

LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO

ÍNDICE

ÍNDICE	2
ACERCA DEL AMERICAN KIDNEY FUND.....	3
SECCIÓN 1: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA HIPPI.....	5
SECCIÓN 2: SISTEMA DE GESTIÓN DE SUBVENCIONES EN LÍNEA DEL AKF (GMS)	13
SECCIÓN 3: PROCESO DE SOLICITUD.....	15
SECCIÓN 4: PAGOS DE LAS SUBVENCIONES	19
INFORMACIÓN DE CONTACTO.....	23
ANEXO 1: DICTAMEN	24
ANEXO 2: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL ENVÍO DE SUBVENCIONES.....	25

ACERCA DEL AMERICAN KIDNEY FUND

American Kidney Fund (AKF) lucha contra la enfermedad renal en todos los frentes como la principal organización renal sin fines de lucro e independiente del país. AKF trabaja en nombre de los 37 millones de estadounidenses que viven con enfermedad renal - y millones más en riesgo, con un alcance sin par de programas que ofrecen apoyo a las personas dondequiera que se encuentren en su lucha contra la enfermedad renal, desde su prevención hasta la vida después de un trasplante. Con programas de concientización, detección temprana, apoyo financiero, manejo de la enfermedad, investigación clínica, innovación y defensa, ninguna organización en temas renales tiene impacto en tantas vidas como el AKF.

Cuando las personas con insuficiencia renal no pueden pagar el costo de la atención médica, AKF está a su disposición para brindar asistencia financiera relacionada con tratamientos que salvan vidas mediante nuestro programa de primas de seguro médico [*Health Insurance Premium Program* (HIPPP)], nuestro programa Safety Net y nuestro programa expedito de ayuda en caso de desastres. En 2020, estos programas ayudaron a 84 000 pacientes de diálisis y trasplantes con bajos ingresos en los 50 estados, el distrito de Columbia y todos los territorios de EE. UU. La asistencia financiera de AKF hace posible alrededor del 6% de todos los trasplantes de riñones en los Estados Unidos cada año.

Con el programa gratuito de detección de salud renal más grande del país - Know Your Kidneys™ - "Conozca sus riñones" AKF fomenta la prevención de enfermedades renales y la detección temprana en individuos y comunidades en riesgo.

Nuestros programas y servicios para ayudar a las personas a manejar y vivir mejor con la enfermedad renal incluyen un sitio web robusto con abundante información actualizada sobre salud, seminarios web mensuales gratuitos y programas de educación profesional para quienes atienden a pacientes con problemas renales. Llegamos a las comunidades con el programa "Kidney Health Coach" "Educador de salud Renal" y abogamos por los temas que son importantes para los pacientes mediante nuestra red nacional de apoyo de AKF, con más de 15 000 Embajadores, entre personas con enfermedades renales y sus seres queridos.

Nuestro trabajo es posible gracias a más de 61 000 personas, corporaciones y fundaciones que apoyan nuestra misión con contribuciones caritativas a AKF. Esas contribuciones se utilizan donde produzcan el mejor beneficio: en programas, no en costos operativos. Nuestra constante trayectoria de gastar 97 centavos de cada dólar donado en programas le ha valido a AKF la mejor calificación de "Cuatro estrellas" de la Charity Navigator durante 18 años consecutivos. Esto coloca al AKF entre las 10 principales organizaciones sin fines de lucro en todo el país con el historial más largo de calificaciones más altas, estamos orgullosos de poseer el sello de platino por la transparencia de Guidestar.

Nuestro consejo directivo independiente es un grupo de voluntarios con una amplia gama de talentos y antecedentes profesionales que se dedican a la misión de AKF. Estos miembros del consejo incluyen filántropos, líderes empresariales, abogados, contadores públicos certificados, profesionales renales y pacientes renales. Puede ver la lista completa de los miembros del consejo en nuestra página Web [KidneyFund.org](https://www.kidneyfund.org).

Un subcomité independiente del consejo vigila nuestro Programa de primas de seguro médico (HIPP). De acuerdo con un dictamen emitido por la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos, nos aseguramos de que ningún miembro del subcomité de vigilancia del HIPP sea empleado, funcionario, accionista o propietario de ningún proveedor de diálisis. El AKF cuenta con un programa integral de cumplimiento supervisado por el Comité de Auditoría y Cumplimiento del consejo directivo.

Para más información sobre AKF, visite nuestra página web en [KidneyFund.org](https://www.kidneyfund.org) o síguenos en los medios sociales:

- Facebook @AmericanKidneyFund
- Twitter @KidneyFund and @AKF_Advocacy
- Instagram @AmericanKidneyFund
- YouTube@KidneyFund
- LinkedIn @AmericanKidneyFund

SECCIÓN 1: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA HIPP

El **Programa de primas de seguro médico (HIPP)** es uno de los programas de AKF de asistencia financiera basada en la necesidad, para pacientes que viven con insuficiencia renal. Creamos HIPP en 1997 después de que el programa recibió una revisión favorable de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS-OIG) en dictamen (AO) 97-1. Para obtener más información sobre el dictamen AO 97-1, consulte la sección "Información adicional" de este documento.

Mediante el HIPP, AKF brinda asistencia financiera a pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (*ESRD*) que tienen cobertura de seguro de salud pero que carecen de los recursos financieros para pagar sus primas. HIPP está disponible para todos los pacientes con ESRD en los Estados Unidos que hayan cumplido con nuestros requisitos de elegibilidad financiera. Cada año, este programa ayuda a decenas de miles de pacientes renales de los 50 estados, el distrito de Columbia y los territorios de los EE. UU. a mantener el acceso a los beneficios de atención médica que preservan la vida y que están cubiertos por sus planes de seguro.

Las subvenciones del HIPP están disponibles para cubrir las primas de la cobertura del seguro de salud en la parte B de Medicare, en los planes complementarios de Medicare (Medigap), los planes Medicare Advantage (parte C), los programas de seguro de Medicaid/estatales (en aquellos estados que requieren que los residentes paguen las primas), los planes de salud patronales de grupo (EGHP), los planes de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y los planes de seguros comerciales que incluyen planes dentro de los mercados de seguros de salud (*Marketplace Exchanges*).

HIPP permite a los pacientes mantener una cobertura de seguro de salud y, por lo tanto, tener acceso a la atención médica integral que cubra su plan de salud. Esto puede incluir tratamiento con diálisis, exámenes para trasplante de riñón, cirugía de trasplante y cuidados posteriores, tratamiento de afecciones comórbidas, atención dental, hospitalización, visitas al médico, medicamentos de venta con receta y todos los demás servicios de salud amparados por el seguro. Tener acceso a esta atención mejora la salud de los pacientes y salva vidas.

