

The American Kidney Fund

2026 LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO

ÍNDICE

ACERCA DEL AMERICAN KIDNEY FUND	4
APARTADO 1: DESCRIPCION GENERAL DE HIPP	5
APARTADO 2: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA	8
APARTADO 3: RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE.....	11
APARTADO 4: SISTEMA EN LINEA DE GESTIÓN DE SUBVENCIONES (GRANTS MANAGEMENT SYSTEM, GMS) DE AKF	14
APARTADO 5: PROCESO DE SOLICITUD	16
APARTADO 6: PAGOS DE LA SUBVENCIÓN	25
DATOS DE CONTACTO DE AKF.....	32
APÉNDICE 1: OPINIÓN CONSULTIVA.....	33
APÉNDICE 2: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD ACERCA DE LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE SUBVENCIÓN.....	34
APÉNDICE 3: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE	35
APÉNDICE 4: CÓDIGO DE CONDUCTA PARA LOS PROVEEDORES.....	399

ACERCA DEL AMERICAN KIDNEY FUND

American Kidney Fund, Inc. (AKF) lucha contra la enfermedad renal en todos los frentes, siendo la organización sin fines de lucro con el mayor impacto directo en las personas que padecen esta enfermedad. AKF trabaja en nombre de 1 de cada 7 adultos estadounidenses que viven con enfermedad renal, y de los millones de personas más en riesgo, con una gama inigualable de programas que brindan apoyo a las personas en cada etapa de su lucha contra la enfermedad renal, desde la prevención y la detección temprana hasta la vida después del trasplante. Con programas de prevención, detección temprana, educación para la salud, apoyo financiero, investigación clínica, innovación y defensa de los derechos de los pacientes, AKF impacta positivamente en la vida de más personas que cualquier otra organización dedicada a la salud renal. Brindamos servicios a la comunidad con educación sobre el manejo de la enfermedad, materiales educativos galardonados para el público en general y profesionales de la salud, cursos y seminarios web. Impulsamos la innovación a través de alianzas estratégicas e inversiones en investigación clínica para mejorar los resultados de los pacientes, y luchamos incansablemente por leyes y políticas públicas que mejoren la vida de los pacientes y los donantes de órganos. Una de cada ocho personas en diálisis no puede costearse el tratamiento, y nosotros estamos ahí para ayudarlas, brindándoles asistencia financiera vital relacionada con el tratamiento y haciendo posible alrededor de 130 trasplantes de riñón cada mes. Nuestro trabajo es posible gracias a todos los que apoyan a AKF, incluyendo a casi 85.000 personas, empresas y fundaciones cuyo apoyo caritativo sustenta nuestra misión; los Embajadores de AKF; los Entrenadores de Salud Renal® y los miembros de KidneyNation, la comunidad de recaudación de fondos en línea de AKF.

Somos una de las organizaciones sin fines de lucro mejor valoradas del país y destinamos 96 centavos de cada dólar donado a programas que benefician y educan directamente a los pacientes y al público en general, no a gastos administrativos. Gracias a nuestra excelente gestión financiera, nos enorgullece recibir las máximas calificaciones de las organizaciones que supervisan la transparencia de las organizaciones benéficas año tras año, incluyendo 24 calificaciones consecutivas de 4 estrellas de Charity Navigator y el Sello Platino de Transparencia de Candid, anteriormente conocido como GuideStar. Para obtener más información, visite KidneyFund.org o conéctese con AKF en Facebook, Bluesky, X, Instagram y LinkedIn.

APARTADO 1: DESCRIPCION GENERAL DE HIPP

El **programa de primas de seguro médico** (*Health Insurance Premium Program, HIPP*) es uno de los programas de ayuda económica que ofrece AKF para ayudar a los pacientes de falla renal que la necesitan. Creamos HIPP en 1997 luego de que el programa recibiera el dictamen favorable de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS-OIG) en la opinión consultiva (*Advisory Opinion*) 97-1. Encontrará más información sobre la AO 97-1 en el apartado "Información adicional" de este documento.

A través de HIPP, AKF ofrece ayuda económica a pacientes con enfermedad renal terminal (ESRD) que tengan seguro médico, pero carecen de recursos financieros para pagar las primas. HIPP está a la disposición de cualquier paciente de ESRD residente en los Estados Unidos que cumpla nuestros requisitos financieros. Todos los años, el programa ayuda a decenas de miles de pacientes renales de los 50 estados, el distrito de Columbia y los territorios estadounidenses a conservar el acceso a las prestaciones médicas de sus planes de seguro que los mantienen con vida.

HIPP ofrece subvenciones destinadas a cubrir las primas de seguro médico de la parte B de Medicare, los planes suplementarios de Medicare (Medigap), los planes Medicare Advantage (parte C), los programas de Medicaid o seguro estatal (en los estados que requieren el pago de primas), los planes de seguro médico de empleador (EGHP), los planes de la ley general consolidada de reconciliación presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA*) y los planes de seguro comerciales (incluidos los obtenidos en el mercado de seguros).

HIPP permite que los pacientes mantengan la cobertura de su seguro médico y de ese modo tengan acceso a atención médica integral que cubra su plan de salud, como por ejemplo las diálisis, las pruebas del trasplante renal, la cirugía del trasplante y la atención posterior, el tratamiento de otros trastornos, la atención dental, la hospitalización, las visitas médicas, los medicamentos de venta con receta y todos los demás servicios de salud incluidos en el plan. Contar con esta atención mejora la salud de los pacientes y salva vidas.

HIPP se financia exclusivamente mediante aportaciones voluntarias. Aunque AKF pide aportaciones voluntarias a todos los proveedores de diálisis y centros de trasplantes, no podemos garantizar la disponibilidad de fondos para subvenciones.

Cuando AKF evalúa si el paciente cumple los criterios para recibir la ayuda de HIPP, el paciente deberá haber elegido ya, un plan de seguro y un proveedor de diálisis. Los únicos factores que tiene en cuenta AKF son (i) si el paciente presenta necesidad económica y (ii) cumple los criterios de elegibilidad de nuestro programa. Para dejarlo claro:

- No tenemos en cuenta quiénes son los proveedores de atención médica del paciente;
- No concedemos las subvenciones en función de la aseguradora o plan que haya elegido el paciente;
- No aconsejamos a los pacientes a la hora de elegir el centro de diálisis, el centro de trasplantes, los tratamientos médicos o los proveedores de atención médica;
- No ofrecemos ni recomendamos pólizas de seguro médico;
- No aconsejamos a los pacientes en la elección de planes de seguro;
- No dirigimos a los pacientes a ningún plan de seguro;
- No tenemos en cuenta el estado médico del paciente; y
- No ofrecemos ayuda con la cobertura familiar. Si el paciente tiene un plan familiar, debe calcular la parte individual de la prima para determinar la cantidad que debe solicitar a AKF.

IMPORTANTE: AKF no puede implementar HIPP en las jurisdicciones en las que las exigencias locales infrinjan la AO 97-1, y por lo tanto los pacientes que residan en esas jurisdicciones no cumplen los criterios de elegibilidad de HIPP. En el sitio web de AKF Grant Management System (GMS) puede consultarse en todo momento la información actualizada.

Refuerzo de la libertad del paciente en la elección de los proveedores de atención médica

Para velar por que los pacientes reciban una atención de calidad y cuenten con todo tipo de opciones asistenciales, los solicitantes de las subvenciones de ayuda económica de AKF deben recibir los servicios de atención médica de una entidad certificada por Medicare.

Si un paciente inscrito en HIPP decide cambiar a otro centro de diálisis certificado por Medicare, seguirá recibiendo la subvención de HIPP de AKF.

Los pacientes pueden elegir con libertad cualquier proveedor de atención médica certificado por Medicare que les permita su póliza de seguro. El hecho de que un paciente decida cambiar de proveedor de atención médica no afecta en modo alguna la ayuda que ofrece AKF. Este concepto se resalta específicamente en la AO 97-1 que rige HIPP, y que expresa que “la cobertura que compre AKF se mantendrá para el paciente sin importar el proveedor que el paciente elija, lo que refuerza la libertad de este a la hora de elegir proveedores de atención médica”.

APARTADO 2: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA

Determinación de la elegibilidad del paciente

Los pacientes elegibles pueden solicitar ayuda para el pago de primas de un máximo de dos planes de seguro, y podrán seguir optando a la ayuda de AKF después de un trasplante hasta el final del período de cobertura del seguro, que generalmente se basa en un año de calendario.

Para determinar si se cumplen los requisitos de participación en HIPP, AKF requiere la creación del perfil del paciente en nuestro sistema en línea de gestión de subvenciones (**Grant Management System, GMS**). En el perfil del paciente tendrá que figurar lo siguiente:

- Datos demográficos y económicos detallados del solicitante
- Dos **formularios de autorización y consentimiento** firmados por el paciente que solicita la ayuda, disponibles en el momento de la creación del perfil del paciente (están disponibles en formato electrónico o descargable). No se aceptarán formularios que no incluyan la información específica del paciente de estos documentos electrónicos/descargables.

El perfil del paciente permite a AKF confirmar que el solicitante es en verdad una persona con ESRD y cumple los criterios de elegibilidad de AKF. Una vez llenado el perfil del paciente y presentada la solicitud de subvención, un miembro del personal de Servicio de subvenciones de AKF la revisa y, si es necesario, pide información complementaria para procesar la solicitud.

