



CARSON VALLEY MEDICAL CENTER	Sector/Número	Revisado/Fecha de revisión:
Departamento: Admisión	ADT 550.01	03/10/2013, 19/08/2015
	Nueva fecha:	
Título: Póliza de asistencia financiera	13/10/2011	Página 1 de 16 Páginas

PÓLIZA:

La asistencia financiera solo se brinda cuando la asistencia es considerada médicamente necesaria y luego de corroborar que los pacientes cumplan con los criterios financieros. Carson Valley Medical Center ofrece atención gratuita y atención con descuentos, dependiendo del tamaño de familia y de sus ingresos.

Puede que a los pacientes que buscan asistencia se les requiera solicitar ayuda de otros programas externos, según sea apropiado antes de determinar la elegibilidad bajo esta póliza. Además, a todos los pacientes no asegurados que se considere que cuentan con la capacidad financiera para pagar un seguro de salud se les alienta a que lo hagan para asegurar la accesibilidad a la atención médica y el bienestar general.

OBJETIVO:

Conforme a nuestra visión de brindar atención de calidad para tener una comunidad más saludable, Carson Valley Medical Center tiene el compromiso de brindar asistencia financiera a las personas no aseguradas o con seguro insuficiente que necesiten tratamiento de emergencia o tratamiento médicamente necesario.

DEFINICIONES:

1. **Atención comunitaria:** servicios médicamente necesarios prestados a pacientes que cumplen con los criterios establecidos por esta póliza sin la expectativa de un pago total.
2. **Médicamente necesario:** servicios o productos de atención médica que un médico prudente brindaría a un paciente para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o cualquiera de sus síntomas, que sean necesarios y:
 - Brindados de acuerdo con normas de práctica médica generalmente aceptadas.
 - Clínicamente apropiados en lo que respecta a tipo, frecuencia, extensión, ubicación y duración.
 - No brindados principalmente para conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica.
 - Necesarios para mejorar un problema de salud específico de un asegurado o para preservar el estado de salud actual del asegurado.
 - El nivel de atención médica clínicamente más adecuado que pueda brindarse de manera segura al asegurado.
3. **Atención médica de urgencia:** atención inmediata necesaria para evitar poner la salud del paciente en grave peligro, el deterioro grave de las funciones físicas o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
4. **Personas no aseguradas:** pacientes sin seguro médico o asistencia de terceros para ayudar a resolver su responsabilidad financiera en cuanto a proveedores de atención médica.
5. **Personas con seguro insuficiente:** pacientes que cuentan con alguna cobertura de seguro pero que es insuficiente, o cuando los pacientes están asegurados, pero se ven imposibilitados de pagar los gastos extras no cubiertos por la compañía aseguradora.

6. Monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB): monto generalmente facturado a pacientes asegurados, por cuidados médicamente necesarios o emergentes (establecidos como se describe en la sección D de la póliza que figura abajo).
7. Elegibilidad presuntiva: proceso por el cual el hospital puede utilizar resoluciones de elegibilidad previas o información de fuentes distintas al individuo para determinar elegibilidad para asistencia financiera.

PROCEDIMIENTO:

A. Proceso de derivación:

1. El proceso de derivación idealmente ocurrirá previo al servicio o al momento de brindarlo, pero puede ocurrir en cualquier momento durante el proceso de cobro, incluso con posterioridad a la asignación a una agencia de cobro externa.
2. Los pacientes no asegurados deberán primero ser evaluados por un agente de elegibilidad o mediante un software de análisis financiero para determinar la elegibilidad para una fuente de pago alternativa, incluso, pero no limitándose a, asistencia federal, estatal o del condado.
3. Las derivaciones al Programa de Atención Comunitaria pueden ser realizadas por las siguientes áreas: acceso de pacientes, contabilidad de pacientes, agente de elegibilidad, agencia de cobro, consultorio médico y otras organizaciones comunitarias.
4. Las derivaciones a la atención comunitaria deberían realizarse previo a cualquier procedimiento programado. Puede calcularse un costo aproximado para un procedimiento programado con el «Adjunto C», el que debe acompañar una solicitud.