Cuando evaluamos la elegibilidad de un paciente para recibir la asistencia del HIPP, el único factor que consideramos es si el paciente demuestra una necesidad financiera y cumple con los criterios de elegibilidad de nuestro programa.

- No consideramos la identidad de los proveedores de atención médica del paciente.
- No basamos nuestra aprobación de la subvención en la elección del paciente de la compañía aseguradora o de su plan de seguro médico.
- No aconsejamos a los pacientes sobre la elección de la clínica de diálisis, el centro de trasplantes, los tratamientos de atención médica o los proveedores de atención médica.
- No ofrecemos ni respaldamos pólizas de seguro de salud.

- No aconsejamos a los pacientes sobre la selección de planes de seguro.
- No dirigimos a los pacientes a planes de seguro.
- No consideramos el estado de salud del paciente.
- No brindamos asistencia para la cobertura familiar completa. Si el paciente cuenta con un plan familiar, debe calcular la parte individual de la prima para determinar el monto de la subvención que debe solicitar a AKF.

Revisamos las solicitudes de subvención por orden de llegada. Nos enorgullece proveer, en promedio, un tiempo de respuesta de 10 a 14 días hábiles para las solicitudes de subvención del HIPP que se completen a cabalidad y correctamente. Dependiendo de los fondos disponibles, las subvenciones se emiten prontamente después de ser aprobadas. Si los fondos no son suficientes, AKF se reserva el derecho de emitir pagos basados en los lineamientos de urgente de HIPP.

Las subvenciones están sujetas a la disponibilidad de fondos en nuestro fondo de financiación del HIPP. HIPP se financia por completamente a través de contribuciones voluntarias. Si bien AKF solicita contribuciones voluntarias de todos los proveedores, no podemos garantizar la disponibilidad de fondos de subvenciones.

Aunque proporcionamos subvenciones para cubrir las primas, sigue siendo responsabilidad del paciente cumplir con todos los términos de su contrato de seguro de salud.

AVISO IMPORTANTE: AKF no puede operar el HIPP en jurisdicciones donde los requisitos locales violarían el dictamen AO 97-1; por ello, los pacientes en esas jurisdicciones no son elegibles para el HIPP. La información actualizada siempre está disponible a través del sistema GMS y el sitio web del AKF.

A fin de determinar la elegibilidad para participar en el programa HIPP, AKF requiere que se cree un perfil de paciente en nuestro **sistema de gestión de subvenciones** en línea [**Grants Management System (GMS)**]. El perfil del paciente requiere información financiera personal detallada, así como dos **formularios de autorización y consentimiento** firmados por el paciente que solicita asistencia. La creación de un perfil del paciente incluye la confirmación del estado del tratamiento del paciente por parte de un profesional renal asociado con la cuenta del paciente en el sistema GMS. El perfil del paciente nos permite confirmar que el solicitante es un paciente con ESRD que cumple con los criterios de elegibilidad del AKF detallados más adelante (Elegibilidad del paciente). Una vez que se completa el perfil del paciente y se envía una solicitud de subvención, la solicitud de subvención del paciente es revisada por un miembro del personal de Servicios al paciente de AKF, que puede solicitar información adicional si es necesario para procesar la solicitud.

En la mayoría de los casos, los pacientes que son elegibles para el HIPP necesitan asistencia continua y para asegurarse de que la cobertura no caduque estos pacientes pueden enviar una solicitud de subvención recurrente a AKF. La elegibilidad del paciente para el HIPP es revisada anualmente o con mayor frecuencia según lo determine AKF.

Asistencia extendida del HIPP para pacientes de trasplante

Cuando un beneficiario de la subvención del HIPP recibe un trasplante, AKF continúa la asistencia de la subvención del HIPP hasta el final del año del plan de cobertura de seguro para la misma póliza o pólizas de seguro en las que el paciente estaba inscrito previo al trasplante, siempre y cuando esa misma póliza de seguro esté disponible para el paciente. El solicitante no podrá solicitar asistencia para un plan o planes de seguro diferentes, a menos que la misma póliza de seguro ya no esté disponible y no sea responsabilidad del paciente. Si un paciente recibe trasplante en el último trimestre del año del plan actual, AKF continuará con la asistencia del HIPP hasta el próximo año del plan también.

Para ser elegible a recibir asistencia después del trasplante, una persona deberá haber recibido asistencia del HIPP por al menos tres meses consecutivos inmediatamente anteriores a la fecha de su trasplante.

AKF asume que el año del plan de cobertura de seguro de un paciente es un año calendario, a menos que se presente documentación que demuestre lo contrario. **Por ejemplo, un beneficiario elegible de la subvención HIPP (cuyo año del plan de salud es un año calendario estándar) que recibe un trasplante en febrero sería elegible para recibir asistencia continua del HIPP hasta fines de diciembre.** Si el trasplante ocurre en el último trimestre de un año del plan/póliza, AKF cubrirá este último trimestre y continuará otorgando la asistencia durante el próximo año del plan de seguro.

Para recibir asistencia extendida del HIPP después del trasplante, es responsabilidad del paciente de trasplante actualizar su fecha de trasplante en su perfil del sistema GMS dentro de los primeros tres meses a la fecha de haber recibido el trasplante. Las comunicaciones telefónicas o por correo electrónico con AKF no actualizarán el perfil de un paciente con su información del trasplante; el paciente, su cuidador o su profesional renal deben ingresar esta información en el perfil de dicho paciente. También solicitamos que todos los pacientes actualicen su perfil con información de contacto precisa para que las subvenciones del HIPP puedan procesarse de manera oportuna y enviarse por correo a la dirección correcta. Los pacientes pueden trabajar con su trabajador social de diálisis y el centro de trasplantes, o pueden actualizar ellos mismos su perfil directamente en el sistema GMS para reflejar este cambio en su estado de tratamiento.

Si un centro de trasplante prefiere no asistir a los pacientes con el sistema GMS, el paciente deberá solicitar un Formulario de verificación del centro de tratamiento (*Treatment Center Verification Form*, TCVF) de AKF. Cuando el paciente envía este formulario, permite que AKF verifique que un paciente ha recibido un trasplante, después de lo cual el paciente podrá enviar sus propias solicitudes a través del sistema GMS. Para solicitar un formulario TCVF por favor envíe un mensaje en GMS o comuníquese con el Departamento de Servicios al Paciente de AKF al 1-800-755-3226 o envíe un correo electrónico a registration@kidneyfund.org.

Los trabajadores sociales del área de trasplantes que presentan solicitudes de subvención para pacientes en el sistema GMS NO necesitan enviar este formulario. El formulario de verificación del centro de tratamiento debe enviarse solo cuando un paciente aplica y envía una solicitud por su cuenta.