La mayoría de los pacientes elegibles para HIPP requieren una ayuda ininterrumpida. A fin de garantizar que el seguro del paciente no quede sin efecto, se puede presentar a AKF una solicitud de subvención recurrente, que generará pagos por un máximo de 1 año hasta que haya que presentar una nueva solicitud de subvención. La elegibilidad del paciente para HIPP se revisa una vez al año, o con una frecuencia superior si así lo determina AKF;

- Los solicitantes deben residir permanente en los Estados Unidos o en sus territorios.
- Los solicitantes deben recibir sus tratamientos periódicos de diálisis para la ESRD en los Estados Unidos o en sus territorios.
- Los pacientes que estén en diálisis por una lesión renal aguda **no** son elegibles para

recibir la ayuda.

- Los pacientes trasplantados que deseen la prolongación de la ayuda de AKF deben haber estado recibiendo la cobertura de las primas medicas durante al menos los tres meses consecutivos anteriores a la fecha del trasplante.
- Los solicitantes deben cumplir los criterios de elegibilidad para la cobertura del seguro para cuyas primas se esté solicitando la ayuda. AKF no ofrece ayuda para determinar si el paciente cumple los requisitos del plan de seguro o elegir un plan.
- Los solicitantes deben cumplir los criterios económicos de elegibilidad de AKF.
- Los pacientes no podrán tener un ingreso familiar bruto de más del **500%** del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) y no podrán tener más de \$30,000 en activos líquidos (sin contar las cuentas de jubilación). Encontrará más información sobre los lineamientos del FPL aquí:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Los pacientes tendrán que aportar un comprobante de ingresos por medio de **uno** de los tres métodos que se indican a continuación.
 1. Los pacientes que ya estén en el programa de ayuda energética para hogares de bajos ingresos (*Low-Income Home Energy Assistance Program*, LIHEAP), la ayuda temporal para familias necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families*, TANF), el apoyo de vivienda HUD o el programa de ayuda nutricional suplementaria (*Supplemental Nutritional Assistance Program*, SNAP) presentarán una copia de la aprobación que recibieron para alguno de estos programas, o.
 2. Si un paciente no está incluido en ninguno de los programas del párrafo anterior, tendrá que presentarnos una copia de su declaración de impuestos más reciente u otros documentos financieros, como dos colillas de pago fechadas dentro de los 90 días al momento de ingresarlo al sistema, o;
 3. Completar el formulario de declaración de excepción de ingresos que certifique que está bajo circunstancias atenuantes que le impiden aportar la documentación mencionada, el cual está disponible en su perfil de GMS;
- AKF se reserva el derecho de solicitar información y documentación para propósitos del programa por cualquier razón y en cualquier momento. Asimismo, se reserva el derecho de modificar en cualquier momento los umbrales económicos de elegibilidad para HIPP.

- La elegibilidad continua para la asistencia HIPP se revisa anualmente, o con mayor frecuencia, según lo determine AKF. A fin de seguir recibiendo la ayuda de HIPP, el paciente debe cumplir los criterios de inclusión en HIPP que estén en vigor al momento de la revisión y debe recertificar mediante GMS, con la periodicidad que determine AKF, su situación de tratamiento; y
- No se concederá ninguna subvención de HIPP para primas de pacientes fallecidos, ni siquiera si la factura o la solicitud de la subvención para la prima tienen fecha anterior al fallecimiento del paciente.

Elegibilidad para el seguro

Antes de solicitar la ayuda de HIPP, los pacientes deben haber analizado con detenimiento todas las formas de cobertura de seguro médico —parte B de Medicare, Medicare Advantage (parte C), Medicaid o planes de seguro estatales, Medigap, COBRA, EGHP, seguros comerciales (incluidos los de la ACA/mercado de seguros)— y sus anualidades y también revisar todas las ayudas con las que cuentan para pagar las primas del seguro médico (Medicaid, ayuda estatal y local, familiares y organizaciones de beneficencia) y deben elegir la combinación que mejor atienda su trastorno médico y sus necesidades económicas.

- AKF no ofrece ayudas para pagar seguros temporales "intermedios" ni cuentas de ahorro para gastos médicos (Health Savings Account, HSAs) o Acuerdos de Reembolso de salud (Health Reimbursements Arrangements, HRAs) financiadas por el empleador en las que este asume los fondos y el riesgo de pagar gastos médicos.
- AKF no cubre las aportaciones directas (spend down) o cuotas de gasto (share of cost) del beneficiario para Medicaid. No obstante, si es necesaria una prima para la póliza de Medicaid de un paciente, HIPP puede ayudar con su pago.
- AKF no cubre obligaciones de co-seguro o cuota de gasto. Tampoco cubre planes aislados de cobertura de los medicamentos de venta con receta, como por ejemplo los planes de la parte D de Medicare. La cobertura de medicamentos está disponible cuando está incluida como parte de la póliza de seguro médico principal del paciente.

APARTADO 3: RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- ☑ La responsabilidad de solicitar la ayuda de HIPP corresponde al paciente. Solo el paciente, el cuidador puede solicitar una subvención y firmar la forma de consentimiento HIPP, o comunicarse con AKF sobre solicitudes de subvenciones. Un cuidador se define como una persona que puede atestiguar bajo pena de penalidad de que no tiene ningún incentivo financiero para ayudar al solicitante/paciente y es (i) un miembro de la familia o (ii) un tutor legal con poder notarial y puede presentar a AKF documentación escrita si se lo solicitan. En adición, profesionales de salud renal autorizados pueden ingresar la información en GMS de AKF en nombre de sus pacientes. Para la subvención, en el perfil del paciente debe constar una confirmación — emitida por un profesional de salud renal calificado— de que el paciente tiene ESRD y recibe diálisis.
- ☑ Recibir la ayuda económica de HIPP no altera el hecho de que la cobertura de seguro médico es una relación contractual exclusivamente entre el paciente y su plan de seguro médico, y no entre AKF y dicho plan. AKF concede una subvención de beneficencia al paciente para que este pueda pagar su cobertura. El paciente asume todas las responsabilidades aplicables a los inscritos en el plan. El paciente es responsable de elegir el seguro médico que mejor atienda sus necesidades familiares, médicas y económicas.
- ☑ El titular de la póliza de seguro médico es el único responsable del pago oportuno de las primas del seguro médico. Aunque AKF procura enviar las subvenciones o reembolsar las primas de los pacientes a más tardar en la fecha de vencimiento de las pólizas, AKF no asume responsabilidad alguna en caso de que por cualquier motivo se cancele la cobertura de seguro médico.
- ☑ AKF no emitirá un pago para ningún saldo de prima pendiente anterior a la fecha de una solicitud de subvención que ascienda a más de seis meses de primas. AKF no emitirá una solicitud de subvención para reembolsar las primas ya pagadas por el paciente u otra fuente (incluidos familiares/amigos) a menos que la tarifa del paciente aumente después de que se apruebe una solicitud de subvención anterior para ese período de cobertura y hasta seis meses a la fecha de la solicitud de subvención.
- ☑ En la medida de lo posible, AKF procura enviar las subvenciones directamente a los planes de seguro de los pacientes. En algunos casos, AKF se ve obligado a

enviar la subvención

- ☑ directamente a los pacientes. En tales casos se les entregará la cantidad mediante cheque, transferencia ACH (depósito directo) o tarjeta de débito. Los pacientes que tengan acordado con su aseguradora retiro bancario automático no tienen por qué cambiar a facturación directa. Los pacientes en esta situación deben contactar a AKF y proporcionar documentación que demuestre que se ha configurado una opción de retiro bancario automático. AKF activará la opción de beneficiario alternativo para seleccionar al paciente como beneficiario, el paciente solo puede solicitar la prima a AKF para el mes actual y los meses posteriores. Si la subvención se envía al paciente, el paciente es responsable de asegurarse de que la dirección que tienen registrada en GMS está correcta y completa. El paciente solo puede solicitar la prima de AKF para el mes calendario actual y meses posteriores. Es responsabilidad del paciente usar los fondos de la subvención de HIPP para el pago oportuno de su prima de seguro médico. Si el paciente no usa los fondos para el fin al cual están destinados, dejará de ser elegible para recibir ayudas de HIPP.
- ☑ Todos los formularios de consentimiento deberá firmarlos el paciente que solicita la ayuda de HIPP. (En el caso de pacientes menores de 18 años, los formularios deberán ser firmados por el padre, la madre o tutores legales.) Si el paciente no puede firmar el formulario, puede firmarlo en su nombre un representante legal del paciente con un poder notarial. En estos casos, cada vez que se presente un formulario se deberá acompañar de la copia de la autorización (p. ej., el poder legal de representación). Una vez que un paciente cree su perfil de GMS (o lo recertifique), un formulario de consentimiento firmado General y de HIPP no podrán ser fechados con más de 180 días al cargarlos al perfil. Los pacientes o representantes legales deben firmar los formularios de consentimiento a mano. Una firma electrónica puede ser aceptada únicamente si el paciente lo hace en GMS a través de su acceso. No se aceptarán iniciales ni firmas tecleadas o digitalizadas.
- ☑ Los pacientes que tengan planes de ACA/mercado de seguros que incluyan un subsidio tributario deberán encargarse de notificar a su aseguradora todos los cambios que puedan afectar esos subsidios y/o la prima total. AKF no se hará cargo de ninguna sanción que imponga el IRS, la aseguradora del paciente u otras entidades.
- ☑ Cualquier reembolso o descuento de la prima de un plan de seguro médico que se haya pagado con una subvención de AKF a través de HIPP es propiedad de

AKF y debe entregarse sin demora a AKF. Estos reembolsos se reintegran al fondo colectivo de HIPP para ayudar a otros pacientes del programa.