B. Proceso de evaluación:

1. Todos los pacientes con imposibilidad de pago serán evaluados para asistencia financiera por Acceso de pacientes, Atención al cliente o un agente de elegibilidad con base en el momento de prestación del servicio. Si un paciente no resulta elegible para recibir alguna ayuda externa, se le derivará al Defensor financiero del paciente para que se realice un análisis para Atención Comunitaria con las pautas de ingresos más actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos. El proceso de solicitud de Atención Comunitaria comienza en este momento.
2. Los pacientes deben vivir dentro del área de servicio de Carson Valley Medical Center para ser tenidos en consideración para recibir asistencia comunitaria. La posibilidad de excepción se analizará individualmente.
3. Puede utilizarse el software de evaluación financiera para determinar la capacidad de pago de un paciente. Otros aspectos a ser tenidos en consideración durante el proceso de evaluación incluyen la comparación del ingreso bruto del paciente con los Lineamientos federales de pobreza publicados anualmente, la resolución doméstica legal, el tratamiento recibido, la cantidad de cuentas bajo revisión, los saldos de las cuentas del paciente y el agotamiento de todas las demás fuentes de pago.
4. Se pide a los pacientes no asegurados solicitar asistencia gubernamental mediante el programa gubernamental directamente o mediante el agente de elegibilidad de Carson Valley Medical Center para una resolución de elegibilidad.

C. Servicios de atención médica elegibles:

1. Servicios médicos de urgencia brindados en instalaciones de salas de urgencias.
2. Servicios para una afección que provocaría un cambio adverso en el estado de salud del individuo en caso de no tratarse a la brevedad.
3. Servicios urgentes brindados en respuesta a circunstancias potencialmente mortales en instalaciones que no son las de emergencia.

4. Servicios médicamente necesarios, evaluados individualmente con base en el criterio de Carson Valley Medical Center.

D. Criterio de elegibilidad:

1. El programa de asistencia para adversidad financiera solo puede utilizarse para atención médicamente necesaria como se define anteriormente en la sección 2.
2. Se asignará un nivel de pobreza a todos los solicitantes mediante la matriz que se encuentre en el cuadro de Niveles Federales de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) más actual del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) (Adjunto A).
3. El número de dependientes legales se basará en la última declaración fiscal presentada. Las circunstancias no usuales serán consideradas de manera individual.
4. Los pacientes con un nivel de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) $\leq 400\%$ serán considerados para que participen en el Programa de Atención Comunitaria. Los pacientes con un nivel (Federal Poverty Level, FPL) $> 400\%$ no son elegibles y se adoptarán acuerdos de pago alternativos.
5. Los pacientes elegibles para participar en los siguientes programas/servicios son considerados médicamente indigentes y puede que no se les exija una solicitud completa de Atención Comunitaria para ser tenidos en consideración para el programa:
 - Programas de asistencia estatal (cupones para alimentos, programas de asistencia farmacéutica, asistencia social, etc.). El paciente deberá presentar una prueba de inscripción para la determinación.
 - Pacientes actualmente cubiertos por Medicaid, pero no elegibles en la fecha del servicio, o pacientes elegibles solo para recibir servicios de Medicaid de emergencia o servicios de maternidad.
6. Para personas con seguro insuficiente, debe asegurarse un pago, un resumen de beneficios o una denegatoria por parte del seguro principal, antes de que sean consideradas para el programa de Atención Comunitaria.
7. Los montos de costo compartido que correspondan al paciente, en caso de haber alguno, serán determinados según la matriz que figura en el Adjunto A.
8. Los bienes que quedan exentos de consideración financiera incluyen la residencia donde el paciente o la familia del paciente reside; los automóviles necesarios para el transporte de quienes trabajan, hacia el trabajo y de regreso; las cuentas de ahorro con menos de dos meses de ingresos y las cuentas de pensión con menos de USD 50,000.00.

E. Determinación de importe de descuento

1. Una vez que se haya establecido la elegibilidad para recibir asistencia financiera, Carson Valley Medical Center no cobrará a los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera por atención médicamente necesaria o de urgencia más de los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) a pacientes asegurados.
2. Para calcular los AGB, Carson Valley Medical Center utiliza el método de «mirada retrospectiva» que se describe en la sección 4(b)(2) de la norma final 501(r) de la Tesorería y del IRS. Carson Valley Medical Center utiliza datos basados en reclamos procesados por Medicare Pago por Servicio y todas las compañías aseguradoras comerciales privadas para toda la atención médica durante el último año fiscal, con el fin de determinar el porcentaje de costos brutos que normalmente admiten estas compañías de seguros.
3. El porcentaje del AGB se multiplica por los costos brutos para atención médicamente necesaria y de urgencia para determinar los montos generalmente facturados. Carson Valley Medical Center vuelve a calcular el porcentaje cada año. En 2015, el porcentaje del AGB para servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios es del 33 % basado en la información del año fiscal 2014.
4. El descuento se aplicará a los costos brutos o al saldo pendiente después del pago de su aseguradora una vez que una solicitud completa para Atención Comunitaria haya sido recibida y el