Los pacientes pueden tener ya una cuenta creada por su profesional renal. Para que un

paciente reclame un perfil en el sistema GMS, necesitará el "PIN" de su perfil del GMS para registrarse. El trabajador social del paciente podrá proporcionar este número o el paciente mismo podrá solicitarlo al AKF enviando un mensaje de correo electrónico a registration@kidneyfund.org o llamando al 1-800-795-3226.

Si un paciente se hace cargo del manejo de sus solicitudes de subvención y ya existe una solicitud de subvención recurrente, la única acción a seguir será confirmar el próximo pago cuando este sea elegible para ser confirmado. Una nueva solicitud de subvención será necesaria solamente cuando:

- No se han enviado solicitudes de subvenciones anteriores
- Solo se ha emitido un cheque de subvención en los últimos tres meses
- Para pacientes después del trasplante, si la dirección de envío es incorrecta o ha habido un cambio.

Después de un trasplante, el paciente, su profesional renal o su cuidador deberán verificar sus pagos de subvención en el sistema GMS y de ser necesario - deberán presentar nuevas solicitudes de subvención para que el paciente continúe recibiendo asistencia extendida, mientras que al mismo tiempo cancelar cualquier pago innecesario. AKF no ingresa solicitudes en nombre de ningún paciente, pacientes de diálisis o trasplante. La información contenida en el perfil de subvención del paciente de trasplante deberá incluir la confirmación de un profesional renal calificado de que el paciente ha recibido un trasplante.

Mayor libertad del paciente para elegir proveedores de atención médica

Para garantizar que los pacientes reciban una atención de calidad y que tengan una gama completa de opciones de atención médica, un paciente que solicite asistencia deberá recibir servicios de atención médica de una entidad certificada por Medicare.

Si un paciente inscrito en el HIPP decide cambiarse a otro centro de diálisis certificado por Medicare, continuará recibiendo la asistencia del HIPP de parte de la AKF.

Los pacientes son libres de elegir a cualquier proveedor de atención médica, certificado por MEDICARE, según lo permita su póliza de seguro. La decisión de un paciente de cambiar sus proveedores de atención médica no influirá en lo absoluto en la asistencia provista por AKF. Este concepto se destaca específicamente en el dictamen AO 97-1 - que rige al HIPP - y señala que "el paciente continuará recibiendo la cobertura de seguro adquirida por AKF independientemente del proveedor que seleccione, mejorando así la libertad del paciente para elegir proveedores de atención médica".

Elegibilidad para participar en el programa

HIPP está disponible para pacientes en ESRD (último estado de enfermedad renal o en etapa terminal de enfermedad renal) en diálisis que tengan recursos limitados (según sus ingresos mensuales y gastos mensuales razonables) para pagar sus primas de seguro de salud.

Estos pacientes perderían cobertura de no existir la asistencia caritativa de AKF. Los pacientes elegibles pueden solicitar asistencia con sus primas para hasta dos planes de seguro, y pueden seguir siendo elegibles para recibir asistencia de AKF después de un trasplante por el resto del año del plan de cobertura de la póliza de seguro. Si un paciente elegible recibe un trasplante en el último trimestre de su plan anual de seguro, podrá seguir recibiendo asistencia del HIPP para el plan de seguro del año siguiente.

Elegibilidad del paciente

- Los solicitantes deben vivir permanentemente en los EE. UU. o en sus territorios.
- Los solicitantes deben recibir tratamiento de diálisis regular para la ESRD en los EE. UU. o en sus territorios. Los pacientes que reciben atención de diálisis por insuficiencia renal aguda no son elegibles para recibir asistencia. Los pacientes con trasplante que buscan asistencia del AKF deben haber recibido una subvención del HIPP para el período de cobertura al menos tres meses previos a recibir su trasplante.
- Los solicitantes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad de la cobertura de seguro para la cual se solicita asistencia con la prima. AKF no puede asistir en la determinación de elegibilidad para su plan de seguro médico.
- Los solicitantes deben demostrar que no pueden costear la cobertura de salud. Actualmente, los criterios de elegibilidad son que el ingreso mensual del hogar no puede superar los gastos mensuales razonables por más de \$ 600. Si un solicitante no tiene ingresos al momento de la solicitud, se le solicitará que proporcione una explicación. Los activos totales no pueden ser superiores a \$ 7,000. (El vehículo principal, la residencia principal, los artículos/muebles básicos del hogar, las cuentas de jubilación individual (IRA) y otras cuentas de jubilación están excluidas y no se cuentan para este monto). AKF se reserva el derecho de solicitar información y documentación adicionales relacionadas con los ingresos, gastos y toda la información reportada sobre el perfil y la solicitud de subvención. AKF también se reserva el derecho de cambiar los umbrales de elegibilidad financiera del HIPP en cualquier momento.
- Los ahorros de hasta \$ 1500 reservados formalmente para gastos de sepelio en una cuenta bancaria, otros instrumentos financieros o gastos pre pagados para sepelio estarán exentos como un activo.
- La elegibilidad continua para la asistencia del HIPP se revisa anualmente o con mayor frecuencia, según lo determine AKF. Para continuar recibiendo asistencia del HIPP, el paciente debe cumplir con los criterios de calificación del HIPP vigentes al momento de la revisión.
- No se otorgarán subvenciones del HIPP en relación con las primas de un paciente que haya fallecido, incluso si la factura o la solicitud de subvención de la prima tengan fecha anterior a la muerte del paciente.
- Para propósitos de integridad del programa, AKF realiza encuestas periódicas de ingresos y gastos de los solicitantes de subvenciones y puede solicitar documentación adicional para corroborar la elegibilidad. Para continuar recibiendo asistencia del AKF, los pacientes deberán responder la encuesta y proporcionar la información solicitada. El paciente podría dejar de ser elegible para futuras subvenciones de no cumplir con lo

Elegibilidad para el seguro

Los pacientes deberán leer detenidamente todas las formas de cobertura de seguro de salud (parte B de Medicare, Medicare Advantage (parte C), planes de seguro de Medicaid/estatales, Medigap, los planes de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), los planes de salud patronales de grupo (EGHP), seguros comerciales que incluyen planes dentro de los mercados de seguros de salud (*Marketplace*) y anualidades), así como asistencia disponible para el pago de las primas del seguro de salud (Medicaid, asistencia estatal y local, organizaciones de caridad) y seleccionar la combinación que mejor satisfaga las necesidades relacionadas con su afección médica y sus necesidades financieras específicas.

AKF no ayuda con seguros temporales y a corto plazo ("*gap insurance*") o con los planes de salud autofinanciados donde el empleador asume los fondos y el riesgo del pago de reclamos de seguro.