- ☑ Si un beneficiado de HIPP fallece, se debe informar a la aseguradora del paciente y un representante de este debe solicitar el reembolso a AKF de las partes no utilizadas de la prima. Algunos planes envían los cheques de reembolso directamente a los deudores del paciente. En tal caso, un familiar del paciente o el albacea debe enviar a AKF dicho reembolso para que se pueda usar para ayudar a otros pacientes necesitados.
- ☑ Si la prima facturada del paciente conlleva algún gasto o tributo (recargos por sobrepeso, cargos administrativos, etc.), HIPP asumirá su pago.
- ☑ No se podrán reclamar las cuotas sindicales salvo que formen parte de una prima de seguro "conjunta" cuyos componentes no se puedan segregar.
- ☑ Las primas de los seguros dentales y visión solo son elegibles para la ayuda de HIPP si están incluidas bajo una única prima en un plan combinado, no segregado, con el seguro médico del paciente.
- ☑ No se reembolsarán las primas que hayan sido pagadas por el paciente u otros (por ejemplo, familiares o amigos) antes de solicitarse la ayuda de HIPP.
- ☑ Los documentos de respaldo que muestran en el texto una multa de IRMAA deben incluir un formulario de impuestos vigente.

APARTADO 4: SISTEMA EN LINEA DE GESTIÓN DE SUBVENCIONES (*GRANTS MANAGEMENT SYSTEM, GMS*) DE AKF

¿Qué es GMS?

GMS es un portal en línea fácil de usar para administrar las solicitudes de subvenciones de asistencia a pacientes de AKF.

¿Quiénes se pueden registrar para usar GMS?

GMS puede ser usado por los pacientes, los familiares cuidadores autorizados y los profesionales de la salud renal.

Para los pacientes:

Registrarse en GMS le facilitará la solicitud de la subvención de HIPP y ver en qué situación se encuentran sus solicitudes de subvención. Para registrarse puede usar su dirección electrónica personal. Recomendamos no utilizar una dirección de correo electrónico de terceros o una dirección de correo electrónico de trabajo.

Si el trabajador social o el profesional de salud renal ya le crearon un perfil en GMS, para registrarse necesitará el PIN de su perfil. El trabajador social o el profesional de salud renal le podrán dar este número, o puede requerirlo con el asistente virtual que está ubicado en el sitio de inicio de sesión en la página de GMS. Recomendamos mucho a los pacientes que se registren en GMS para poder estar al tanto de la situación de su subvención y recibir mensajes importantes sobre los programas de ayuda económica de AKF.

Aunque un paciente reclame su cuenta, el trabajador social o el profesional de salud renal podrá seguir ayudando al paciente a aportar sus datos personales y a presentar solicitudes de subvenciones. El paciente y el trabajador social o profesional de salud renal deben acordar quién supervisara las solicitudes.

Para los cuidadores:

Un cuidador es una persona que pueda atestiguar bajo pena que no tiene un incentivo financiero para ayudar al solicitante/paciente y que es (i) un miembro de la familia (ii) un tutor legal con poder notarial y puede presentar a AKF documentación escrita si se le solicita) y aparece en la sección Designación de cuidador o representante legal del Formulario de consentimiento general, puede solicitar una subvención y firmar

formularios HIPP.

Los cuidadores pueden llenar solicitudes en nombre de un paciente y verificar la situación de las solicitudes de subvención de ese paciente. El paciente debe otorgar por escrito su consentimiento para que los cuidadores accedan al expediente del paciente.

Se prohíbe el uso de un cuidador no autorizado y puede derivar en una revocación para futura elegibilidad de HIPP.

Para los profesionales de salud renal:

Para usar GMS, los profesionales de salud renal deben tener una dirección electrónica corporativa propia válida. Las direcciones electrónicas corporativas son direcciones electrónicas que solo pueden utilizar los usuarios (p. ej., empleados) autorizados por la empresa, y por lo general terminan con alguna expresión del nombre de la empresa. Los profesionales de salud renal no pueden usar direcciones electrónicas corporativas generales; es imprescindible que la dirección electrónica les haya sido asignada a ellos específicamente. Los profesionales de salud renal no pueden usar en GMS direcciones electrónicas personales de las que se consiguen en internet (como por ejemplo las de Gmail, Yahoo, AOL, etc.). Esto es para ayudar a proteger la confidencialidad y la seguridad de los datos de los pacientes.

Por razones de seguridad, un profesional de salud renal está vinculado con más de un centro de diálisis o trasplantes, tendrá que registrar en GMS cuentas independientes para cada uno de los centros, empleando para ello sus respectivas direcciones electrónicas de cada centro. El profesional de salud renal solo podrá acceder a los pacientes de los centros de tratamiento asociados.

Con GMS, los cuidadores, los pacientes y los profesionales de salud renal pueden:

- Ayudar a los pacientes con su perfil de GMS, incluyendo la carga de los documentos de elegibilidad financiera requeridos y la carga de los formularios de consentimiento. Obtener las actualizaciones de los perfiles y la situación de las solicitudes de subvenciones, información sobre pagos como números de cheques, número de seguimiento de tarjetas de débito, información sobre depósito directo, así como el historial de subvenciones del paciente;
- Subir los documentos relacionados con los ingresos requeridos para la solicitud de la subvención;
- Recibir por correo electrónico alertas de mensajes automáticos cuando el perfil de un paciente se haya verificado o cuando la solicitud de subvención esté incompleta o requiera atención;
- Acceso al estado de la subvención historial de pagos; y

- Recibir y enviar comunicados importantes sobre los programas de ayuda económica de AKF.

APARTADO 5: PROCESO DE SOLICITUD

La solicitud de la ayuda de HIPP consta de dos pasos principales (i) llenar el **perfil del paciente** para que se determine la elegibilidad y (ii) presentar las **solicitudes de subvención** a AKF. AKF **solo** acepta solicitudes de subvención presentadas **por internet** mediante GMS.

Llenado del perfil del paciente

El paciente primero debe completar y verificar su perfil, proporcionando documentación financiera de respaldo, a través del GMS de AKF para poder enviar solicitudes de subvención para recibir asistencia del HIPP.

Un perfil de paciente es también la forma en que los pacientes solicitan otros programas de asistencia al paciente de AKF disponibles. El perfil indicará para que programas es elegible el paciente y proporcionará el enlace asociado. Los pacientes pueden comenzar este proceso solos registrándose en GMS y creando su perfil. El paciente puede también apoyarse en el trabajador social u otro profesional de la salud renal de su centro de tratamiento para que lo ayuden con la presentación telemática o designar a un cuidador (nuevamente, una persona que pueda atestiguar bajo pena que no tiene un incentivo financiero para ayudar al solicitante/paciente y que es (i) un miembro de la familia (ii) un tutor legal con poder notarial y que puede presentar a AKF documentación escrita si se le solicita) A partir de ese momento, los pacientes pueden ingresar en GMS sus solicitudes de subvención, monitorear la situación de tales solicitudes y consultar su historial de subvenciones.

Los datos del perfil del paciente determinan para qué programas puede presentar su solicitud el paciente. AKF no garantiza que se vaya a aprobar la solicitud de subvención por el hecho de estar bien llenada, y tampoco garantiza que, en caso de aprobarse, el paciente vaya a recibir la ayuda de HIPP para el pago de las primas de seguro. Por contrario, la decisión de entregar la ayuda a raíz de una solicitud concreta está siempre sujeta a la discreción exclusiva y absoluta de AKF y a la disponibilidad de fondos en HIPP. La concesión de una subvención de HIPP no genera un contrato entre AKF y el paciente. Consulte el apéndice 2.

A todos los nuevos solicitantes de subvenciones de HIPP se les proporcionará un

ejemplar de los **Lineamientos de HIPP** y/o del **Manual de HIPP para los pacientes**. Al firmar el **formulario de consentimiento General y de HIPP**, el paciente confirma haber leído y comprendido estos documentos. Todos los documentos mencionados se pueden obtener en el apartado “Learning center” de GMS y en el sitio web de AKF. Con esta confirmación se pretende garantizar que todos los candidatos a recibir una subvención de HIPP comprendan los beneficios, las responsabilidades y las limitaciones de la participación en HIPP. Es crucial que los pacientes estén informados de que solo pueden recibir la ayuda de HIPP las personas con ESRD (y los que hayan recibido recientemente un trasplante y ya estuvieran recibiendo la ayuda de HIPP para el pago de las primas de seguro en los tres meses anteriores inmediatos a la fecha del trasplante) y de que las cantidades disponibles en el fondo de HIPP podrían estar limitadas. Pueden obtenerse ejemplares de cada documento en GMS (gms.kidneyfund.org) y en el sitio web de AKF (KidneyFund.org).

Documentos obligatorios en el perfil

Después de completar toda la información del perfil requerida (Nombre del paciente/ Dirección/ Fecha de nacimiento, Salud, Ingresos, Seguro Médico, Nombre de clínica, y Contacto), los pacientes tendrán que cargar los siguientes documentos:

- Formularios de consentimiento; y

Uno de los siguientes comprobantes de ingresos:

- Carta en la que conste la participación actual en **uno** de los siguientes programas:
 - Programa de ayuda energética para hogares de bajos ingresos (*Low-Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP*)
 - Ayuda temporal para familias necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families, TANF*),
 - Apoyo de vivienda HUD
 - Programa de ayuda nutricional suplementaria (*Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP*)

O BIEN

- Las declaraciones de impuestos familiares más recientes (Los ingresos del hogar incluyen todas las formas de ingresos imponibles de cualquier persona incluida en el formulario de impuestos del paciente como dependiente o cónyuge que contribuye al hogar) o 2 colillas de pagos entre 90 días que coincidan con los ingresos netos anuales indicados.