comité haya tomado una decisión. (Costos brutos X Porcentaje AGB = Monto adaptado a la Atención Comunitaria o saldo pendiente después del pago de la aseguradora X porcentaje AGB = Monto adaptado a la Atención Comunitaria)

F. Proceso de solicitud

1. Las solicitudes de Atención Comunitaria (Adjunto B) solo pueden ser distribuidas por los departamentos de Acceso de Pacientes y Oficina Comercial. Los pacientes también pueden descargar una solicitud de Atención Comunitaria del sitio web de CVMC o a través de: [<http://cvmchospital.org/patients- visitors/ financial assistance>]. El Defensor financiero del paciente o Representante de servicios al cliente ubicará el indicador de facturación «Solicitud de Atención Comunitaria» en las cuentas del paciente con el fin de enviar las cuentas a las colas de trabajo adecuadas para seguimiento.
2. Debe presentarse la siguiente documentación de apoyo con una solicitud de Atención Comunitaria completada:
 - Formularios de impuestos del año anterior presentados
 - Comprobantes de pago u otras fuentes de ingreso como mínimo de los últimos 90 días (por ejemplo, seguro social, desempleo, etc.)
 - Resúmenes bancarios (todas las cuentas) de los últimos tres meses
 - Comprobantes de alquiler/hipoteca de los últimos tres meses
 - Estados de cuentas de otras cuentas de activos (por ejemplo, fondos de pensiones, pólizas de aseguradoras, inversiones, etc.)
3. Las solicitudes completadas deben ser enviadas con toda la documentación de apoyo dentro de los 90 días de su emisión. Se realizará el seguimiento con el paciente cada dos semanas para garantizar la recepción oportuna de la solicitud completada. Si el paciente no coopera con los pedidos del Defensor financiero durante el seguimiento, resultará en una denegatoria luego de 30 días sin respuesta. Si no se recibe la información, se quitará el indicador de facturación de la cuenta y se seguirá el proceso de cobro regular.
4. Los pacientes serán notificados en el caso de que las solicitudes presentadas contengan información incompleta o falten documentos de apoyo. Se otorgarán 30 días adicionales para que los pacientes cumplan con las peticiones de documentación requerida. Puede otorgarse, sobre la base de cada caso individual, una extensión de tiempo adicional para presentar la documentación requerida o exención de requisito de documentación. El incumplimiento de los requisitos adicionales resultará en una denegatoria de la solicitud de Atención Comunitaria.
5. Una denegatoria emitida a causa de la falta de cooperación del paciente para suministrar la documentación requerida impedirá que el paciente pueda volver a solicitar Atención Comunitaria en la(s) misma(s) cuenta(s). La posibilidad de volver a solicitar Atención Comunitaria puede ser otorgada sobre la base de cada caso individual.

G. Revisión de la solicitud

1. Las solicitudes de Atención Comunitaria completadas con la documentación de apoyo requerida serán enviadas al Defensor financiero de pacientes, quien será responsable de solicitar un informe de crédito y preparar un paquete completo de solicitud de Atención Comunitaria.
2. Los pacientes pueden ser contactados en cualquier momento durante el proceso de evaluación de la solicitud para pedirles que presenten la documentación adicional necesaria para tomar una resolución. La falta de cooperación con tales pedidos puede resultar en una denegatoria.
3. El Departamento de Admisión será el guardián de todas las solicitudes de Atención Comunitaria completas, incompletas y denegadas. Se escaneará toda la documentación relacionada a Atención Comunitaria y colocará en la cuenta del paciente o se la retendrá por un mínimo de siete años.
4. Los paquetes de solicitud de Atención Comunitaria completados serán dirigidos al Comité de Atención Comunitaria para su aprobación (incluso las solicitudes de aprobación previa) mensual o según sea necesario. Todas las cuentas serán evaluadas por el Comité, incluso las decisiones apeladas.

