



CARSON VALLEY MEDICAL CENTER	Sección/Número	Revisado/Fecha de revisión:
Departamento: CVMC Ingresos	ADT 550.01	10/03/2013, 11/11/2015, 06/21/2016, 04/18/2017, 09/8/2017, 08/28/2018
Minden Family Medicine & Complete Care		02/07/2019, 03/07/2020, 7/14/2020
Topaz Ranch Medical Clinic	Fecha nueva:	
Título: Política de asistencia financiera	9/8/17	Página 1 de 14

POLÍTICA:

Se provee asistencia financiera solo cuando la atención se considera necesaria por razones médicas y después de que se ha determinado que los pacientes cumplen todos los criterios financieros correspondientes. Carson Valley Medical Center ofrece atención médica gratuita y con descuento, según la cantidad de integrantes de la familia y sus ingresos.

Es posible que los pacientes que deseen obtener asistencia deban solicitar primero otros programas externos, según corresponda, antes de que se determine la elegibilidad en virtud de esta política. Asimismo, cuando se considere que un paciente sin seguro tiene la capacidad financiera para adquirir un seguro médico, se le podrá pedir que lo adquiera para que se pueda garantizar la accesibilidad a la atención de salud y el bienestar general.

PROPÓSITO:

De acuerdo con nuestra visión de fortalecer la comunidad al proveer un cuidado de la salud accesible, asequible y de alta calidad para todos, Carson Valley Medical Center asume el compromiso de proporcionar asistencia financiera a los individuos que necesitan tratamiento de emergencia o necesario por razones médicas y que carecen de seguro o cuyo seguro no es suficiente.

DEFINICIONES:

1. Community Care: servicios necesarios por razones médicas que se proporcionan a los pacientes que cumplen con los criterios establecidos por esta política, sin esperar que estos paguen la totalidad de la atención.
2. Necesarios por razones médicas: productos o servicios de atención de salud que un médico prudente le proporcionaría a un paciente a fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, o cualquier síntoma de estas, que son necesarios y que:
 - Se proporcionan según lo establecen las normas del ejercicio médico generalmente aceptadas.
 - Son adecuados desde el punto de vista clínico en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, ubicación y duración.
 - No son provistos principalmente para la conveniencia del paciente, del médico ni de otro proveedor de atención de salud.
 - Son necesarios para mejorar un problema de salud específico de una persona asegurada o para preservar su estado de salud actual.
 - Representan el nivel de atención de salud más adecuado desde el punto de vista clínico que puede brindarse a la persona asegurada sin correr riesgos.
3. Atención de emergencia: la atención médica inmediata que es necesaria para evitar que la salud del paciente corra riesgos graves, que se produzcan deficiencias graves en las funciones corporales o disfunciones graves de cualquier órgano o parte del cuerpo.

4. Persona sin seguro: pacientes que no tienen seguro, asistencia de terceros ni ningún otro arreglo contractual para afrontar sus responsabilidades financieras ante proveedores de atención de salud.
5. Paciente con seguro insuficiente: el paciente que tiene una cobertura de seguro parcial que no es suficiente o cuando tiene seguro pero no puede afrontar los gastos de bolsillo no cubiertos por la aseguradora del paciente.
6. Monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés): monto que generalmente se les factura a los pacientes asegurados en concepto de atención de emergencia o necesaria por razones médicas (según se describe a continuación en la sección D de la política).
7. Presunta elegibilidad: proceso por el cual el hospital puede aplicar determinaciones de elegibilidad previas o información de fuentes distintas del individuo, a fin de determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

PROCEDIMIENTO:

A. Proceso de remisión

1. El proceso de remisión se desarrollará idealmente antes del momento del servicio o en simultáneo, pero puede desarrollarse en cualquier momento del proceso de cobro, incluso después de que el cobro se asigne a una agencia de cobro externa.
2. Es posible que los pacientes sin seguro primero sean evaluados por un proveedor de elegibilidad o por un asesor financiero, a fin de determinar la elegibilidad para una fuente pagadora alternativa, incluida, entre otras, la asistencia federal, estatal o del condado.
3. Las siguientes áreas pueden referir pacientes al programa Community Care: Acceso de pacientes, Contabilidad de pacientes, Proveedor de elegibilidad, Agencia de cobro, Consultorio médico y otras organizaciones de la comunidad.
4. Las referencias a Community Care deben efectuarse antes de que se realice cualquier procedimiento planificado.