O BIEN

- El formulario de declaración de excepción de ingresos de AKF que certifica la existencia de atenuantes para la declaración de ingresos (disponible en el perfil individual del paciente en GMS)

Presentación de la solicitud de subvención

Los pacientes o sus representantes autorizados presentan las **solicitudes de subvención** de HIPP para que se les ayude con el pago de las primas del seguro. Los pacientes que hayan completado su perfil en GMS, y hayan recibido verificación de AKF y sean elegibles para presentar solicitudes de subvención de HIPP podrán seguir presentándolas durante un año completo de cobertura (usualmente un año calendario), siempre que el fondo de HIPP disponga de recursos y se cumplan los demás criterios expresados con anterioridad. Para velar por la exactitud de los datos y la elegibilidad de los solicitantes, AKF requiere que todos los participantes actualicen una vez al año el perfil del paciente. Una vez que el paciente a raíz de la actualización de la información resulte inelegible para recibir la ayuda de AKF, todas las subvenciones y pagos activos tendrán que ser cancelados por un usuario externo (paciente, cuidador o profesional de la salud renal) puesto que el paciente ya no es elegible. AKF realizará auditorias durante todo el año para asegurarse que esta regla se siga.

GMS calculara pagos recurrentes por la misma cantidad de dólares por hasta 12 meses de la fecha de solicitud, después de lo cual se debe introducir una nueva solicitud para el siguiente periodo del plan. No obstante, para que AKF desembolse los fondos de la subvención, estas solicitudes recurrentes requerirán confirmación individual.

Únicamente los pacientes, los cuidadores y los profesionales de la salud renal podrán hacer dicha confirmación en el perfil del paciente de GMS. Confirmar la solicitud informa a AKF de que el pago sigue siendo necesario. En caso de modificación de la prima del paciente o del método deseado de pago, el paciente, el profesional de la salud renal o el cuidador podrán cancelar los pagos restantes derivados de una solicitud recurrente y se podrá ingresar una solicitud de actualización del pago.

Los pacientes deben afirmar que han verificado que la información proporcionada a AKF es verdadera y precisa en la fecha proporcionada y comprender que pueden perder la asistencia futura y deben reembolsar cualquier asistencia ya brindada si se determina que es falsa, inexacta, o engañosa.

Requisitos documentales para la solicitud de subvención

En la solicitud inicial o la modificación posterior de las solicitudes de subvención debe aportarse una factura actual de seguro, cupón de pago, estado de cuenta o solicitud de seguro. Para la presentación de facturas, se ruega que los solicitantes sigan estas indicaciones:

- En la mayoría de los casos, las facturas presentadas no podrán tener más de 90 días (sobre 3 meses) de antigüedad en la fecha de presentación de la solicitud de subvención. Se indican a continuación las diferencias existentes en los requisitos documentales aplicables a los seguros médicos obtenidos a través del empleador;
- Todas las facturas deben indicar el nombre del asegurado, el número de póliza, la dirección de correspondencia para el pago, la frecuencia de los pagos y el periodo de cobertura. Esta información debe concordar con la indicada en la solicitud telemática de la subvención. Nombre del paciente, número de póliza dirección de remesa, frecuencia de pago, y periodo de cobertura debe estar en el documento de la aseguradora y no puede ser escrito a mano;
- En la medida de lo posible, AKF prefiere que las facturas presentadas indiquen el periodo exacto de cobertura, la frecuencia de facturación y la cantidad solicitada en la solicitud de subvención. Sin embargo, cuando los pacientes no puedan conseguir estas facturas por falta de tiempo, podrán usar una factura emitida en los últimos 90 días (sobre 3 meses) y anotar a mano en ella las fechas de cobertura y/o las primas que correspondan a la solicitud de subvención. En estos casos, los pacientes **no deben** “Borrar, cubrir o tachar” los datos originales de la factura. Deberán simplemente trazar con una raya el dato original de la factura y agregar al lado el dato del periodo nuevo;
- No se aceptarán facturas de seguro que muestren saldos positivos para el paciente. En estos casos, los pacientes deberán conseguir de su aseguradora una factura nueva que indique un adeudo pendiente. En los casos en que la prima se deduzca de la nómina o del cheque del seguro social se deberá consultar el primer epígrafe de la página 18 (apartado *Revisión y procesamiento de la solicitud de subvención*);
- Al solicitar una subvención para reactivar una póliza, como último recurso se puede presentar, en lugar de una factura, una carta firmada por el agente autorizado o corredor de la aseguradora. La carta debe llevar el membrete de la aseguradora. La carta debe indicar siempre el nombre del asegurado, la cantidad de la póliza y el periodo de cobertura. Para el siguiente periodo de pago solicitado se deberá aportar una factura vigente real. Para restablecer póliza de Medicare debe seguir el proceso

siguiente;

- Cuando solicite una subvención para reactivar una póliza de Medicare, el paciente primero, deberá seguir directamente en Medicare (Medicare.gov o 1-800-MEDICARE) el proceso de reactivación por causa justificada a fin de obtener la documentación adecuada que presentar a AKF. En el caso de los planes de Medicare, AKF no aceptará documentos de reactivación emitidos por la oficina local de la SSA. HIPP solo puede aceptar documento actual de CMS-500 y una carta que indica restablece la póliza;
- Una subvención no se procesará si al momento que se esté revisando por AKF, el documento muestra una fecha de terminación vencida;
- Al solicitar ayuda para una póliza nueva para la cual no se haya emitido todavía ninguna factura, se deberá presentar una copia firmada y fechada de la nueva solicitud de seguro. Si el paciente presentó su solicitud electrónica y no tiene una copia firmada de dicha solicitud (con la información de identificación del paciente (nombre/número de póliza etc.) indicada), se podrá presentar en su lugar una copia de la página de confirmación de la solicitud. Deberá figurar todo lo relativo a la tarifa de la prima y fechas del periodo de cobertura;
- Después de un trasplante, AKF brindará la ayuda de HIPP por el resto del año del plan de seguro actual del paciente. Si el paciente recibe el trasplante en el último trimestre de su plan de seguro, AKF seguirá brindando la ayuda de HIPP durante el año siguiente del plan además de ese último trimestre. Si el paciente no indica otra cosa, AKF supondrá siempre que el año del plan del paciente coincide con el año calendario, a menos que los documentos presentador indiquen un periodo de tiempo diferente;
- A los pacientes de diálisis les pedimos que, antes de ingresar una solicitud de subvención, verifiquen el año del plan que ingresaron en el perfil del paciente de GMS para comprobar que las fechas indicadas estén bien. La exactitud en el año de cobertura facilita que AKF pueda seguir enviando a los pacientes que reciben el trasplante la ayuda durante el resto del año del plan de la póliza de seguro. Si el dato del año del plan de póliza es erróneo, pueden producirse errores en la cantidad y duración que recibe el paciente como ayuda después del trasplante. AKF se reserva el derecho de pedir la documentación adicional que considere necesaria; y
- No se aceptarán las declaraciones de cambio de tarifas y notificaciones a menos que estén acompañadas por una factura fechada dentro de los últimos 90 días (3 meses) o el historial de pago que verifique que el plan sigue activo con el periodo de cobertura más reciente pagado.

Documentos requeridos para los planes grupales de salud por el empleador

Pagos de los planes grupales de salud a través del empleador

En el caso de los planes grupales de salud a través del empleador (*employer group health plans*, EGHP) se deberán seguir los procedimientos que se indican a continuación. El paciente deberá presentar lo siguiente:

- Una carta del departamento de recursos humanos de su empleador (con el membrete de la empresa) que indique con claridad la parte médica individual de la prima de seguro del paciente (y la del familiar) que se le deduce al paciente de su pago. **IMPORTANTE:** Si el paciente no puede conseguir la carta del empleador, para confirmar el monto de la prima con presentar la hoja de tarifas junto con una colilla de pago actual.
- Una colilla de pago actual (no más de 30 días anteriores a la presentación de la solicitud de subvención). En la hoja de tarifas o la colilla de pago se indicará a mano o mecanografiado el desglose de la cantidad total solicitada. Si la póliza es familiar, AKF solo concederá subvenciones por la tarifa individual del paciente. La solicitud deberá acompañarse de una hoja de tarifas o de la carta del empleador (si corresponde) para que se puedan comprobar la póliza conjunta y las tarifas.
- Si no se cuenta con la tarifa individual, AKF pagará solo la porción de la prima correspondiente al paciente (por ejemplo, el 50% en el caso de una familia de dos miembros).
- Si la prima es la misma para la cobertura individual que para la familiar, AKF pagará la cantidad íntegra de la prima.
- Si el paciente es el cónyuge del empleado, AKF solo pagará el monto de la prima del cónyuge.

Para Pacientes con Licencia Laboral o Razones Médicas y Familiares:

Cuando un paciente está de licencia laboral (*leave of absence*, LOA) o está protegido por la ley de licencias por razones médicas y familiares (*Family and Medical Leave Act*, FMLA), se deberá aportar una carta del empleador del asegurado (con el membrete del empleador) en la que se indique la fecha en la que el paciente comenzó su LOA o FMLA. El paciente puede asimismo presentar los formularios aprobados por el departamento de recursos humanos en los que figure la firma del paciente. Si el empleador no factura directamente al paciente, este puede usar la carta de su empleador como documentación y presentar la solicitud de subvención indicando que el pago se envíe directamente al empleador.