5. Las solicitudes presentadas por una responsabilidad económica total por un monto inferior a USD 500,00 no son elegibles para recibir asistencia para Atención Comunitaria.

H. Aprobación

1. Los ajustes realizados para las aprobaciones de Atención Comunitaria se completan dentro del mes de aprobación y los solicita el Defensor financiero del paciente al Gerente mediante WQ apropiadas para el ajuste final.
2. Las aprobaciones para Atención Comunitaria para un curso de tratamiento continuo se aplicarán a cuentas relacionadas hasta tres meses después de la aprobación. El paciente tendrá que volver a solicitar Atención Comunitaria con cualquier información actualizada si la asistencia financiera es requerida más allá del período de aprobación.
3. Se envía una notificación de aprobación (Adjunto D1) al paciente dentro de los 10 días de tomada la decisión y los arreglos financieros se realizan por cualquier saldo pendiente que tenga el paciente.
4. Se espera que los médicos que realizan derivaciones a Atención Comunitaria brinden servicios de forma gratuita o atención de pago parcial en proporción a la que brinda Carson Valley Medical Center.

I. Denegatorias

1. Se envía una notificación de denegatoria (Adjunto D2) al paciente dentro de los 10 días de tomada la decisión y se intenta cobrar los saldos restantes.
2. Las cuentas para las que se deniega Asistencia para Atención Comunitaria volverán al proceso de cobro, incluyendo la reasignación a agencias de cobro.
3. Se pueden reconsiderar los casos de pacientes que presentan información nueva o modificada dentro de los 30 días de la notificación de decisión denegatoria.
4. Los reclamos por denegatorias realizados por el paciente/garante deben realizarse por escrito y enviarse al Defensor financiero de pacientes en Carson Valley Medical Center para su revisión y respuesta.

J. Acciones en caso de falta de pago

Las acciones de cobranza que Carson Valley Medical Center puede tomar si no se recibe una solicitud para asistencia financiera o pago se describen en una póliza aparte.

En resumen, Carson Valley Medical Center intentará proveer información a los pacientes sobre nuestra póliza de asistencia financiera antes de que nosotros, o los representantes de nuestra agencia, tomemos acciones para cobrar su factura (estas acciones pueden incluir acciones civiles, ventas de deuda o informe negativo a agencias de crédito).

Para recibir más información sobre las medidas que tomará Carson Valley Medical Center para informar a los pacientes no asegurados sobre nuestra póliza de asistencia financiera y las actividades de cobro que podemos llevar adelante, consulte la Póliza de facturación y cobranza de Carson Valley Medical Center.

Puede solicitar una copia gratis de la póliza completa personalmente en 1107 Hwy 395, Gardnerville, NV 89410, por correo a PO Box 790, Gardnerville, NV 89410, llamando por teléfono al 775-783-3080, o en línea en: [<http://www.cvmchospital.org>].

K. Proveedores elegibles

1. Además de la atención de Carson Valley Medical Center, la atención médicamente necesaria y de urgencia brindada por los grupos de proveedores que figuran abajo también está cubierta

por esta póliza de asistencia financiera.

- a. Leman Medical Corporation (Proveedores de medicina de emergencia);
 - b. Servicios clínicos brindados a personas mayores por los siguientes profesionales:
 - i. Dr. Evan Easley
 - ii. Dr. Garrett Schwartz
 - iii. Dr. Glenn Thorp
 - iv. Dr. Judith Rosso
 - v. Empleados de Carson Valley Medical Center
 - c. Tarifas por lectura de ECG generadas por los siguientes médicos:
 - i. Dr. Evan Easley
 - ii. Dr. Garrett Schwartz
 - d. Tarifas por lectura de ecocardiograma
 - i. Renown Institute for Heart & Vascular Health
2. La atención prestada por cualquiera de los proveedores que figuran abajo en Carson Valley Medical Center no estará cubierta por esta póliza. Por lo tanto, las facturas que reciban los pacientes de Carson Valley Medical Center por atención brindada por cualquiera de los siguientes grupos de proveedores no serán elegibles para los descuentos que se describen en esta póliza de asistencia financiera.
- a. South Tahoe Anesthesia Medical Group
 - b. Sierra Nevada Medical Imaging
 - c. Rural Physicians Group
 - d. Tahoe Carson Valley Medical Group
 - e. Sierra Nevada Surgical Associates
 - f. Sierra Nevada ENT
 - g. Dr. Charles Held
 - h. Renown TeleHealth
 - i. Tahoe Fracture & Orthopedic Medical Clinic, Inc.
 - j. Tahoe Orthopedics & Sports Medicine
 - k. Cualquier otro proveedor o grupo de proveedores que no figure en la sección J. #1.