- No se pueden solicitar subvenciones HIPP para cubrir los gastos de Medicaid o el costo compartido. Si una prima es requerida para una póliza de Medicaid de un paciente, HIPP podrá asistir con la prima.
- AKF no cubre Costos compartidos u obligaciones por co- seguros
- Las subvenciones del HIPP no pueden utilizarse para cubrir planes independientes de medicamentos de venta con receta, incluidos los planes de la parte D de Medicare. La asistencia de cobertura de medicamentos de venta con receta puede estar disponible cuando se incluye como parte de la póliza de seguro médico principal del paciente.

Responsabilidad del paciente

- El paciente es responsable de solicitar asistencia del HIPP. Solo el paciente, el cuidador designado o el representante legal pueden solicitar una subvención y firmar un formulario de certificación. Sin embargo, los profesionales renales autorizados pueden ingresar información en el sistema GMS de AKF en nombre de sus pacientes. La información contenida en el perfil de subvención del paciente debe incluir la confirmación de un profesional renal calificado de que el paciente está en etapa final de enfermedad renal ESRD y recibe tratamiento de diálisis. Después de un trasplante, el paciente o su representante son responsables de actualizar la información de su perfil dentro de sistema GMS.
- Recibir asistencia financiera del HIPP no altera el hecho de que la cobertura de seguro de salud es una relación contractual únicamente entre el paciente y su plan de seguro de salud, no entre AKF y el plan de seguro de salud. AKF provee una subvención caritativa al paciente para que ellos puedan costear su cobertura. El paciente asume todas las responsabilidades correspondientes a los miembros del plan. El paciente es responsable de elegir el seguro de salud que mejor satisfaga sus necesidades médicas y financieras.
- El propietario de la póliza de seguro de salud es el único responsable de pagar las primas

del seguro de salud de manera oportuna. Si bien AKF busca emitir subvenciones o reembolsar las primas de los pacientes en o antes de las fechas de vencimiento de la póliza, AKF no es responsable si la cobertura del seguro médico se rescinde por algún motivo.

- AKF no emitirá subvenciones para primas de más de seis meses de antigüedad a partir de la fecha de la solicitud de subvención.
- AKF procura enviar todas las subvenciones directamente a los planes de seguro de los pacientes siempre que sea posible. En algunas situaciones, AKF deberá enviar subvenciones directamente a los pacientes. En esos casos, las subvenciones se enviarán al paciente en forma de cheque, tarjeta de débito, o se le hará un depósito directo (ACH). Si la subvención se envía al paciente, el paciente es responsable de verificar que su dirección sea correcta y esté completa. Es responsabilidad del paciente utilizar los fondos de la subvención del HIPP para pagar la factura de la prima del seguro médico de manera oportuna. El uso de los fondos para otro propósito que no sea el previsto resultará en la inelegibilidad para la asistencia continua del HIPP.
- Todos los **formularios de autorización y consentimiento** deberán estar firmados por el paciente que solicita asistencia del HIPP. (Padres/Guardianes legales pueden firmar por pacientes menores de 18 años de edad). Si el paciente no puede firmar el formulario, podrá firmarlo un representante legalmente autorizado del paciente (por ejemplo, una persona que tenga un poder notarial). En tal caso, siempre se deberá incluir una copia de la autorización (por ejemplo, una designación de poder notarial válida) con el formulario. Después de que un paciente configura un perfil en el sistema GMS (o vuelve a certificar su perfil del GMS), los formularios de autorización y consentimiento firmados no podrán tener más de 90 días a la fecha de presentación de la primera solicitud de subvención.
- Los pacientes con planes del mercado de seguros/ACA que incluyan un subsidio fiscal son responsables de informar a su aseguradora de cualquier cambio que pueda afectar estos subsidios y/o el monto total de la prima adeudada. AKF no es responsable de ninguna sanción que pueda imponer el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la aseguradora del paciente o cualquier otra entidad.
- Cualquier reembolso de la prima por sobrepago o descuento en relación con cualquier plan de seguro médico pagado por AKF mediante una subvención del HIPP es propiedad de AKF y deberá devolverse de inmediato a AKF. Estos reembolsos se vuelven a depositar en el fondo de financiación del HIPP para apoyar otros pacientes en el programa. Si fallece un paciente inscrito en el HIPP, se debe notificar a la aseguradora del paciente y el representante del paciente deberá solicitar una devolución a AKF de cualquier parte no utilizada del pago de la prima. Algunos planes reembolsan los cheques directamente al patrimonio del paciente. En este caso, los familiares o representantes del patrimonio de un paciente deberán devolver esos reembolsos a AKF a fin de que puedan usarse para ayudar a otros pacientes que lo necesiten.
- Si algunos gastos/impuestos están asociados a la prima del paciente (recargos por sobrepeso, cuotas administrativas, etc.), estas tarifas serán cubiertas por el HIPP.
- No se puede solicitar el pago de cuotas sindicales, a menos que formen parte de una prima de seguro "combinada" que no se pueda detallar.
- Las primas del seguro dental y de la vista son elegibles para la asistencia del HIPP solamente si están incluidas en un plan combinado no detallado con el seguro de salud

del paciente bajo una prima.

- No se reembolsarán las primas que haya sido pagado por el paciente u otra fuente (incluidos familiares/amigos) antes de solicitar asistencia del HIPP.

Cambios en el estado del paciente

Deberá notificarse a AKF lo antes posible de cualquier cambio en el estado del paciente (como cambios de dirección, elegibilidad financiera, terminación o cancelación del seguro, trasplante o fallecimiento). Todas las actualizaciones de estado deberán realizarse a través del sistema GMS actualizando el perfil del paciente.

SECCIÓN 2: SISTEMA DE GESTIÓN EN LÍNEA DE SUBVENCIONES DEL AKF (GMS)

¿Qué es el GMS?

GMS es un portal en línea sencillo de usar para solicitar y administrar las subvenciones de AKF para los pacientes.

¿Quién se puede registrar para utilizar el GMS?

El GMS lo pueden utilizar pacientes, cuidadores designados y profesionales renales.

Para los pacientes:

Registrarse para usar el GMS le facilitará solicitar asistencia de subvención del HIPP y hacer un seguimiento del estado de sus solicitudes de subvención. Puede usar su dirección de correo electrónica personal para registrarse. Si su trabajador social ya ha creado un perfil para usted en GMS, necesitará su PIN de su perfil para registrarse. Su trabajador social puede proveerle este número o puede enviar un mensaje de correo electrónico a AKF a registration@kidneyfund.org para solicitarlo. AKF también le dará dicho PIN directamente por teléfono a usted al marcar al 1-800-795-3226. AKF anima a los pacientes a registrarse en GMS para estar informado del estado de sus solicitudes y para poder recibir información importante acerca de los programas de asistencia financiera de AKF

Para los cuidadores:

Los cuidadores (incluidos los representantes legales autorizados) pueden registrarse en el GMS con sus direcciones electrónicas personales. Los cuidadores pueden ingresar solicitudes en nombre de un paciente, así como verificar el estado de las solicitudes de subvención de ese paciente. Se requiere el consentimiento por escrito del paciente para que los cuidadores accedan a su registro.