B. Proceso de evaluación

1. Todos los pacientes que no pueden pagar serán evaluados por las áreas de Acceso de pacientes, Servicio de Atención al Cliente o por un proveedor de elegibilidad, según el momento del servicio, para comprobar si pueden recibir asistencia financiera externa. Si se determina que el paciente no califica para asistencia externa, se lo remitirá al asesor financiero de pacientes, quien realizará una evaluación de Community Care según las pautas de ingresos más actuales, emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. El proceso de solicitud de Community Care comienza en este momento.
2. Se utilizará el software de evaluación financiera para determinar la capacidad de pago de un paciente. Otros factores que deben considerarse durante el proceso de evaluación incluyen comparar los ingresos brutos del paciente con las Pautas federales de pobreza que se publican todos los años y la determinación familiar legal.
3. Es posible que los pacientes sin seguro deban solicitar la asistencia de algún programa gubernamental a través de este directamente, o a través del proveedor de elegibilidad o el asesor financiero de pacientes de Carson Valley Medical Center, a fin de que se determine su elegibilidad.
4. Es posible que el paciente deba presentar la constancia de la solicitud de cobertura de seguro de atención de salud.

C. Servicios de atención de salud elegibles para asistencia

1. Servicios médicos de emergencia provistos en un entorno de sala de emergencias.
2. Servicios para un problema de salud que, si no se trata de inmediato, podría provocar un cambio adverso en el estado de salud de una persona.
3. Servicios no electivos provistos en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno que no es de sala de emergencias.
4. Servicios necesarios por razones médicas, evaluados según cada caso, a criterio de Carson Valley Medical Center.

D. Criterios de elegibilidad

1. La elegibilidad para asistencia financiera se considerará para aquellos individuos sin seguro, con seguro insuficiente, no elegibles para acceder a programas gubernamentales de atención de salud y que no pueden pagar la atención médica según una determinación de necesidad financiera conforme a esta política.
2. El Programa de asistencia financiera solo podrá utilizarse para la atención necesaria por razones médicas, según se define en la sección 2, Definiciones, anterior.
3. Se asignará un nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) a todos los solicitantes. Este se basa en la matriz que se encuentra en la tabla de FPL más actual, según lo determine el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) (Anexo A).
4. Es posible que la cantidad familiar de dependientes legales se confirme según la última declaración fiscal presentada. Las circunstancias poco frecuentes se considerarán según cada caso.
5. Los pacientes cuya familia se encuentre en un FPL $\leq 350\%$ serán considerados para el programa Community Care. Los pacientes cuyo FPL sea $>350\%$ no califican y se deberán buscar fuentes de pago alternativas.
6. Los pacientes que califiquen para los siguientes programas/servicios se consideran médicamente indigentes y es posible que no deban presentar una solicitud de Community Care completa para ser considerados para el programa:
 - Programas de asistencia estatal (vales de alimentos, programas de asistencia farmacéutica, bienestar social, etc.). El paciente deberá presentar una constancia de la inscripción, a fin de que se determine su elegibilidad.
 - Pacientes que actualmente tienen la cobertura de Medicaid, pero que no califiquen en la fecha del servicio, o pacientes que califiquen para servicios relacionados con el embarazo o de emergencia de Medicaid únicamente.
7. En el caso de los pacientes con seguro insuficiente, se debe obtener un resumen de beneficios, denegación o pago del seguro primario antes de que se los considere para el programa Community Care.
8. Los montos de costo compartido del paciente, si corresponde, se determinarán con la matriz incluida en el Anexo A.

