel de pago reducido para el que el paciente era elegible según el Programa de Asistencia Financiera. CHOC no realizará ninguna gestión de cobro extraordinaria. En caso que el paciente realice pagos en su cuenta de CHOC que superen el monto total de la responsabilidad del paciente, CHOC reembolsará cualquier pago en exceso al paciente con los intereses acumulados a la tasa establecida en la ley vigente a partir de la fecha en que el hospital reciba el pago del paciente y se identifique como un crédito del paciente. Sin embargo, CHOC no está obligado a reembolsar al paciente ni a pagar intereses si la cantidad adeudada es inferior a \$5.00. El hospital reconocerá el crédito de \$5.00 por un mínimo de 60 días contra cualquier saldo del paciente incurrido durante ese período de tiempo.

2. Cuando se trate de pacientes identificados como no asegurados que se encuentren en o por debajo de 400 % del nivel federal de pobreza, CHOC no utilizará embargos de salarios o gravámenes sobre la residencia principal del paciente o de su familia como medio para cobrar las facturas impagas de CHOC. Este requisito no impide que CHOC busque el reembolso de acuerdos de responsabilidad de terceros.

F. Documentación para los descuentos del Programa de Asistencia Financiera

En los casos en los que se haya determinado que un paciente califica para el Programa de Asistencia Financiera, es importante que el expediente del paciente esté debidamente documentado para facilitar su identificación, así como para mantener un registro adecuado de los hechos que dieron lugar a la determinación de la elegibilidad para asistencia financiera. La documentación mínima que puede exigirse para cada caso de asistencia financiera puede limitarse a una de las siguientes:

1. Copia de la hoja de trabajo completada de divulgación financiera del paciente o de su familia, incluida cualquier documentación que la sustente (es decir, declaraciones de impuestos del año anterior (documentación preferida), formularios W-2 o talones de pago actuales).
2. Copias de documentación adicional, notas, etc. que describan las circunstancias atenuantes que se consideraron en la determinación de la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera (si están disponibles o son necesarias).

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para los pacientes

3. Una copia de la “Aprobación de asistencia financiera” firmada por el o los representantes del hospital que corresponda (si está disponible).
4. Quiebra en el último año (calificación automática para el Programa de Asistencia Financiera).

G. Informes

La asistencia financiera se registrará con la siguiente información:

1. Los datos del paciente que sean Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) se mantendrán de manera que se proteja la privacidad y confidencialidad de dicha información y solo se registrarán según sea necesario para la implementación del Programa de Asistencia Financiera.
 - a. Situación de paciente hospitalizado o ambulatorio
 - b. Gastos totales del paciente
 - c. Gastos de asistencia financiera, aprobados y denegados
 - d. Fecha de aprobación/rechazo
 - e. Justificación del rechazo, si fuera el caso
2. Todos los expedientes de solicitud son confidenciales y se mantendrán en un lugar seguro durante un mínimo de tres años después de la fecha de la solicitud y de la finalización de la auditoría de cierre del año fiscal de CHOC. Todos los registros del Programa de Asistencia Financiera se mantendrán durante un período de siete (7) años. Al final del período respectivo, toda la información se destruirá o se mantendrá de una manera en la que se proteja la privacidad y confidencialidad del paciente.

V. REFERENCIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA/BIBLIOGRAFÍA:

- A.** Revenue Cycle Management, Zimmerman and Associates: diciembre de 2002.
- B.** California Hospital Association, Voluntary Principles and Guidelines for Assisting Low-Income Uninsured Patient, 6 de febrero de 2004.
- C.** American Hospital Association, Statement of Principles and Guidelines on Hospital Billing and Collection Practices, 27 de abril de 2004.
- D.** Assembly Bill 774 Chan-Hospitals: fair pricing policies.
- E.** California Hospital Association, Charity Care Requirements Implementation AB 774, 3 de noviembre de 2006.
- F.** Barclays California Code of Regulations, Título 22, Capítulo 7, Sección 75049.
- G.** Department of Health and Human Services, Federal Poverty Income Guidelines, <http://coverageforall.org/pdf/FHCE FedPovertyLevel.pdf>. 1 de marzo de 2010.
- H.** Health Center Program Statute: Sección 330 del Public Health Services Act (42 U.S.C. 254b).