Para profesionales renales:

Para usar el GMS, los profesionales renales deberán contar con una cuenta de correo electrónico corporativa individual válida. Las cuentas de correo electrónico corporativas son cuentas de correo electrónico que están restringidas solo a usuarios (p. ej., empleados) autorizados por su empresa, y generalmente terminan en alguna forma del nombre de su empresa. Adicionalmente, no podrán utilizar una cuenta de correo electrónico corporativo general compartida; la cuenta de correo electrónico deberá haberse asignado específicamente a usted. Las cuentas de correo electrónico personales asociadas al acceso a Internet disponible públicamente (como, entre otros, Gmail, Yahoo, Zoho, AOL, etc.) **no** pueden ser utilizadas por profesionales renales en el GMS. Estas reglas están diseñadas para ayudar a proteger la confidencialidad y la seguridad de la información del paciente.

A través del sistema GMS los profesionales renales pueden:

- Iniciar sesión para enviar un consentimiento a una solicitud de subvención
- Ayudar a los pacientes con sus perfiles en el GMS.
- Obtener estados de perfiles de pacientes y de solicitudes de subvenciones e historiales de subvenciones de pacientes.
- Cargar el perfil requerido de pacientes o documentos de respaldo de la solicitud.
- Recibir mensajes electrónicos automáticos cuando una solicitud de subvención esté incompleta o requiera atención.
- Recibir comunicados importantes en referencia a programas de asistencia financiera de AKF

SECCIÓN 3: PROCESO DE SOLICITUD

Hay dos pasos principales para solicitar asistencia mediante el HIPP: completar un **perfil de paciente** para determinar la elegibilidad y enviar **solicitudes de subvención** a AKF. AKF **solamente** aceptará solicitudes de subvención enviadas **en línea** a través del GMS.

1. Envío del perfil del paciente

Se deberá completar un perfil de paciente en el sistema GMS de AKF para poder enviar solicitudes de subvención para asistencia del HIPP. Los pacientes pueden comenzar el proceso por su cuenta mediante registro en el GMS y con la creación de un perfil de paciente. Un paciente también podrá solicitar ayuda a su trabajador social de diálisis u otro profesional renal para enviar una solicitud en línea, o designar a un cuidador (miembro inmediato de la familia o representante legal) para que haga la solicitud en su nombre. Luego, los pacientes pueden ingresar sus propias solicitudes de subvención, hacer el seguimiento del estado de sus solicitudes de subvención en línea y acceder a su historial de subvenciones por medio del GMS.

La información ingresada dentro del perfil del paciente determina los programas a los cuales puede solicitar apoyo un paciente. AKF no garantiza que se aprobará una solicitud debidamente llenada o, si se aprueba, que se otorgue la asistencia de prima de seguro del HIPP. Por el contrario, la decisión de proporcionar asistencia en respuesta a cualquier solicitud dada siempre está sujeta a la entera y absoluta discreción de AKF y la disponibilidad de fondos del HIPP. La concesión de una subvención del HIPP no establece un contrato entre AKF y el paciente. Consulte el Anexo 2.

Todos los nuevos aplicantes que presenten una solicitud al HIPP por primera vez deberán ser provistos de una copia de los **Lineamientos del HIPP** de AKF o el **Manual del paciente de HIPP**. Cuando el paciente firma sus **formularios de autorización y consentimiento**, el paciente confirma que ha leído y comprende estos documentos. Todos los documentos mencionados anteriormente se pueden encontrar en la sección "Información" del GMS y en la página web de AKF. Esta afirmación tiene por objeto garantizar que todos los beneficiarios potenciales de la subvención del HIPP comprendan los beneficios, las responsabilidades y las limitaciones de la participación en el HIPP. Lo que es más importante, deberá informarse a los pacientes de que la asistencia del HIPP se limita a aquellos en ESRD (y pacientes de trasplantes recientes que recibieron asistencia del HIPP durante los tres meses inmediatamente anteriores a su trasplante), así como que existen límites potenciales en el fondo de financiación disponible del HIPP. Están disponibles copias de cada documento en la página web del GMS (gms.kidneyfund.org) y del AKF (KidneyFund.org).

2. Envío de una solicitud de subvención

Los pacientes o sus representantes aprobados podrán enviar solicitudes de asistencia en el pago de prima de seguros. Los pacientes que han completado un perfil en el GMS y son elegibles para ingresar solicitudes de subvención del HIPP seguirán siendo elegibles para

hacerlo durante un año completo de cobertura; esto estará sujeto a los fondos disponibles en la reserva del HIPD y los demás criterios establecidos anteriormente. AKF requiere a todos los miembros que anualmente actualicen su perfil del paciente para garantizar la precisión del sistema y la elegibilidad del solicitante.

Las solicitudes de subvención podrán enviarse como solicitudes recurrentes. Una solicitud recurrente creará pagos de subvención por el mismo monto en dólares y la misma prima de seguro, sin la necesidad de volver a ingresar toda la información de subvención en el GMS. Estas solicitudes recurrentes no obstante deberán confirmarse cada vez antes de que AKF emita un pago de subvención y pueden ser confirmadas por pacientes, cuidadores o profesionales renales dentro del perfil de un paciente en el GMS. La confirmación de la solicitud le permite al AKF saber que el pago aún es necesario. Si cambia la prima del paciente o el método de pago deseado, el paciente, el profesional renal o el cuidador podrán cancelar los pagos futuros asociados con una solicitud recurrente, y una solicitud de actualización de pagos deberá ser enviada en GMS.

Para pacientes elegibles a HIPD después del trasplante, una solicitud de pago único "One-time" deberá enviarse en casos donde el paciente tiene un monto adeudado de la póliza de seguro o si el paciente necesita un reemplazo de un pago cancelado/expirado recientemente.