Pagos de la COBRA

Cuando un paciente tiene el seguro a través de su empleador y finaliza su relación laboral con dicho empleador, el paciente podría cumplir con los requisitos para aplicar para el plan COBRA. Si el administrador de la COBRA del paciente no emite facturas o cupones, AKF puede aceptar los siguientes documentos:

- Un formulario de elección llenado (firmado y fechado) O BIEN
- Una carta del administrador de la póliza de la COBRA que contenga **todos** los datos que figuran a continuación:
 - La fecha, que no puede tener más de 60 días de antigüedad
 - El monto de la prima mensual o trimestral
 - La cantidad de miembros que cubre el plan
 - La dirección de correspondencia para el pago

Prolongación de la ayuda de HIPP para los pacientes trasplantados

Cuando un beneficiario de la subvención HIPP recibe un trasplante, AKF continúa brindando asistencia a través de la subvención HIPP hasta el final del año del plan de seguro. Esta asistencia debe ser para la misma póliza o pólizas de seguro en las que el paciente estaba inscrito antes del trasplante, siempre que dicha póliza siga estando disponible para el paciente. El paciente no puede solicitar asistencia para un plan de seguro diferente, a menos que la póliza original ya no esté disponible por causas ajenas al paciente. AKF proporcionará asistencia HIPP posterior al trasplante durante el resto del año del plan de seguro actual del paciente. Si un paciente recibe un trasplante en el último trimestre de su año de plan actual, la AKF continuará brindando asistencia HIPP durante el año del plan siguiente, además del resto de ese último trimestre. AKF

siempre asumirá que el año del plan del paciente se basa en el año calendario, a menos que los documentos presentados indiquen un período diferente. Los planes COBRA tienen un límite de 12 meses de asistencia. La asistencia finaliza al final del año del plan o al finalizar el plan COBRA, lo que ocurra primero.

Para ser elegible para la ayuda de HIPP después del trasplante, la persona debe haber estado recibiendo las primas durante al menos los tres meses consecutivos anteriores inmediatos a la fecha del trasplante renal. Las subvenciones aprobadas por error para pacientes trasplantados que no cumplan con este requisito previo para recibir asistencia continua se cancelarán, y se cancelarán todos los pagos futuros. Se realizan auditorías periódicas de la asistencia posterior al trasplante para garantizar que todos los pacientes que reciben asistencia sean elegibles para recibirla.

Para seguir recibiendo la ayuda de HIPP después del trasplante, los pacientes deben actualizar el perfil de GMS indicando la fecha de su trasplante dentro de los 180 días posteriores a este. Las conversaciones telefónicas o por correo electrónico con AKF no incorporan la información del trasplante en el perfil del paciente. Esta información deben ingresarla en dicho perfil el propio paciente o su cuidador o profesional de la salud renal. También necesitamos que todos los pacientes actualicen su perfil con los datos de contacto exactos para permitir que las subvenciones de HIPP se procesen oportunamente y se entreguen en la dirección correcta. Los pacientes pueden apoyarse en el trabajador social de su centro de diálisis o el de su centro de trasplantes, o pueden actualizar ellos mismos el perfil reclamando su cuenta de GMS (véase la explicación más adelante) y modificando su situación de tratamiento.

Si un centro de trasplantes prefiere no ayudar a los pacientes con GMS, el paciente debe actuar y reclamar su cuenta de GMS para poder acceder a su perfil y actualizar los datos. Para completar la información del centro y de contacto, el paciente debe descargar el formulario de verificación del centro de tratamiento (*Treatment Center Verification Form*, TCVF) de su perfil o solicitar el formulario a AKF. El formulario debe ser llenado por un profesional de la salud renal en el centro de trasplante y ser enviado por mensaje de GMS a registration@kidneyfund.org. El formulario TCVF permitirá a AKF comprobar que recibió un trasplante y a partir de ese momento el paciente podrá presentar sus propias solicitudes en GMS. Para pedir este formulario TCVF se debe enviar un mensaje a través de GMS o hablar con el Departamento de Servicios de subvenciones de AKF llamando al 1-800- 795-. La forma se puede descargar también en el apartado de acuerdos y formularios del perfil del paciente.

Los trabajadores sociales de los centros de trasplante que presenten solicitudes de subvención en GMS en nombre de los pacientes **NO** tienen que presentar el TCVF. El TCVF debe presentarse únicamente cuando es el propio paciente quien presenta la

solicitud.

Después del trasplante, el paciente o su profesional de la salud renal o cuidador deben verificar en GMS los pagos de la subvención y —de ser necesario— presentar nuevas solicitudes de subvención para que el paciente siga recibiendo la ayuda al tiempo que se cancela cualquier pago innecesario. AKF no ingresará solicitudes en nombre de ningún paciente, ya estén en diálisis o hayan recibido el trasplante. Para la subvención, en el perfil del paciente trasplantado debe constar una confirmación —emitida por un profesional de la salud renal calificado— de que el paciente recibió el trasplante.

Si un paciente asume la gestión de sus solicitudes de subvención y ya existe una completa y correcta, lo único que debe hacer es confirmar el siguiente pago cuando cumpla los requisitos para ser confirmado. Los pacientes también pueden confirmar los pagos de la subvención en una solicitud existente.

- Solo tendrá que presentarse una nueva solicitud de subvención si:
 - No se había solicitado ninguna subvención recurrente antes; o
 - En los tres meses anteriores se envió un único cheque o pago por una subvención.
- Si la tarifa cambió durante el plan del año de la póliza o hacen falta más pagos de subvención para completar el periodo de elegibilidad del paciente para HIPD después del trasplante, el paciente puede ingresar una nueva solicitud.
- Si es necesario cambiar la dirección de entrega de los pagos de la subvención, hay que cancelar el pago pendiente y presentar una nueva solicitud en la que se indique la dirección correcta de correspondencia para el pago.

Variaciones en la situación del paciente

Deberá comunicarse a AKF lo antes posible cualquier variación en la situación del paciente (por ejemplo, cambios de dirección, cancelación o vencimiento del plan de seguro, trasplante o fallecimiento). Cualquier actualización financiera será requerida hasta la próxima fecha de aniversario. Todas las actualizaciones de la situación deben registrarse en GMS incorporando la nueva información al perfil del paciente.

APARTADO 6: PAGOS DE LA SUBVENCIÓN

Revisión y procesamiento de la solicitud de subvención

- Revisamos las solicitudes de subvención en el orden recibido. Nos enorgullece que la aprobación de las solicitudes de subvención de HIPP que tienen todos los datos correctamente llenados se emita en un promedio de 10 a 14 días hábiles. En función de la disponibilidad de fondos, las subvenciones se suelen pagar con rapidez una vez concedidas. Si no hay fondos suficientes, AKF se reserva el derecho de desembolsar únicamente los pagos de HIPP marcados urgentes (véase a continuación).
- Aunque AKF brinda subvenciones para pagar las primas, el paciente sigue siendo responsable de cumplir todas las condiciones de su contrato de seguro médico.
- Se revisarán en orden de llegada las solicitudes urgentes cuando la cancelación de la póliza del paciente vaya a producirse en los 10 días naturales posteriores a la fecha de registro de la solicitud de subvención en GMS. GMS determinará si la solicitud de subvención cumple los criterios de urgencia. Los pagos se envían por el USPS y **no se dispone de servicio postal urgente**. Si la subvención debe enviarse directamente al paciente, puede proporcionar sus datos de ACH (depósito directo) ahorro o cheque cuando se le solicite al momento de ingresar una solicitud de subvención, con esto se logrará una entrega más rápida de la ayuda.
- En la medida de lo posible, y en función de la disponibilidad de fondos, los pagos podrían hacerse incluso 40 días antes de la fecha de comienzo del periodo de cobertura.
- AKF se reserva el derecho de comprobar todos los datos del perfil del paciente y de la solicitud de subvención y pedir más documentación, tanto en el momento de presentarse la solicitud de subvención como más adelante.
- Si no hay cambios en el monto de la prima y los datos del destinatario del pago que se habían consignado en la solicitud recurrente inicial del paciente inscrito en HIPP, este no tendrá que aportarle a AKF una nueva factura de prima ni actualizar la solicitud de subvención hasta que empiece el siguiente año del plan de seguro, aunque sí tendrá que presentar una solicitud de actualización de los pagos si a lo largo del año del plan varían la tarifa o la póliza. En la mayoría de los casos, el año del plan de seguro coincide con el año civil, pero cada paciente debe revisar su

póliza para estar seguro. Dados los frecuentes cambios que se producen en las primas y los números de póliza, las solicitudes relativas a planes del mercado de seguros (Affordable Care Act) deben actualizarse durante el periodo de apertura de la inscripción que hay al final de cada año calendario.

- GMS establece pagos de subvenciones recurrentes durante un periodo de 12 meses o hasta el final del año del plan. AKF no emitirá un pago automáticamente, los pacientes, cuidadores o representantes profesionales renales están obligados a confirmar la necesidad de todos los pagos posteriores presionando el botón de confirmación en el pago en el perfil del paciente en GMS antes de que AKF emita una subvención (siempre sujeto a la disponibilidad continua de fondos y otras restricciones mencionadas anteriormente) Con ello se evita la emisión de pagos de subvención innecesarios o incorrectos. Los pacientes, los cuidadores o los profesionales de la salud renal representantes deben además cancelar los pagos recurrentes innecesarios que haya. Los pagos sin confirmar caducan al término del periodo de cobertura de los pagos, que por lo general es a los 31 días de la fecha de vencimiento del pago. Si tiene dudas sobre este proceso, sírvase comunicarse con AKF. Si surge cualquier variación en la cobertura de seguro o el monto de la prima del paciente, se debe presentar en GMS una solicitud de actualización del pago de la subvención. Con ello se actualizarán los datos de pago automático. Si el paciente fallece, sírvase informar de inmediato a AKF actualizando a "Fallecido" ("Deceased") el dato del perfil en GMS.
- Si un paciente tiene un plan de seguro nuevo o existente que exija el pago de la prima mediante retiro bancario o deducción de un cheque, el paciente únicamente puede solicitarle a AKF la prima correspondiente al mes calendario actual y a los meses posteriores. Se denegarán las solicitudes relativas a meses anteriores. También se podrán denegar las solicitudes relativas a meses "omitidos" por no haber presentado debidamente a AKF la solicitud del pago o no haber ingresado en GMS una nueva solicitud de subvención.
- AKF paga las subvenciones mediante cheque, tarjeta de débito y transferencias ACH (depósito directo). Después de que la solicitud haya sido aprobada, las transferencias ACH se procesan de 3 a 5 días hábiles, y requieren que el paciente cuente con una dirección electrónica en su perfil de GMS. Los cheques de las subvenciones son válidos durante 90 días, y las tarjetas de débito de las subvenciones son válidas durante 120 días. Si no se usa un cheque o tarjeta de débito, se anulará la subvención y se marcará automáticamente como expirada en GMS y el dinero se reintegrará al fondo colectivo de HIPPP. Es posible que no todos los métodos de pago estén disponibles para todos los tipos de programas de subvención. GMS proporcionara las opciones disponibles en el momento de la

solicitud de subvención.