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para los pacientes

- I. Program Regulations 42 code of Federal Regulations (CFR) Part 51c y 42 CFR Parts 56.201-56.604 for Community and Migrant Health Centers CDPH Issue AFL Related to California Hospital Fair Pricing Policies, 5 de noviembre de 2014.

Anexo A

Directrices Federales de Pobreza publicadas para 2021				
Número de personas en el hogar	Hasta 100 %	Hasta 200 %	Hasta 300 %	Hasta 400 %
1	\$12,760	\$25,520	\$38,280	\$51,040
2	\$17,240	\$34,480	\$51,720	\$68,960
3	\$21,720	\$43,440	\$65,160	\$86,880
4	\$26,200	\$52,400	\$78,600	\$104,800
5	\$30,680	\$61,360	\$92,040	\$122,720
6	\$35,160	\$70,320	\$105,480	\$140,640
7	\$39,640	\$79,280	\$118,920	\$158,560
8	\$44,120	\$88,240	\$132,360	\$176,480
Descuento	100 % - excepto para copagos		75 %	50 %

Anexo B

Escala tarifaria progresiva			
Directrices de ingresos brutos mensuales de pobreza			
Nivel de pobreza según el tamaño de familia, en vigencia para el 2017			
Código del plan de salud	Beneficencia	Arreglos especiales de pago propio	Pago propio
Nivel de pobreza	100 % o menor	Entre 101 y 200 %	Por encima de 200 %
N.º de personas en la familia			
1	\$0-990	\$991-1980	Más de \$1981
2	\$1335	\$1336-2670	Más de \$2671
3	\$1680	\$1681-3360	Más de \$3361
4	\$2025	\$2026-4050	Más de \$4051
5	\$2370	\$2371-4740	Más de \$4741
6	\$2715	\$2716-5430	Más de \$5431
7	\$3061	\$3062-6122	Más de \$6123
8	\$3408	\$3409-6815	Más de \$6816
Cargo por servicio	\$10	\$60 nuevo \$40 establecido	Depósito: \$100 Consulta de bienestar integral \$85 parciales y consulta por malestar
Exámenes de laboratorio/ radiología	“Facturar al paciente” A menos que pague al momento de la consulta a tarifas de clínica reducidas, luego “facturar a la clínica”	“Facturar al paciente” A menos que pague al momento de la consulta a tarifas de clínica reducidas, luego “facturar a la clínica”	“Facturar al paciente” (recibe la factura del laboratorio/radiología a las tarifas regulares)
Medicamentos con receta	Receta entregada – El paciente paga	Receta entregada – El paciente paga	Receta entregada – El paciente paga
Suministros (es decir, separadores, muletas)	Evaluar la capacidad de pago y dar RX o del inventario de la clínica dependiendo de la necesidad	Evaluar la capacidad de pago y dar RX o del inventario de la clínica dependiendo de la necesidad	Se da RX – El paciente paga

Anexo C
Formulario de plan de pago ampliado del FAP de CHOC/CCMH

Fecha:	FDS:
Nombre del paciente:	ADJ Fecha:
Ingreso mensual: \$	
Menos gastos esenciales de subsistencia:	
Alquiler/pago de vivienda	\$
Mantenimiento	\$
Alimentos	\$
Insumos para el hogar	\$
Servicios públicos	\$
Ropa	\$
Pagos médicos	\$
Seguro	\$
Escuela/guardería	\$
Manutención infantil/conyugal	\$
Transporte	\$
Gastos/gasolina/reparaciones/ seguro del automóvil	\$
Pago de automóvil	\$
Lavandería/limpieza	\$
Gastos totales	\$

Ingreso total después de gastos de subsistencia \$ _____
Plan de pago ampliado, pago mensual \$ _____