Documentos requeridos para la solicitud de subvención

Las solicitudes de subvención deberán ir acompañadas de una factura de seguro o un cupón de pago cuando se presenten inicialmente o si la solicitud se modifica posteriormente. Siga los siguientes lineamientos para el envío de facturas:

- En la mayoría de los casos, los recibos o facturas enviados no podrán tener más de 90 días a la fecha de envío de la solicitud de pago de la subvención. A continuación se indican las diferencias en los requisitos de documentación estándar para el seguro de salud proporcionado por empleadores.
- Todos los recibos/facturas deberán hacer referencia al nombre del asegurado, número de póliza, dirección de envío y período de cobertura del asegurado. Esta información deberá coincidir con la solicitud de pago en línea.
- Siempre que sea posible, AKF prefiere que las facturas presentadas incluyan en la solicitud de subvención el período de cobertura exacto y la cantidad solicitada. Sin embargo, cuando el paciente no puede obtener estas facturas debido a limitaciones de tiempo, podrá usar otra factura emitida dentro de los últimos 90 días y escribir manualmente las fechas de cobertura o los montos de las primas que correspondan a la solicitud de subvención. En estos casos, los pacientes **no deberán** usar corrector sobre la información original en la factura. Los pacientes simplemente deberán trazar una línea a través de la información de la factura original y agregar la nueva información.
- No se aceptarán facturas de seguros que muestren un saldo acreedor o negativo. En estos casos, los pacientes deberán obtener una nueva factura de su compañía de seguros que muestre el saldo adeudado. En los casos en que se deduzca una prima de un cheque de pago o cheque del seguro social, consulte la sección 4: pagos de las subvenciones, **Revisión y procesamiento de la solicitud de subvención**.
- Al solicitar la restitución de una póliza, podrá presentarse una carta firmada por un agente o corredor autorizado de la aseguradora como último recurso en lugar de una

factura. La carta deberá estar en papel con membrete de la aseguradora. En todos los casos, la carta deberá hacer referencia al nombre del asegurado, el monto de la póliza y el período de cobertura. Se deberá proporcionar una factura original actual para el próximo período de solicitud de pago. **No se aceptarán cartas de agentes/corredores de seguros para los pagos recurrentes.**

- Se deberá presentar una copia de la solicitud de seguro nuevo firmada y fechada por el paciente al solicitar asistencia con una nueva póliza para la cual aún no se haya emitido una factura por la prima. La solicitud deberá presentarse como una solicitud de pago de subvención por única vez. Se deberá incluir toda la información sobre la tarifa de la prima.
- Para pacientes después del trasplante, AKF utiliza el año del plan de seguro del paciente - el período de 12 meses de cobertura de beneficios bajo su plan de seguro de salud - para determinar el largo de la extensión que el paciente es elegible después del trasplante. Con la mayoría de los planes de seguro (específicamente los planes Medicare, Medicaid, Medicare Advantage, Exchange y Off-Exchange), el año del plan de seguro comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre. Algunos tipos de planes (COBRA, EGHP, comercial, por anualidades y planes Medigap) podrían no tener un año de plan estándar del 01/01 al 12/31. Los pacientes deberán ponerse en contacto con su aseguradora directamente para verificar el año de su plan de seguro. En los casos en que la fecha de inicio del año del plan de seguro no sea 01/01, los pacientes deberán proporcionar documentación escrita de su aseguradora. Como fue establecido anteriormente si el paciente recibe el trasplante el último trimestre del año de su plan, AKF pagará por el último trimestre y el año siguiente.
- En referencia a pacientes en diálisis, antes de ingresar una solicitud de subvención, le pedimos que verifique los años del plan de seguro de sus pacientes en sus perfiles de paciente del GMS para asegurarse de que las fechas indicadas sean las correctas. Los años de cobertura ingresados con precisión ayudan a asegurar que AKF pueda asistir a los pacientes que reciban un trasplante por el remanente del año del plan. Un año de cobertura ingresado incorrectamente podría provocar un error en los montos de la asistencia que el paciente recibe después del trasplante. AKF se reserva el derecho de solicitar documentación escrita adicional cuando sea necesario.

Requisitos de documentación para planes de seguro de salud patronales

Pagos del plan de salud patronal de grupo (EGHP)

En el caso de los planes de salud patronales de grupo (EGHP), se deben seguir los siguientes procedimientos. El paciente deberá presentar una carta del departamento de Recursos Humanos de su empleador en papel con membrete de la compañía que indique claramente la parte médica individual de la prima de seguro del paciente (Y de miembros familiares) que se deduce del cheque de pago del paciente, junto con una colilla de pago reciente (fechada dentro de 30 días a la solicitud de subvención presentada). Si el paciente no puede obtener una carta del empleador, puede enviar una hoja de tarifas para confirmar el monto de su prima junto con una colilla de pago reciente.

AMERICAN KIDNEY FUND

Se debe proporcionar un desglose escrito o mecanografiado del monto total solicitado en la hoja de tarifas o en la colilla de pago. En el caso de una póliza familiar, AKF solo otorgará subvenciones por la tarifa individual del paciente. La solicitud debe ir acompañada de una hoja de tarifas o una carta del empleador, si corresponde, para verificar la póliza agrupada y las tarifas incluidas.

- En caso de que una tarifa individual no esté disponible, AKF pagará la parte de la prima del paciente únicamente (ejemplo: 50% para una familia de dos).
- Si la tarifa de la prima es la misma para la cobertura individual y la familiar, AKF pagará el monto total de la prima.
- Si el paciente es el cónyuge del empleado, AKF solo pagará el monto de la prima del cónyuge.

Cuando un paciente tiene permiso de ausencia (*Leave of absence* [LOA]) o está cubierto por la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA), se requiere una carta del empleador del asegurado - con membrete oficial de la compañía - que explique la fecha en que el paciente comienza su permiso LOA o FMLA. Alternativamente, un paciente puede enviar el o los formularios de recursos humanos aprobados con la firma del paciente en el documento. Esto debe ingresarse como una solicitud de subvención única en el sistema GMS, debido a la incertidumbre sobre la duración de la licencia por la FMLA o el permiso LOA del paciente.

En el caso de que el empleador no le facture directamente al paciente, el paciente podrá usar la carta de su empleador como su documentación e ingresar la solicitud de subvención con los pagos enviados directamente al empleador.

Pagos en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)

Cuando un paciente tiene un seguro por medio de su empleador, y deja de trabajar para este, algunas veces será elegible para una póliza COBRA. Si el administrador de COBRA de un paciente no emite facturas/cupones, AKF podrá aceptar un formulario de elección completo (firmado y fechado) o una carta del administrador de COBRA, siempre que la carta sea del año en curso e indique el monto de la prima mensual o trimestral.

SECCIÓN 4: PAGOS DE LAS SUBVENCIONES

Revisión y procesamiento de la solicitud de subvención

- La mayoría de las solicitudes de pago de subvenciones - si se envían correctamente - se procesan dentro de un plazo de 10 a 14 días hábiles, sujeto a la disponibilidad de fondos, y las subvenciones se emiten poco después. Los pacientes pueden rastrear el estatus mediante el GMS.
- Solicitudes urgentes se consideraran en el orden de recibidas, cuando la póliza del paciente tiene fecha de cancelación que ocurrirá dentro de los 10 días calendario a la fecha se solicitud en GMS. GMS determinara si la solicitud cumple con los criterio de urgencia.
- AKF se reserva el derecho de verificar toda la información del perfil del paciente y de la solicitud de subvención y de solicitar documentación adicional por escrito, tanto en el momento de la solicitud de subvención como en una fecha posterior.
- Si el monto de la prima y la información del beneficiario ingresada en la solicitud recurrente inicial del paciente siguen siendo los mismos, el paciente inscrito en el HIPP no necesitará proporcionar otra factura de prima ni solicitud de subvención actualizada a AKF hasta el comienzo del próximo año del plan de seguro. En la mayoría de los casos, un año del plan de seguro es un año calendario, pero deberá verificar su póliza para estar seguro. Las solicitudes de planes del Marketplace Exchange (ACA) deberán actualizarse durante el periodo de inscripciones abiertas al final de cada año calendario, debido a cambios frecuentes en las primas y en los números de póliza.