Verificación de la situación de las solicitudes

Para verificar en tiempo real la elegibilidad para el programa y la situación de las solicitudes de subvención, los pacientes, los cuidadores y los profesionales de la salud renal pueden ingresar al GMS de AKF.

Aunque AKF procura enviar las subvenciones a los pacientes o a sus aseguradoras a más tardar en la fecha de vencimiento o de cancelación de la póliza, las fluctuaciones en la disponibilidad de fondos para HIPD impiden a AKF garantizar la entrega de las subvenciones en un plazo fijo una vez concedida la subvención o confirmados los pagos recurrentes. A fin de evitar posibles duplicidades de pago, los pacientes no deben presentar de nuevo una solicitud de subvención sin haber consultado antes GMS o haber hablado con el trabajador social (u otro profesional de la salud renal) de su centro de diálisis.

Los pagos de las primas se enviarán conforme al esquema de facturación (mensual, bimensual, trimestral, o semestral o) del plan del paciente. El esquema de facturación de la aseguradora determina la frecuencia de pagos que se puede solicitar en GMS. AKF prefiere hacer los pagos cada trimestre, e idealmente trimestrales (es decir, de enero a marzo, de abril a junio, etc.). Los pacientes, los cuidadores y los profesionales de la salud renal no deben intentar forzar que los pagos coincidan con el trimestre civil si no es esa su frecuencia normal de facturación. Se recuerda que, una vez que se emite el primer pago de una subvención recurrente, los pacientes pueden confirmar los pagos posteriores de la subvención ellos mismos en GMS o con el apoyo del cuidador o profesional de la salud renal registrados para ello.

Los pagos recurrentes confirmados no se pagaran antes de los 40 días posteriores al comienzo del periodo de cobertura de la prima. Su estado de pago permanecerá pendiente hasta ese momento.

Modos de entrega de las subvenciones

AKF entrega las subvenciones de cuatro maneras:

- En cheques pagaderos a aseguradoras, administradores de la COBRA o empleadores.
- En cheques pagaderos al paciente que se le envían a su domicilio o centro de tratamiento.
- En transferencias ACH (depósito directo) efectuadas a la cuenta bancaria del paciente (ahorro o cheque). (Para poder recibir un depósito directo, en el perfil de GMS debe constar la dirección de correo electrónico personal del paciente.); y
- En tarjetas de débito que se envían por correo prioritario al domicilio del paciente o a su centro de tratamiento.

Reembolsos

Si la aseguradora de un paciente le reembolsa total o parcialmente la prima, el paciente debe reintegrar sin demora los fondos a AKF. Estos fondos se regresan al fondo colectivo de HIPPP para atender solicitudes futuras de subvenciones. Si un paciente no reintegra a AKF los reembolsos, podría perder la elegibilidad para recibir subvenciones posteriores de HIPPP.

Los reintegros deben enviarse a las oficinas del American Kidney Fund ubicadas en 11921 Rockville Pike, Suite 300, Rockville, MD 20852. En el caso de cheques personales, sírvase indicar "HIPPP refund" ("reembolso para HIPPP) en la línea de asunto.

Revisión del estado de los cheques de subvenciones de AKF

- En GMS figura la información de las subvenciones del paciente; por ejemplo, el número de los cheques, la dirección de envío, situaciones estado de un cheque enviado a la aseguradora (y si se cobró) y la fecha de la última actualización de la información sobre la situación de pago.
- Es responsabilidad del paciente mantenerse al tanto del estado de los cheques de su subvención de HIPPP. Los pacientes no deben intentar depositar ningún cheque de la subvención que haya sido anulado o expirado.
- Cuando el paciente, el cuidador o el profesional de la salud renal solicitan la

anulación de un cheque de la subvención, AKF requiere que se indique por escrito el motivo. Si pasan más 30 días sin haber recibido el pago de la subvención, el paciente, el cuidador o el profesional de la salud renal pueden pedir que se anule el pago (indicando por escrito el motivo) y a continuación pueden ingresar una solicitud de pago único (en el caso de pacientes trasplantados) o una solicitud de reemplazo por anulación (en el caso de pacientes de diálisis) para reemplazar el pago.

- Si no se cobró un cheque de la subvención, sírvase comunicarse con un representante de AKF por medio del sistema de mensajes de GMS para obtener apoyo. En el momento en que se envía en GMS el mensaje al personal de AKF para anular el pago se puede presentar una nueva solicitud de subvención, pero para que se procese dicha solicitud es preciso que antes se haya anulado el pago.
- AKF no reemplaza automáticamente los cheques de subvención sin cobrar. El usuario tiene que ingresar una nueva solicitud subvención. AKF anula automáticamente los cheques de subvención sin cobrar cuando han transcurrido **90 días desde la fecha de emisión**. Las solicitudes de las subvenciones de reemplazo de los pagos anulados o caducados se deben presentar en los 60 días posteriores a la fecha de anulación o caducidad.
- Si un pago no se confirma en el plazo asignado (en los 60 días posteriores al comienzo del periodo de cobertura), se puede presentar una solicitud de subvención aislada con documentación actualizada con el fin de que se genere un nuevo pago. El monto de la subvención aislada no puede remontarse a más de 6 meses de primas y en la solicitud se debe aportar documentación que demuestre que la póliza sigue activa. La subvención de reemplazo se debe presentar en los 60 días posteriores a la falta de confirmación del pago (90 días la fecha de cobertura inicial)
- En caso de aumento de la tarifa, AKF no anulará ningún cheque que se haya emitido para la tarifa inferior, salvo que se le entregue documentación de la aseguradora que diga que no aceptará pagos parciales. En lugar de ello, tendrá que presentarse una solicitud de subvención aislada para el saldo adeudado para ese periodo de cobertura (en el caso de los pacientes trasplantados) o una solicitud de actualización del pago (en el caso de los pacientes de diálisis).

Petición de copias de cheques

Si se observa que el plan de seguro médico no registró debidamente el pago en la cuenta y el cheque de la subvención se cobró, AKF puede entregar una copia del cheque cobrado. Antes de pedir esta copia se deben dejar que transcurran al menos 10 días hábiles desde la fecha de emisión del cheque. Las copias de los cheques de

subvención se pueden pedir escribiendo a AKF un mensaje en GMS incluyendo una solicitud escrita y firmada por la aseguradora o el paciente.

Pagos con tarjeta de débito

AKF entrega algunas subvenciones de HIPD mediante tarjetas de débito. Estas tarjetas usualmente se entregan a los pacientes para que paguen sus primas del seguro, y no se pueden usar con ningún otro fin. En la mayoría de los casos, la tarjeta está programada de tal forma que solo se acepta para el pago de primas de seguro, y el paciente debe usarla para pagar directamente la prima de su seguro a la aseguradora.

En ciertos casos, cuando la prima ya se dedujo de la nómina del paciente, la tarjeta no lleva programadas estas restricciones y su finalidad es reembolsar el gasto al paciente (p. ej., reembolsarle la prima de Medicare) Instrucciones se incluyen con la tarjeta sobre cómo se puede utilizar o si hay restricciones.

Con el pago de cada subvención, el paciente recibirá una tarjeta de débito física, una carta explicativa y una infografía donde se indican paso a paso las instrucciones en inglés y español. Para usar su tarjeta de débito, los pacientes deben primero activarla según las instrucciones que se incluyen. Las dudas sobre subvenciones relacionadas con tarjetas de débito (p. ej., tarjetas perdidas o no recibidas) deben consultarse con AKF mediante el sistema de mensajes de GMS, concertando una cita telefónica en gmsassist.com o llamando al 1-800-795-3226 en horario laborable normal. La información de rastreo de envío prioritario está disponible en la cuenta del paciente en GMS.

Solicitud de tarjetas de débito de reemplazo

- AKF no emite automáticamente tarjetas de débito de reemplazo para las que no se han usado. Las tarjetas de débito se anulan automáticamente a los 120 días de su emisión.
- Si un paciente no recibe una tarjeta de débito emitida por AKF o la pierde, el paciente, el cuidador o el profesional de la salud renal pueden enviar a AKF un mensaje a través de GMS para anularla. A continuación, se puede ingresar en GMS una nueva solicitud de subvención para que se pueda emitir y enviar a través de envío prioritario al domicilio o centro de tratamiento del paciente una nueva tarjeta de débito. La nueva solicitud de subvención debe presentarse en los 60 días posteriores a la anulación de la tarjeta.
- AKF desconoce los datos de la tarjeta de débito (número de tarjeta, etc.) y no se los puede proporcionar al paciente si la tarjeta se pierde o se la roban.

- Solo se puede solicitar la emisión de la tarjeta de débito a través de AKF. El paciente y el profesional de la salud renal no están autorizados a solicitar una nueva tarjeta directamente a nuestro proveedor de tarjetas de débito.

Solicitud de pagos por transferencia ACH

En algunos casos, los pacientes pueden solicitar en GMS que el pago de la subvención se haga por transferencia ACH (depósito directo).