E. Determinación del descuento

1. Después de que se determina la elegibilidad para asistencia financiera, Carson Valley Medical Center no les cobrará a los pacientes que califiquen para asistencia financiera más que los montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes con seguro en concepto de atención de emergencia o necesaria por razones médicas.

2. Para calcular los AGB, Carson Valley Medical Center usa el método de actualización que se describe en la sección 4(b)(2) del IRS y la norma final 501(r) de Hacienda. Carson Valley Medical Center emplea datos basados en las reclamaciones procesadas por Medicare por pago por servicio y por todas las aseguradoras comerciales privadas en concepto de toda la atención médica del último año fiscal, a fin de determinar el porcentaje de cargos brutos que en general permiten estas aseguradoras.
3. Para determinar los AGB, el porcentaje de AGB se multiplica por los cargos brutos para la atención de emergencia y necesaria por razones médicas. Carson Valley Medical Center vuelve a calcular el porcentaje todos los años.
4. El descuento se aplicará a los cargos brutos o al saldo después del seguro una vez que se haya recibido la solicitud de Community Care completa y el comité haya tomado una determinación. (Cargos brutos x porcentaje de AGB = cantidad ajustada para Community Care o saldo después del seguro x porcentaje de AGB = cantidad ajustada para Community Care).

F. Proceso de solicitud

1. Las solicitudes de Community Care (Anexo B) pueden ser entregadas por los departamentos de Acceso del paciente y Oficina comercial. Los pacientes también pueden obtener una solicitud de Community Care en el sitio web de CVMC o en línea en: [http://www.cvmchospital.org/patients_visitors/financiar_assistance.aspx].
2. Cuando se requiera, con la solicitud de Community Care completa se debe presentar documentación financiera de respaldo, que incluirá lo siguiente:
 - Formularios fiscales presentados el año anterior.
 - Recibos de sueldo de al menos los últimos 90 días u otras fuentes de ingresos (p. ej., Seguro Social, seguro por desempleo, etc.).
 - Últimos tres estados de cuentas bancarias, o resumen de estado de cuenta de tres meses (de todas las cuentas) usados para confirmar los ingresos.
3. Las solicitudes completadas deben enviarse con toda la documentación de respaldo en un plazo de 60 días de la emisión. Se realizará un seguimiento al paciente cada dos semanas, a fin de comprobar que la solicitud completa se reciba de manera oportuna. La falta de colaboración del paciente para el seguimiento del asesor financiero de pacientes dará lugar a la denegación tras 30 días sin respuesta. Si no se recibe ninguna información, se remitirá la cuenta al flujo de cobro regular.
4. Se notificará a los pacientes que falta información en el caso de las solicitudes presentadas que carezcan de la documentación de respaldo. Se les otorgará a los pacientes un plazo adicional de 30 días para que presenten la documentación requerida. Según cada caso, pueden otorgarse exenciones de solicitud de documentación o más tiempo para presentar la documentación solicitada. Si no se cumple con las solicitudes adicionales, se rechazará la solicitud de Community Care.

G. Análisis de la solicitud

1. Las solicitudes de Community Care completas que cuentan con la documentación de respaldo requerida se remitirán al miembro del personal que corresponda, quien deberá solicitar un informe crediticio y armar un paquete de solicitud de Community Care completo.
2. Se puede contactar al paciente en cualquier momento durante el proceso de análisis de la solicitud e indicarle que presente documentación adicional necesaria para tomar una determinación. La falta de colaboración con estas solicitudes puede dar lugar a una denegación.

3. Toda la documentación de Community Care se escaneará e incluirá en la cuenta del paciente o se la conservará por un plazo mínimo de siete años.
4. Los paquetes de solicitud de Community Care completos se remitirán al miembro del personal que corresponda mensualmente o según sea necesario para su aprobación (incluidas las solicitudes de aprobación previa).