ADJUNTO "A"

LINEAMIENTOS FEDERALES DE INGRESOS DE POBREZA

**DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE CARSON VALLEY MEDICAL CENTER
PARA RECIBIR ASISTENCIA COMUNITARIA.**

Guía de elegibilidad para 2015: utilizando los ingresos y la cantidad de integrantes del grupo familiar como se calcula en el proceso de evaluación financiera, se identifica la elegibilidad para recibir descuento financiero. Lineamientos federales de pobreza por período según el tamaño familiar (100%): si el ingreso es por debajo del 250% (como figura abajo) de lo estipulado por los Lineamientos federales de ingresos de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines, FPIG), es elegible para *Cancelación total*. Si el ingreso es por encima del 250%, pero por debajo del 400% (como figura abajo) de los Lineamientos federales de ingresos de pobreza, es elegible para *Cancelación parcial*.

Tamaño del grupo familiar	Ingreso anual 2015	0-250 %	250-300 %	300-350 %	350-400 %	Nivel de pobreza	Máx. por sol.
1	\$11,770	\$29,425	\$35,310	\$41,195	\$47,080	<100%- \$150	\$300
2	\$15,930	\$39,825	\$47,790	\$55,755	\$63,720		
3	\$20,090	\$50,225	\$60,270	\$70,315	\$80,360	101- 150%- \$200	\$400
4	\$24,250	\$60,625	\$72,750	\$84,875	\$97,000		
5	\$28,410	\$71,025	\$85,230	\$99,435	\$113,640	150- 200%- \$250	\$600
6	\$32,570	\$81,425	\$97,710	\$113,995	\$130,280		
7	\$36,730	\$91,825	\$110,190	\$128,555	\$148,920	201- 250%- \$300	\$800
8	\$40,890	\$102,225	\$122,670	\$143,115	\$163,560		
Agregar por cada persona adicional	\$4,160	\$10,400	\$12,480	\$14,560	\$16,640		

Por cada persona adicional, se agregan \$4,160 por ingreso anual y \$300 mensualmente. Centro médico de internación o ambulatorio Carson Valley Medical Center



Fecha: _____

Número(s) de cuenta _____

Estimado/a _____ :

Como usted ya lo sabe, Carson Valley Medical Center brinda servicios de salud de calidad a nuestra comunidad y visitantes. Es nuestro deseo asistirle en el pago de su(s) cuenta(s) lo antes posible. Nuestro Programa de Atención Comunitaria puede permitirle saldar su(s) cuenta(s), dependiendo en la información provista sobre su estado financiero.

Si está interesado/a en este programa, complete el formulario adjunto **EN SU TOTALIDAD**, incluso esta carta, y envíe lo siguiente con la solicitud.

1. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____.
 - ¿Son todos miembros de su familia? __ Sí __ No
 - ¿Cuáles son sus respectivos nombres, edades y parentescos? _____
2. Copia de la denegatoria de Medicaid o del resultado del servicio de admisibilidad contratado por el hospital.
3. Información financiera:
 - Formulario de impuestos de usted y su cónyuge.
 - Comprobantes de pago de los últimos 90 días de usted y su cónyuge.
 - Los 3 resúmenes bancarios más recientes (todas las páginas) de cuentas de cheques, de ahorros y crédito.
4. Comprobantes de alquiler/hipoteca de los últimos tres meses.
5. Estados de cuentas de otras cuentas de activos (fondos de pensiones, inversiones, pólizas de aseguradoras, etc.)

IMPORTANTE:

Si no recibimos su solicitud antes del _____, o no se incluye toda la información requerida, puede ser denegada por incumplimiento.

Si tiene alguna pregunta sobre el Programa de Atención Comunitaria, no dude en contactarse con nuestra oficina.

Le informaremos el estado de su solicitud. Si hay algún saldo restante, con gusto le asistiremos.

Atentamente.