Recomendamos a los pacientes el uso de las transferencias ACH cuando el pago de la subvención deba llegarle al paciente. Las transferencias ACH garantizarán que los fondos de la subvención lleguen antes al paciente y eliminan la posibilidad de que el cheque de la subvención se pierda o demore en el correo.

La petición de pago por transferencia ACH debe hacerse en el momento de presentarse la solicitud de subvención del paciente. Para ello, el paciente debe tener a la mano los números de cuenta y de identificación bancaria (*routing number*) al momento de solicitar la subvención. También es imprescindible ingresar en el perfil de GMS una dirección de correo electrónico personal del paciente sino la información bancaria del paciente no se podrá agregar.

Al solicitar que el pago se haga por transferencia ACH es esencial hacer una comprobación doble de que los números de cuenta e identificación bancaria están bien. Si los datos bancarios no se ingresan correctamente, la transacción no se procesará, se demorará la entrega de la subvención y tendrá que presentarse una solicitud de subvención de pago único adicional. Esto puede dar lugar a la cancelación de la cobertura de seguro del paciente por falta de pago oportuno. Se incluye un número de rastreo con la información de pago en GMS en caso de que el paciente no sienta que el pago se envió a su cuenta correctamente. Este número puede ser proporcionado a su banco para investigar el depósito directo.

DATOS DE CONTACTO DE AKF

Si tiene dudas concretas sobre HIPP o necesita ayuda con GMS, sírvase comunicarse con el Departamento de Servicios de subvenciones de AKF por uno de los medios que se indican a continuación:

POR TELÉFONO: Para hablar en persona con un representante, puede llamar al 1.800.795.3226 en horario laborable. Tenga en cuenta que ni se aceptan ni se responden los mensajes de voz. Por favor no dejar mensajes o contacte directamente al personal de AKF.

GMS ASSIST: Visite GMSassist.com para concertar una cita telefónica en el horario que se le acomode; mensajes, mensajes de voz o correos electrónicos enviados a otros departamentos requiriendo una llamada, no serán procesados

POR GMS: Sírvase ingresar a su cuenta GMS de GMS y enviarnos un mensaje a gms.kidneyfund.org. No olvide leer los apartados en el Centro de Aprendizaje (Learning Center) y PREGUNTAS FRECUENTES (FAQ) de su cuenta, donde podrá ver información actualizada (gms.kidneyfund.org). También puede usar el asistente virtual de GMS que se encuentra en gms.kidneyfund.org. Este asistente virtual proporciona información de preguntas más frecuentes (FAQ) y la capacidad de agregar tickets para obtener ayuda dentro de GMS.

POR INTERNET: Visite KidneyFund.org si desea conocer más detalles sobre los programas de ayuda económica de AKF para los pacientes.

¿TIENE PROBLEMAS DE REGISTRO EN GMS? Escribanos por correo electrónico a registration@kidneyfund.org o utilice nuestro asistente virtual ubicado en la página principal de inicio de sesión de GMS gms.kidneyfund.org

Si usted pertenece a un centro de diálisis o de trasplantes certificado por los CMS que no conoce HIPP y no tiene claro cómo empezar, sírvase escribirnos a registration@kidneyfund.org o llámenos al 1-800-795-3226. El Departamento de Servicios de subvenciones de AKF le concertará una orientación en la que revisar el programa y presentarle GMS. También puede concertar una cita en gmsassist.com

Si desea información general sobre AKF, visite su sitio web KidneyFund.org

APÉNDICE 1: OPINIÓN CONSULTIVA

De conformidad con el dictamen AO 97-1, AKF estableció el sistema GMS con el propósito de ayudar a los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) de bajos ingresos a mantener su cobertura de seguro de salud existente u obtener un seguro para el cual califiquen. El dictamen AO 97-1 describe el modelo operativo y de financiación bajo el cual el programa opera hasta la fecha, y establece medidas de protección y lineamientos básicos para garantizar la integridad y objetividad del programa. Los lineamientos 97-1 se han incorporado a la operación del HIPP y ayudan a garantizar que el programa continúe funcionando de manera justa y ética.

De acuerdo con el dictamen AO 97-1, AKF depende de contribuciones benéficas voluntarias de proveedores de diálisis y de otros. Estas contribuciones se hacen a AKF sin restricciones ni condiciones sobre su uso, y AKF tiene la discreción única y absoluta de usar las contribuciones según lo consideremos apropiado.

Un principio fundamental de protección del HIPP en virtud del dictamen AO 97-1 es un mecanismo de seguridad que separa nuestras subvenciones para pacientes con ESRD de las contribuciones caritativas que recibimos de los proveedores de diálisis.

Proporcionamos subvenciones a pacientes con ESRD en orden de llegada sin tener en cuenta si el proveedor de un paciente ha contribuido al AKF o - si lo ha hecho

- el monto de dicha contribución. De hecho, el personal de AKF que aprueba y procesa las solicitudes de subvención no tiene acceso a la información de qué proveedores contribuyen a la reserva del HIPP. Esta protección - cuya descripción general está contenida en el dictamen AO 97-1 - garantiza que otorguemos subvenciones a los pacientes en función únicamente de la necesidad financiera y otros criterios objetivos de elegibilidad (descritos anteriormente). Este sistema asegura además que, como institución benéfica con exención tributaria 501(c)(3), mantengamos un mecanismo de seguridad para las donaciones, y AKF tiene un control absoluto para decidir cómo gastar nuestros fondos donados.

De la misma manera, trabajadores sociales y personal renal pueden remitir HIPP a pacientes con necesidades financieras, pero **no podrán** anunciar la disponibilidad de asistencia financiera de HIPP al público ni revelar a los pacientes si la clínica o proveedor ha contribuido a AKF.

Si desea más información sobre nuestro programa de cumplimiento de la OIG, visiten nuestro sitio web <https://www.kidneyfund.org/assets/pdf/financial-assistance/akf-oig-compliance-policy.pdf.ujmy>

APÉNDICE 2: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD ACERCA DE LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE SUBVENCIÓN

La concesión de una subvención del HIPP no establece un contrato entre AKF y el paciente o entre AKF y el plan de seguro. No se garantiza la asistencia del HIPP. No existe un "derecho" a una subvención o asistencia financiera, ya sea inicialmente o por un período determinado. AKF se reserva el derecho de modificar la elegibilidad para participar en su programa en cualquier momento a su entera discreción. AKF se reserva además el derecho de modificar o retirar en cualquier momento cualquier compromiso con respecto a cualquier subvención o asistencia financiera. Sin limitar lo anterior, la determinación de elegibilidad no garantiza la asistencia financiera continua que, entre otras variables, depende de los fondos disponibles en la reserva del HIPP. AKF no garantiza ni declara que las solicitudes serán revisadas dentro de un determinado período. Si se aprueba una solicitud, AKF no garantiza ni declara que se otorgará una subvención o pago del HIPP dentro de un determinado período. AKF no se hace responsable de errores o demoras, independientemente de la causa, ya sea en la revisión de las solicitudes debidamente llenadas o en la emisión de cheques de subvención, tarjetas de débito u otras formas de pago. En ningún caso AKF será responsable de los daños que supuestamente hayan sido causados por cancelaciones o denegaciones de solicitudes; errores o demoras en la revisión de las solicitudes; errores o demoras en la emisión de cheques, tarjetas de débito u otras formas de pago; retrasos en el sistema postal de los EE. UU. o en los servicios de entrega comercial; o negación de cobertura por parte de las compañías de seguros de salud. Todas las creaciones de perfiles de solicitantes se consideran irrevocablemente presentadas con la total aceptación del paciente de lo anteriormente presentado.

APÉNDICE 3: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Desde 1971, AKF ha ayudado a más de 1.7 millones de pacientes renales como usted a pagar sus gastos médicos.

Si recibe en la actualidad la ayuda de HIPP de AKF o está pensando en solicitarla, debe conocer sus derechos y responsabilidades, que se indican a continuación.

Por favor tome en cuenta que, si usted no puede actuar de acuerdo con las responsabilidades descritas a continuación, AKF puede suspender o revocar en un futuro su acceso a HIPP de acuerdo a su entera discreción.

Derechos

1. Tiene derecho a **elegir de manera independiente** la cobertura asistencial que más le convenga.
2. Tiene derecho a **cambiar** su cobertura asistencial a cualquier plan que tenga disponible y se ajuste mejor a sus necesidades asistenciales y económicas.
3. Tiene derecho a **cancelar** en cualquier momento la ayuda que recibe de AKF a través de HIPP.
4. Tiene derecho a **solicitar de nuevo** en cualquier momento la ayuda de AKF a través de HIPP.
5. Tiene derecho a **cambiar de proveedor de diálisis** sin perder su elegibilidad para HIPP. Aunque cambie a otro proveedor, seguirá teniendo concedida la subvención de ayuda para todo el año actual de su póliza de seguro médico. Si el paciente no indica otra cosa, AKF supondrá siempre que el año del plan del paciente está basado en el año calendario a menos que el paciente notifique lo contrario. Recuerde actualizar los datos de su perfil de GMS. Puede hacerlo usted mismo o pedir ayuda al cuidador que se registró en GMS. También puede informar a su centro de diálisis o trasplantes para que actualicen el perfil por usted, o puede comunicarse directamente con AKF si los empleados de su nuevo centro de diálisis no lo pueden ayudar. Tenga presente que, para seguir recibiendo la ayuda de HIPP, su centro de diálisis o trasplantes tiene que estar certificado por Medicare.
6. Tiene derecho a **acceder al GMS de AKF** para verificar el estado que se encuentra su

solicitud de subvención (gms.kidneyfund.org). Si tiene dudas sobre el registro, sírvase escribir a registration@kidneyfund.org. Tiene derecho a **ver una copia de su expediente** de GMS (solicitud de subvención, documentos complementarios e historial de subvenciones).