AKF emitirá automáticamente los pagos recurrentes de la subvención hasta el final del año de inscripción al HIPP (siempre sujeto a la disponibilidad continua de fondos y otras restricciones mencionadas anteriormente). **Nota:** Los pacientes, cuidadores o representantes profesionales renales deberán confirmar la necesidad de todos los pagos posteriores a través del GMS antes de que AKF emita una subvención. Esto ayuda a evitar que se realicen pagos de subvenciones innecesarios o incorrectos. Los pacientes, cuidadores o representantes profesionales renales también deberán cancelar los pagos recurrentes innecesarios, según sea necesario. Pagos no confirmados expiran al final del periodo de cobertura del pago, que por lo general es 31 días después de la fecha de vencimiento del pago.

- Para solicitar asistencia continua del HIPP después de un trasplante de riñón, el paciente deberá notificar al AKF, mediante la actualización de las páginas de Información de salud (información del trasplante) y Clínica/Contacto (trasplante) del perfil del paciente, dentro de los tres meses posteriores a la fecha del trasplante.
- Se requerirá una nueva solicitud de actualización de pago en línea (junto con una factura de prima actual) si el paciente tiene **algún** cambio en la cobertura del seguro o el monto de la prima. Esto actualizará la información del pago automatizado. Notifique a AKF inmediatamente si el paciente fallece actualizando su estado en el registro de perfil en el sistema GMS a "fallecido".

- Si un paciente tiene un plan de seguro nuevo o existente que requiere que la prima se pague por retiro bancario o se deduce de un cheque, el paciente solo podrá solicitar el reembolso de la prima de AKF del mes calendario actual y los meses siguientes; las solicitudes de meses anteriores serán denegadas. Del mismo modo, también se podrán denegar las solicitudes de meses "omitidos" debido a la presentación inadecuada de una solicitud de pago a AKF o por ingresar una nueva subvención dentro del sistema GMS. AKF emite subvenciones en forma de cheques, tarjetas de débito y mediante depósito directo (ACH). Las operaciones mediante ACH se procesan en un lapso de 3 a 5 días hábiles. Los depósitos directos requieren que el perfil del paciente tenga registrado una dirección de correo electrónico. Los cheques de subvención son válidos por un período de 90 días y las subvenciones con tarjeta de débito son válidas por un período de 120 días. Si no se utiliza un cheque de subvención o una tarjeta de débito, el pago se anulará y el dinero se devolverá a la reserva del HIPP

Comprobación del estado de una solicitud

Los pacientes, los cuidadores y los profesionales renales pueden registrarse para usar GMS de AKF para verificar el estado "en tiempo real" de la elegibilidad para participar en el programa y el estado de las solicitudes de subvención. Además, los pacientes pueden verificar el estado de su solicitud de subvención accediendo a su cuenta en el GMS o comunicándose con servicios al paciente [*Patient Services*] al 1-800-795-3226.

Mientras que AKF busca emitir subvenciones a pacientes o a la aseguradora del paciente en la fecha de vencimiento del pago o antes del vencimiento del pago o fecha de cancelación, debido a fluctuaciones en la disponibilidad de los fondos del HIPP, AKF no garantiza la emisión de subvenciones dentro de los periodos de tiempo seguidos a la aprobación o la confirmación de los pagos recurrentes. Para evitar la posible duplicación de pagos, los pacientes no deberían enviar una solicitud de pago sin antes verificar GMS o hablar con su trabajador social (u otro profesional renal) en su clínica de diálisis.

Los pagos de primas se emitirán basados en el ciclo de facturación (mensual, bimensual, trimestral, semestral o anual) del plan del paciente. El ciclo de facturación de la aseguradora determina la frecuencia de los pagos podrán ser solicitados en GMS. AKF prefiere emitir pagos trimestralmente, idealmente basados en trimestres calendario regular (es decir, enero-marzo; abril- junio, etc.). Sin embargo, no intente que una solicitud de pago se ajuste a un trimestre del calendario si no se factura normalmente de esta manera. Como recordatorio, una vez que se emite el pago inicial de la subvención de una solicitud recurrente, los pacientes podrán confirmar ellos mismos los pagos de la subvención en GMS o solicitar el apoyo a su cuidador registrado o profesional renal para hacerlo.

Tipos de pago de subvención

AKF emite cuatro tipos de pagos de subvención:

- Cheques pagaderos a Medicare, una compañía de seguros, un administrador de COBRA o empleador.

- Cheques pagaderos al paciente que se envían a su domicilio o a su centro de tratamiento.
- Pago ACH (depósito directo) enviado a la cuenta bancaria del paciente. (La dirección electrónica personal del paciente deberá incluirse en su perfil del GMS para recibir el depósito directo).
- Tarjetas de débito enviadas a la dirección residencial del paciente o dirigidas a su centro de tratamiento.

Reembolsos

Si un paciente recibe un reembolso de la prima, por sobrepago o descuento en la prima, de su compañía de seguros de salud, el paciente será responsable de devolver prontamente los fondos a AKF. Estos fondos se devuelven a la reserva de financiación del HIPP para futuros solicitantes de subvenciones. La no devolución de los fondos a AKF puede resultar en la inelegibilidad para futuras subvenciones del HIPP.