H. Aprobación

1. Los ajustes que se realizan para las aprobaciones de Community Care concluyen en el plazo del mes de la aprobación y son solicitados por el asesor financiero de pacientes, quien los remite al gerente a través de la cola de trabajo (WQ, por sus siglas en inglés) que corresponde para que se realicen los ajustes finales.
2. Las aprobaciones de Community Care son válidas por un período de seis meses a partir de la fecha de aprobación. Se deberá completar una nueva solicitud cada seis meses. Si el paciente necesita asistencia financiera posterior al período de aprobación, deberá volver a solicitar Community Care y presentar la información actualizada.
3. Las aprobaciones de Community Care incluirán saldos de hasta 6 meses antes de la determinación.
4. Se le envía al paciente una notificación de aprobación (Anexo C1) en el plazo de los 10 días de la decisión y se hace un arreglo financiero por el saldo pendiente.
5. Se espera que los médicos que realizan referencias a Community Care proporcionen atención médica gratuita o de pago parcial de acuerdo con la que ofrece Carson Valley Medical Center.
6. El asesor financiero de pacientes o el Servicio de Atención al Cliente se ocuparán de las cuentas que califiquen para asistencia financiera en un plazo de 240 días de la primera declaración posterior al alta.

I. Denegaciones

1. Se envía al paciente la notificación de denegación (Anexo C2) en un plazo de 10 días de la decisión. Asimismo, se inicia el cobro de los saldos restantes de la cuenta.
2. Las cuentas a las que se les deniega la asistencia de Community Care se remiten al proceso de cobro, lo cual incluye la reasignación a una agencia de cobro.
3. Pueden volver a considerarse las solicitudes de pacientes que presentan información nueva o revisada en el plazo de los 30 días de la notificación de denegación.
4. El paciente/garante puede disputar la denegación de la solicitud. Debe hacerlo por escrito y remitirla al asesor financiero de pacientes de Carson Valley Medical Center para que este la analice y dé una respuesta.

J. Medidas en caso de falta de pago

Las medidas de recaudación que Carson Valley Medical Center puede tomar si no se recibe una solicitud y/o pago de asistencia financiera se describen en una política por separado.

En resumen, Carson Valley Medical Center realizará algunos esfuerzos para proveer a los pacientes la información sobre nuestra política de asistencia financiera antes de que los representantes de nuestra agencia tomen ciertas medidas para cobrarle (estas medidas pueden incluir acciones civiles, ventas de deuda o proporcionar información negativa a oficinas de crédito).

Para obtener más información sobre los pasos que seguirá Carson Valley Medical Center para informar a los pacientes que no tienen seguro nuestra política de asistencia financiera y las actividades para colectar que podremos realizar, consulte la política de Facturación y Cobro de Carson Valley Medical Center.

Puede solicitar una copia gratuita de este resumen personalmente en nuestras instalaciones en 1107 Hwy 395, Gardnerville, NV 89410; por correo postal en PO Box 790, Gardnerville, NV 89410; por teléfono llamando al 775-783-3080 o en línea en: [<http://www.cvmchospital.org>].

K. Proveedores elegibles

- a. Cualquier servicio facturado por Carson Valley Medical Center califica para obtener la cobertura de Community Care.

ANEXO "A"

PAUTAS FEDERALES DE INGRESO DE POBREZA

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA DE COMMUNITY CARE DE CARSON VALLEY MEDICAL CENTER.

Guía sobre elegibilidad de 2020: Con los ingresos familiares y el tamaño de la familia según se calcula en el proceso de evaluación financiera, identifique la elegibilidad para un descuento financiero. Pautas federales de pobreza por tamaño de la familia (100 %): Si los ingresos son inferiores al 250 % (se muestra a continuación) de las Pautas federales de ingreso por pobreza (FPIG, por sus siglas en inglés), la persona califica para la *cancelación de deuda completa*. Si los ingresos superan el 250 % pero no el 400 % (se muestra a continuación) de las Pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés), la persona califica para la *cancelación de deuda parcial*.

