

## Anexo F: PROGRAMAS DE COBERTURA MÉDICA HOSPITAL INFANTIL ALL CHILDREN'S DE JOHNS HOPKINS

### I. OBJETIVO

La finalidad del presente anexo es la de exponer aquellas disposiciones adicionales aplicables al Hospital Infantil All Children's de Johns Hopkins

#### **A Sobre el acceso a programas de cobertura médica (en inglés, *financial assistance*) en el Hospital Infantil All Children's de Johns Hopkins.**

1. Los servicios a los que el paciente accederá según estas disposiciones se determinarán de acuerdo con su necesidad económica, la cual se evaluará en relación con el Índice Nacional de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) vigente al momento en que se tome la decisión. Tendrán acceso aquellos pacientes cuya familia no cuente con una liquidez mayor a \$10,000 y cuyo ingreso familiar:
  - a. Sea igual o menor al 200 % del FPL; estos pacientes podrán recibir atención con una cobertura del 100 % del valor total del servicio.
  - b. Esté entre el 201 % y 300 % del FPL; dichos pacientes podrán recibir atención con una cobertura del 85 % del valor total del servicio.
  - c. Esté entre el 301 % y 400 % del FPL; estos pacientes podrán recibir atención con una cobertura del 70 % del valor total del servicio.

#### **B Sobre los costos genéricos en el Hospital Infantil All Children's de Johns Hopkins.**

1. Una vez que la entidad o sistema de salud determine que el paciente cumple los requisitos para recibir las ventajas de los programas de cobertura médica, tal y como lo disponen las leyes nacionales, no se le podrá hacer cobros que excedan los costos genéricos (en inglés, *Amounts Generally Billed* o AGB) establecidos para cubrir la prestación de los servicios de urgencias y otros servicios médicos necesarios de los pacientes que cuentan con seguro de salud.
2. Los costos genéricos se calculan mediante la revisión de los reintegros o reembolsos históricos de la entidad o sistema de salud (en inglés, *look-back method*) dentro de un periodo determinado.
3. El cálculo de los costos genéricos se realiza de esta manera:
  - a. Se revisan los reintegros que la entidad de salud ha recibido durante 12 meses de parte del programa estatal de Medicare (*fee-for-service*) y los seguros médicos privados por la prestación de servicios de urgencias y otros servicios médicos necesarios. Los reintegros incluyen los montos de los coaseguros, copagos y deducibles.
  - b. Los costos genéricos que se aplican por los servicios de urgencias y otros servicios médicos necesarios de los pacientes afiliados a los programas de cobertura médica se calculan multiplicando el valor total del servicio por uno o varios de los porcentajes de dichos costos.
  - c. Las entidades calculan los porcentajes de manera anual seleccionando algunos reintegros realizados por el programa de Medicare estatal y los seguros médicos privados y dividiendo la suma de estos entre el valor total de los servicios reintegrados.
4. Los porcentajes de los costos genéricos se aplican a la facturación 120 días después de finalizarse el plazo de los 12 meses; es decir, una vez terminado el periodo que la entidad de salud determina para calcular los costos genéricos.
5. Al paciente que se beneficia de los programas de cobertura médica, según lo determinan estas directrices, no se le cobrará el valor total de los servicios.