Revisión del estado de un cheque de subvención de AKF

- GMS proporciona información sobre las subvenciones de los pacientes, como el número de cheque, la dirección postal, el estado de un cheque enviado a la compañía de seguros, si se ha cobrado, y la fecha en que se actualizó el estado del cheque por última vez.
- Es responsabilidad del paciente mantenerse al tanto del estado de pago de su cheque de subvención del HIPP. Los pacientes no deberán intentar depositar un cheque después de que el cheque haya sido anulado.
- Cuando un paciente, cuidador o profesional renal solicite la anulación de un cheque, AKF requiere que se incluya una razón por escrito. Si han transcurrido 45 días sin recibir el pago de la subvención, el paciente, el cuidador o el profesional renal podrán solicitar que se anule el pago, con un motivo por escrito incluido y luego pueden enviar una solicitud de actualización de pago en GMS.
- En caso de que no se haya cobrado un cheque de subvención, comuníquese con AKF mediante un mensaje en GMS para obtener más ayuda. No ingrese una solicitud de pago nueva o duplicada para solicitar un reemplazo, a menos que se lo indique un representante de AKF.
- AKF no reemplaza automáticamente los cheques de subvención no cobrados. En su lugar, debe solicitar una nueva subvención. AKF anula automáticamente los cheques no cobrados **90 días después de la fecha de emisión**. Una solicitud de reemplazo por el cheque anulado/expirado debe ser enviada dentro de los primeros 30 días de la fecha de anulación/expiración.
- En el caso de que no se confirme un pago dentro del plazo asignado (30 días de la fecha de inicio del período de cobertura), se podrá enviar una solicitud de actualización de pago con documentación actualizada para generar un nuevo pago. Las fechas de cobertura de tal solicitud no pueden exceder los 6 meses anteriores a la fecha de solicitud y deberán ir acompañadas de documentación que demuestre que la póliza aún

está activa. La solicitud de reemplazo debe ser enviada dentro de los primeros 30 días de la fecha en que el pago no fue confirmado (60 días de la fecha de inicio de cobertura del pago)

- En el caso de un aumento de la tarifa, AKF no anulará ningún cheque que se haya emitido a la tarifa más baja, a menos que se presente documentación de la compañía de seguros que indique que no aceptará pagos parciales. En cambio, se deberá presentar una solicitud de subvención única por el saldo adeudado para ese período de cobertura.

Cómo solicitar la copia de un cheque

Si se descubre que la cuenta del plan de seguro de salud no ha sido acreditada adecuadamente y el cheque de la subvención ha sido cobrado, AKF podrá proporcionar una copia del cheque cobrado. Por favor permita al menos 10 días hábiles a partir de la fecha de emisión del cheque antes de solicitar una copia. Se requiere una solicitud por escrito de la compañía de seguros o del paciente. Una vez que hayan transcurrido 10 días hábiles, podrá solicitar copias de cheques de subvención si envía un mensaje al AKF dentro del sistema GMS.

Pagos con tarjeta de débito

En algunos casos, AKF emite subvenciones del HIPP en forma de tarjetas de débito. Las tarjetas de débito se proporcionan a los pacientes para pagar sus primas de seguro y no se pueden usar para ningún otro propósito. Las tarjetas están programadas para ser aceptadas únicamente para pagos de primas de seguro.

Con cada pago de subvención, los pacientes recibirán una tarjeta de débito de plástico, una carta de explicación y una infografía detallada en inglés y español. Para usar su tarjeta de débito, los pacientes primero deberán activar la tarjeta mediante las instrucciones incluidas. Las preguntas sobre una subvención relacionada con la tarjeta de débito (incluidas las tarjetas perdidas o no recibidas) deberán dirigirse al AKF mediante el sistema de mensajería del GMS o llamando al 1-800-795-3226.

Cómo solicitar una tarjeta de débito de reemplazo

- AKF no emite automáticamente reemplazos de tarjetas de débito no utilizadas. Las tarjetas de débito se anulan automáticamente 120 días después de haber sido emitidas.
- Si un paciente no recibe una tarjeta de débito emitida por AKF, o si el paciente pierde la tarjeta, el paciente, su cuidador o su profesional renal podrán comunicarse con AKF por mensaje en el GMS para anular la tarjeta. Luego, se podrá ingresar una nueva solicitud de actualización de pago en el GMS para que se pueda expedir una nueva tarjeta de débito y enviarla por correo a la casa o centro del paciente. La solicitud debe ser enviada dentro de los primeros 30 días de la fecha de anulación de la tarjeta.
- AKF no tiene acceso a la información de la tarjeta de débito (número de tarjeta, etc.) y no puede proporcionarla al paciente si este la pierde o se la roban.
- La emisión de la tarjeta de débito deberá solicitarse solo a través del AKF. No está

permitido que el paciente o su profesional renal soliciten una nueva tarjeta directamente a nuestro proveedor de tarjetas de débito.

Solicitud de pago por ACH

En algunos casos, los pacientes podrán solicitar el pago de la subvención por ACH (depósito directo) dentro del GMS.

Recomendamos que los pacientes usen ACH cuando el pago de una subvención deba ir al paciente. El ACH garantizará que los fondos de la subvención se reciban más pronto y eliminará la posibilidad de que el cheque de la subvención del paciente se pierda o se retrase por correo.

Se deberá hacer una solicitud de pago con depósito directo ACH en el momento en que se envía la solicitud de subvención de un paciente. Para hacer esto, el paciente deberá contar con su número de ruta bancaria y números de cuenta cuando se realice la solicitud de subvención. Su perfil del GMS también deberá contener su dirección electrónica personal.

Verifique doblemente los números de ruta y de cuenta al ingresar una solicitud de ACH. Si la información bancaria no se ingresa correctamente, la transacción no se procesará, habrá un retraso en la recepción del pago y se deberá enviar una nueva solicitud de subvención con la información correcta. Esto puede resultar en la cancelación de la cobertura por falta de pago de prima a tiempo.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene preguntas específicas relacionadas con HIPP o necesita ayuda con el sistema GMS, comuníquese con el departamento de Servicios al paciente de AKF mediante una de las siguientes maneras:

1. Por teléfono: durante horas hábiles, puede llamar al 1.800.795.3226.
2. GMS Assist: Visite GMSassist.com para programar una llamada de uno de nuestros representantes.
3. En línea: visite KidneyFund.org para obtener más información sobre los programas de asistencia financiera a pacientes.
4. Mediante el GMS: envíenos un mensaje a través de su cuenta de usuario de GMS en gms.kidneyfund.org. Asegúrese de consultar también las secciones **información** y **preguntas frecuentes** en su cuenta para obtener información actualizada.
5. ¿Problemas de registro en el GMS? Envíenos un correo electrónico a registration@kidneyfund.org

Si es nuevo en el HIPP y no está seguro de por dónde comenzar, comuníquese con nosotros a registration@kidneyfund.org o llámenos al 1-800-795-3226 o haga una cita en GMSassist.com

Para obtener más información o saber más acerca del GMS, visite la página web del AKF en KidneyFund.org.

ANEXO 1: DICTAMEN

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 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.

ANEXO 2: DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL ENVÍO DE SUBVENCIONES

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 en función de factores externos, como la promulgación de leyes estatales o locales que entren en conflicto con el dictamen AO 97-1, y hacer que dichos cambios entren en vigencia a partir de la fecha elegida únicamente por AKF. 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 solicitudes al HIPP se consideran irrevocablemente presentadas con la total aceptación del paciente de lo anteriormente presentado.



¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda?

Llame al 800.795.3226

**11921 Rockville Pike
Suite 300
Rockville, MD 20852**

KidneyFund.org