Tamaño del grupo familiar	Ingresos anuales del 2020	0-200%	201% - 225%	226% - 250%	251% - 275%	276% - 300%	301% - 350%
1	\$ 12.760	\$ 25.520	\$ 28.710	\$ 31.900	\$ 35.090	\$ 38.280	\$ 44.660
2	\$ 17.240	\$ 34.480	\$ 38.790	\$ 43.100	\$ 47.410	\$ 51.720	\$ 60.340
3	\$ 21.720	\$ 43.440	\$ 48.870	\$ 54.300	\$ 59.730	\$ 65.160	\$ 76.020
4	\$ 26.200	\$ 52.400	\$ 58.950	\$ 65.500	\$ 72.050	\$ 78.600	\$ 91.700
5	\$ 30.680	\$ 61.360	\$ 69.030	\$ 76.700	\$ 84.370	\$ 92.040	\$ 107.380
6	\$ 35.160	\$ 70.320	\$ 79.110	\$ 87.900	\$ 96.690	\$ 105.480	\$ 123.060
7	\$ 39.640	\$ 79.280	\$ 89.190	\$ 99.100	\$ 109.010	\$ 118.920	\$ 138.740
8	\$ 44.120	\$ 88.240	\$ 99.270	\$ 110.300	\$ 121.330	\$ 132.360	\$ 154.420
Sumar por cada persona adicional	\$ 4.480	\$ 8.960	\$ 10.080	\$ 11.200	\$ 12.320	\$ 13.440	\$ 15.680
Cuánto paga por cuenta el paciente							
Por recargos de la cuenta de menos de \$500		El arrendatario o recargos o \$10	El arrendatario o recargos o \$15	El arrendatario o recargos o \$20	El 20 % de los recargos o XX (el importe mayor)	El 20 % de los recargos o XX (el importe mayor)	El 25 % de los recargos o XX (el importe mayor)
Por recargos de la cuenta de más de \$500 y menos de \$2000		\$ 10	\$ 15	\$ 20	El 10 % de los recargos o \$100 (el importe menor)	El 15 % de los recargos o \$150 (el importe menor)	El 20 % de los recargos o \$200 (el importe menor)
Por recargos de la cuenta de más de \$2000		\$ 10	\$ 15	\$ 20	El 10 % de los recargos o \$150 (el importe menor)	El 15 % de los recargos o \$300 (el importe menor)	El 20 % de los recargos o \$2500 (el importe menor)

Para cada persona adicional, se agregan \$4,480 para el ingreso anual y \$360 para el mensual. Pacientes hospitalizados y ambulatorios de Carson Valley Medical Center

ANEXO "B"



SOLICITUD PARA DESCUENTOS

La política de Carson Valley Medical Center es proveer servicios esenciales sin importar la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos dependiendo el ingreso y tamaño del grupo familiar. Complete la siguiente información y envíela al asesor financiero para que determine si usted o los miembros de su familia califican para un descuento.

El descuento aplicará para todos los servicios recibidos facturados por Carson Valley Medical Center. Pregunte al asesor financiero si tiene dudas.

Número de personas que viven en su hogar: _____

Ingresos totales del grupo familiar: (complete una columna)			
Miembro del grupo familiar	Anual	Mensual	Quincenal
Solo			
Cónyuge			
Familiares			
Otros			
CANTIDAD			

NOTA: incluye ingresos de todas las personas del grupo familiar e ingresos de todas las fuentes, incluidos salarios brutos, propinas, seguro social, discapacidad, pensiones, rentas pagos de veteranos, renta empresarial neta o trabajador independiente, pensión alimenticia, manutención infantil, militares, desempleo, ayuda pública y otros.

Certifico que la información mostrada arriba sobre el tamaño e ingresos del grupo familiar es correcta. Se pueden requerir las copias de las declaraciones de rentas, de los recibos de sueldo y otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe el descuento y se proveerá como se solicita.