7. Tiene derecho a **reportar a AKF cualquier inquietud sobre la solicitud o el proceso de subvención** sin temor a represalias.
8. Como solicitante o receptor de la subvención de HIPP, tiene derecho a que **un miembro del Departamento de Servicios de subvenciones de AKF le aclare directamente las dudas**. Puede comunicarse con nosotros a través del servicio de mensajes de GMS, llamándonos al 800.795.3226 o concertando una cita en gmsassist.com para que lo llame un representante.

Responsabilidades

1. Usted es responsable de aportar datos completos, exactos y oportunos en su perfil de paciente de GMS y en la solicitud de subvención de HIPP. Debe comunicar de inmediato a AKF cualquier cambio en sus datos de contacto, situación económica, proveedor o centro de diálisis u otros datos que puedan influir en su elegibilidad para HIPP. Puede actualizar en todo momento por internet su perfil de paciente de GMS o puede pedirle a su cuidador o profesional de la salud renal que le actualicen los datos de dicho perfil.
2. Si cambia de proveedor de diálisis o le hacen un trasplante renal, usted es responsable de informar a su nuevo proveedor de que recibe la subvención de ayuda de AKF. También se puede comunicar directamente con AKF acerca de este cambio. De este modo podemos ayudarlo a presentar solicitudes de subvención en el futuro.
3. Usted es responsable de revisar su perfil de paciente en GMS y sus solicitudes de subvención para verificar su exactitud e integridad. Debe hacerlo periódicamente para comprobar que se hayan incluido todos los cambios y estén al día.
4. Usted es responsable de que se suban al a GMS de manera oportuna sus facturas del seguro médico actualizadas. Esto permitirá a AKF procesar sus subvenciones para el pago oportuno de las primas.
5. Usted debe leer los lineamientos de HIPP, el manual del paciente y los materiales de información al paciente que le brinda AKF. Estos materiales pueden conseguirse en GMS y a través de su profesional de la salud renal o llamando al Departamento de Servicios de subvenciones de AKF. Usted es responsable de preguntar todo lo que no comprenda. Estos documentos también están publicados en internet:

6. Usted es responsable de su propia cobertura de seguro asistencial, y de los pagos oportunos de las primas. AKF no garantiza la concesión de una subvención inicial ni las renovaciones de las subvenciones. Si usted cumple los requisitos para recibir ayudas de HIPP, AKF concederá una subvención con la que ayudar a pagar las primas siempre y cuando haya fondos disponibles para HIPP.
7. Después de un trasplante, AKF brindará la ayuda de HIPP por el resto del año del plan de seguro actual del paciente. Si el paciente recibe el trasplante en el último trimestre de su plan de seguro, AKF seguirá brindando la ayuda de HIPP durante el año siguiente del plan además de en ese último trimestre. Si el paciente no indica otra cosa, AKF supondrá siempre que el año del plan del paciente coincide con el año calendario.
8. Para ser elegible para esta ayuda de HIPP después del trasplante, usted debe haber estado recibéndola durante al menos los tres meses consecutivos anteriores a la fecha del trasplante. Deberá hablar con el trabajador social de su centro de diálisis y con su centro de trasplantes para estar seguro de comprender su cobertura posterior al trasplante y las correspondientes subvenciones para el pago de las primas del seguro médico. Además, en los tres meses posteriores al trasplante deberá agregar a su perfil de GMS la fecha del trasplante y los datos del centro y de contacto.
9. Usted es responsable de su plan de seguro médico(s). Recibir la ayuda económica de HIPP no altera el hecho de que la cobertura de seguro médico representa una relación contractual que los vincula exclusivamente a usted y a su plan de seguro médico, no a AKF y a dicho plan.
10. Si se hace algún sobrepago o la aseguradora ofrece un descuento y a usted le devuelven dicho sobrepago o descuento, tiene la obligación de enviar el monto a AKF para que podamos incluir ese dinero en el fondo colectivo de HIPP para ayudar a otros pacientes elegibles.
11. Es posible que AKF necesite ponerse en contacto con usted para obtener información y/o documentación adicional. Si usted no nos facilita la información solicitada, podría dejar de recibir la subvención de ayuda. No olvide mantener en su perfil los datos actualizados de dirección, correo electrónico y número de teléfono para comunicarnos con usted.
12. Usted es responsable de informar sin demora al personal de su centro de tratamiento y/o a AKF si considera que no se ha respetado alguno de los derechos

citados. Puede comunicarse con AKF llamando al 800.795.3226, enviando un mensaje por GMS o escribiendo a registration@kidneyfund.org.

APÉNDICE 4: CÓDIGO DE CONDUCTA PARA LOS PROVEEDORES

Código de conducta para los proveedores

American Kidney Fund (“AKF”) gestiona su programa de primas de seguro médico (*Health Insurance Premium Program*, HIPP) y el resto de sus programas con observancia de toda la normativa aplicable, con las máximas exigencias éticas y contables y con la misión principal de servir a los pacientes. Nuestra expectativa es que las empresas y los profesionales de la salud renal que ayudan a los pacientes a obtener la ayuda de AKF cumplan esas mismas exigencias y respeten el código de conducta para los proveedores (en lo sucesivo, el “código de conducta”) que se expresa a continuación.

Para todos los proveedores actuales y futuros que remitan pacientes al HIPP, un representante autorizado de la empresa (la “empresa”) debe leer y firmar este código de conducta en nombre de la empresa.

1. Al brindar a los pacientes información sobre HIPP (elegibilidad, beneficios, condiciones e información relacionada) y al ayudar a los pacientes a presentar solicitudes de apoyos de HIPP o de otros programas de AKF, pensaremos siempre qué es lo mejor para nuestros pacientes.
2. Nos aseguraremos de que todos los pacientes que soliciten una ayuda de HIPP reciban el documento “Derechos y responsabilidades del paciente” de AKF.
3. Nos aseguraremos de que los pacientes que soliciten una ayuda de HIPP reciban una copia de los lineamientos de HIPP o del manual del paciente de AKF, y de que los pacientes confirmen por escrito haberla recibido.
4. Ofreceremos información fiel e imparcial pensada para que los pacientes tomen decisiones informadas a la hora de elegir su cobertura de seguro médico. Cuando corresponda, dicha información incluirá las implicaciones económicas que tiene la elección de una opción determinada de cobertura (siempre y cuando se disponga de tal información). Por ejemplo (es decir, la siguiente no es una relación completa de elementos imprescindibles), en la información que se brinde podrán figurar:
 - a. Los gastos que deba pagar de su bolsillo (copagos, deducibles, gastos no cubiertos, etc.)
 - b. Los requisitos de reinscripción

- c. Las posibles penalizaciones por inscripción tardía en Medicare, de haberlas; y
 - d. Una recomendación de que el paciente revise con su centro de trasplantes la repercusión (de haberla) que pueda tener en su situación de trasplante la cobertura asistencial elegida.
5. Cada paciente es responsable de brindar datos completos y fieles durante el proceso de solicitud de la subvención. En el marco de la solicitud, exigiremos que cada paciente firme el documento de AKF en el que el paciente certifica haber brindado datos completos y fieles y que el plan seleccionado fue elección suya.
 6. Recordaremos a los pacientes que son los únicos que deben tomar decisiones sobre su ayuda de HIPP, incluida la decisión de solicitar, modificar o suspender la cobertura asistencial, así como reinscribirse en ella.
 7. Tomaremos medidas razonables para superar los obstáculos educativos, lingüísticos y/o culturales a la hora de informar a los pacientes sobre sus opciones de seguro médico.
 8. Revisaremos periódicamente los mensajes publicados en el sistema telemático de gestión de subvenciones (*Grants Management System*, "GMS") y, cuando corresponda, compartiremos sin demora esa información con los pacientes.
 9. Alentaremos a los pacientes a registrarse en GMS para que puedan estar informados sobre la situación de sus solicitudes y subvenciones de AKF.
 10. Estamos conscientes de que, si AKF tiene motivos para sospechar que alguno de nuestros empleados ha infringido este código de conducta, AKF se lo comunicará de inmediato al responsable de cumplimiento normativo de la empresa.
 11. Si la empresa se entera de que la información aportada por un paciente en una solicitud de subvención era materialmente incorrecta cuando se aportó, la empresa comunicará sin demora esta incorrección a AKF y ayudará a remediarla. Si la empresa detecta que alguno de sus empleados realiza actividades que incumplen las exigencias establecidas en este código de conducta, el asunto se trasladará al director de cumplimiento normativo (*Chief Compliance Officer*, "CCO") de la empresa para su investigación y para la implantación de las medidas correctivas pertinentes. Si el CCO determina que, el incumplimiento por parte del empleado de las exigencias establecidas en este código podría requerir medidas impuestas por AKF, el CCO informará también a AKF.
 12. La empresa es consciente de que AKF conserva el derecho a suspender o cancelar el derecho de un empleado de la empresa a presentar solicitudes de subvención de HIPP

si se determina que el empleado infringió este código de conducta.

Este código de conducta se firma en nombre de_____ (nombre de la empresa).
Confirmando que leí y comprendí este código de conducta y que velaré porque Todos
nuestros empleados autorizados a usar GMS sean informados de las condiciones
estipuladas en este acuerdo. Informaré a esos empleados de que en el sitio web de
AKF y en el sistema de gestión de subvenciones de AKF puede obtenerse una copia
del código de conducta.

Firma del representante autorizado de la empresa

Fecha

Nombre del representante autorizado de la empresa

Cargo



¿Alguna pregunta? ¿Necesita asistencia?
Llame al 800.795.3226

KidneyFund.org