Nombre (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Solo para uso interno

Nombre del paciente: _____ Descuento: _____

Fecha del servicio: _____ Aprobado por: _____

ANEXO "C1"
CARTA DE APROBACIÓN



Fecha

Nombre del paciente

Dirección

Asunto: Community Care

N.º de cuenta:

Estimado/a (***nombre del paciente***):

Tras un minucioso análisis de la información provista, se ha aprobado la solicitud de Community Care para obtener un descuento de su saldo. Como resultado de este descuento, el saldo pendiente de la cuenta es de: \$_____.

Llame a nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente (775-782-1625) para acordar el pago sin interés de los saldos adeudados.

Gracias por elegir Carson Valley Medical Center.

Atentamente,

Asesor financiero de pacientes

ANEXO "C2"
CARTA DE DENEGACIÓN



Fecha

Nombre

Dirección

Asunto: Community Care

Cuentas:

Estimado/a (nombre del paciente):

Tras un minucioso análisis de la información provista, se ha rechazado la solicitud de Community Care por los siguientes motivos:

- El ingreso supera las pautas de calificación del Programa de asistencia financiera.
- No se presentó la información solicitada necesaria para completar el análisis.
- Otra: _____

Si considera que esta información es incorrecta, puede presentar una apelación por escrito en la que incluya documentación adicional. Debe enviarla a la dirección que figura más abajo. Las apelaciones de las decisiones sobre Community Care serán analizadas mensualmente por un comité, que tomará una determinación final.

Carson Valley Medical Center
Attn: Community Care Appeals
P.O. Box 790
Gardnerville, NV 89410

Llame a nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente (775-782-1625) hoy mismo para acordar el pago sin interés de los saldos adeudados.

Atentamente,

Asesor financiero de pacientes

ANEXO "D"
Formulario resumido de Community Care
Carson Valley Medical Center

Representante que procesa la solicitud: _____
 Fecha de la solicitud: _____ Fecha de hoy: _____
 ¿El paciente tiene seguro? S N Seguro: _____

Detalles de la cuenta:

¿El paciente ha accedido a Community Care anteriormente? _____
 Saldos totales: _____

Detalles del paciente:

Tamaño de la familia: _____ Porcentaje del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) _____
 Ingresos anuales: _____ Califica para Medicaid: S N Califica para MAABD: S N

Lista de control de documentos: (Marque todos los elementos que correspondan y adjúntelos a la solicitud)

- | | | |
|---|---------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Última declaración fiscal | ¿Inobtenible? | Razón: _____ |
| <input type="checkbox"/> Estados de cuenta de 3 meses | ¿Inobtenible? | Razón: _____ |
| <input type="checkbox"/> Últimos 3 recibos de sueldo | ¿Inobtenible? | Razón: _____ |
| <input type="checkbox"/> Recibos de hipoteca/renta | ¿Inobtenible? | Razón: _____ |
| <input type="checkbox"/> Declaración de activos | ¿Inobtenible? | Razón: _____ |

Tamaño del grupo familiar	Ingresos anuales del 2020	0-200%	201% - 225%	226% - 250%	251% - 275%	276% - 300%	301% - 350%
1	\$ 12.760	\$ 25.520	\$ 28.710	\$ 31.900	\$ 35.090	\$ 38.280	\$ 44.660
2	\$ 17.240	\$ 34.480	\$ 38.790	\$ 43.100	\$ 47.410	\$ 51.720	\$ 60.340
3	\$ 21.720	\$ 43.440	\$ 48.870	\$ 54.300	\$ 59.730	\$ 65.160	\$ 76.020
4	\$ 26.200	\$ 52.400	\$ 58.950	\$ 65.500	\$ 72.050	\$ 78.600	\$ 91.700
5	\$ 30.680	\$ 61.360	\$ 69.030	\$ 76.700	\$ 84.370	\$ 92.040	\$ 107.380
6	\$ 35.160	\$ 70.320	\$ 79.110	\$ 87.900	\$ 96.690	\$ 105.480	\$ 123.060
7	\$ 39.640	\$ 79.280	\$ 89.190	\$ 99.100	\$ 109.010	\$ 118.920	\$ 138.740
8	\$ 44.120	\$ 88.240	\$ 99.270	\$ 110.300	\$ 121.330	\$ 132.360	\$ 154.420
Sumar por cada persona adicional	\$ 4.480	\$ 8.960	\$ 10.080	\$ 11.200	\$ 12.320	\$ 13.440	\$ 15.680
Cuánto paga por cuenta el paciente							
Por recargos de la cuenta de menos de \$500		El arrendatario o recargos o \$10	El arrendatario o recargos o \$15	El arrendatario o recargos o \$20	El 20 % de los recargos o XX (el importe mayor)	El 20 % de los recargos o XX (el importe mayor)	El 25 % de los recargos o XX (el importe mayor)
Por recargos de la cuenta de más de \$500 y menos de \$2000		\$ 10	\$ 15	\$ 20	El 10 % de los recargos o \$100 (el importe menor)	El 15 % de los recargos o \$150 (el importe menor)	El 20 % de los recargos o \$200 (el importe menor)
Por recargos de la cuenta de más de \$2000		\$ 10	\$ 15	\$ 20	El 10 % de los recargos o \$150 (el importe menor)	El 15 % de los recargos o \$300 (el importe menor)	El 20 % de los recargos o \$2500 (el importe menor)

Aprobación:

Aprobado: Sí _____ No _____
 Cuenta ajustada: Fecha: _____

Circunstancias especiales: Sí _____ No _____
 Aprobado: Sí _____ No _____
 Copago requerido: Sí _____ No _____

Director financiero: _____

Política de asistencia financiera: Resumen en lenguaje sencillo

La Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Carson Valley Medical Center (CVMC, por sus siglas en inglés) proporciona a los pacientes que califiquen atención hospitalaria de emergencia o médicamente necesaria con descuento total o parcial. Los pacientes que desean obtener asistencia financiera deben presentar una solicitud para acceder al programa, el cual se resume a continuación.

Servicios elegibles: servicios del cuidado de la salud emergentes y/o médicamente necesarios facturados por Carson Valley Medical Center.

Cómo solicitar la asistencia financiera: para obtener/completar/presentar las solicitudes de asistencia financiera se debe proceder según se indica a continuación:

- Puede obtener personalmente una solicitud en Carson Valley Medical Center, ubicado en 1107 Hwy 395 Gardnerville, NV. 89410.
- Puede pedir que le envíen por correo postal una solicitud llamando al (775)782-1625.
- Puede pedir una solicitud por correo postal escribiendo a Carson Valley Medical Center, Attn: Patient Financial Counselor P.O. BOX 790, Gardnerville, NV 89410.
- Puede descargar una solicitud del sitio web de Carson Valley Medical Center:
http://www.cvmchospital.org/patients_visitors/financial_assistance.aspx

Determinación de la elegibilidad para asistencia financiera: normalmente, los pacientes califican para asistencia financiera sobre la base de su nivel de ingresos y activos según las Pautas federales de pobreza (FPG) y la capacidad de pago del paciente. A los pacientes que califiquen no se les cobrará más que a los pacientes que tienen seguro cuando reciban atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. CVMC determina los montos generalmente facturados según todas las reclamaciones de CVMC procesadas por Medicare y por aseguradoras de salud privadas durante el año fiscal anterior. Los pacientes tienen un plazo de 240 días después de la primera factura para presentar una solicitud de asistencia financiera. Si los cobros ya están en curso cuando se recibe la solicitud, los suspenderemos mientras procesamos la solicitud del paciente. Si un individuo tiene una cobertura de seguro o activos suficientes disponibles para pagar la atención médica, podrá ser considerado no elegible para asistencia financiera. Consulte la versión completa de la política para obtener una explicación exhaustiva e información detallada.

Este resumen, la Política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera están disponibles en español, a pedido.