Asesor Financiero para Pacientes
775-783-3080

Carson Valley Medical Center P.O. Box 790 · Gardnerville, NV 89410 · (775) 782-1500

SOLICITUD PARA ATENCIÓN COMUNITARIA DE CARSON VALLEY MEDICAL CENTER
 INFORME FINANCIERO CONFIDENCIAL

Para ser consideradas para el **Programa de Atención Comunitaria** de Carson Valley Medical Center, todas las solicitudes deben tener adjunta una copia de la declaración impositiva más reciente y los tres comprobantes de pago más recientes, completar la Sección A, y firmar y fechar la solicitud.

Para ser consideradas para el **Programa de Atención Comunitaria** de Carson Valley Medical Center, todas las solicitudes deben primero solicitar asistencia del programa gubernamental (Carson Valley Medical Center tiene recursos disponibles dentro del hospital para asistir con el proceso de solicitud del programa gubernamental). Luego de que se haya determinado la asistencia del programa gubernamental, el solicitante puede solicitar asistencia financiera parcial o total. Para ser considerado para recibir asistencia financiera parcial o total, el solicitante **debe adjuntar una copia de la declaración impositiva más reciente, los tres comprobantes de pago más recientes, los resúmenes bancarios de los últimos tres meses, los comprobantes de alquiler/hipoteca de los últimos tres meses, estados de cuenta de cualesquiera otros activos**, y completar la Sección A y la Sección B. Finalmente, el solicitante debe firmar y fechar la solicitud antes de presentarla.

Para ser consideradas para Asistencia Financiera en **Circunstancias Especiales** (el solicitante no cumple con los requisitos para el descuento), todas las solicitudes deben tener adjunta la declaración impositiva más reciente y los tres comprobantes de pago más recientes, completar el formulario completo y la Sección C, y firmar y fechar la solicitud.

SECCIÓN A: todos los solicitantes deben completar esta sección
 Residente de CA o NV: ¿Hace cuánto tiempo? _____ Marque esta casilla si no tiene hogar _____

Nombre: _____

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Teléfono nombre
---------------	----------------	----------	-----------------

Domicilio postal: _____

Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal
----------------	--------	--------	---------------

Domicilio físico: _____

Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal
----------------	--------	--------	---------------

Estado civil (marcar una opción): Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a / Legalmente separado/a: _____ Viudo/a: _____
 Seguro social N.º: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Seguro social del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Empleador del solicitante: _____ Domicilio del empleador: _____
 Ocupación del solicitante: _____

Empleador del cónyuge: _____ Domicilio del empleador: _____
 Ocupación del cónyuge: _____

Monto de manutención y pensión alimentaria pagado durante los últimos 12 meses: _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Tipo de ingreso	Ingreso de los últimos 3 meses	Ingreso de los últimos 12 meses

Total:

SECCIÓN B: Asistencia financiera parcial o total y circunstancias especiales. Los solicitantes deben completar esta sección.

Cuenta de caja (no incluir cuentas de jubilación):

Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: _____ Cuenta n.º: _____ Saldo actual: \$ _____

Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: _____ Cuenta n.º: _____ Saldo actual: \$ _____

Cantidad de personas a cargo, incluyendo cónyuge (vivan o no en el mismo hogar): (listar edades): _____

Es de mi consentimiento que la información suministrada arriba es cierta. Autorizo a una agencia de crédito o a un agente a verificar mi situación financiera.

X _____
Firma del paciente o persona responsable Fecha

DECLARACIÓN DE NECESIDAD: Atención Comunitaria parcial o total, y circunstancias especiales. Los solicitantes deben completar esta sección.

Especifique los motivos o circunstancias que le llevaron a solicitar asistencia. (Algunos ejemplos: cambio de situación laboral, circunstancias médicas inusuales, cobertura de seguro, otros problemas)

SECCIÓN C: los solicitantes de Atención Comunitaria para circunstancias especiales deben completar esta sección.

Información voluntaria:

Información adicional que usted desee que sea considerada para circunstancias especiales:

Para recibir ayuda con su **Solicitud**, contacte a nuestro Asesor Financiero para Pacientes llamando al (775) 783-3080

Solo para uso de la oficina:

Se reunió con un Trabajador Social _____

Aprobada: _____ Denegada: _____ Valor en dólares del beneficio brindado: \$ _____

Comentarios: _____

Citar la fecha de los comentarios de arriba, incluyendo el motivo de la denegatoria, que fueron ingresados en la cuenta del paciente: _____

Solicitud de Asistencia comunitaria y más información disponible en: [<http://www.carsonvalleymedicalcenter.org/financialassistance/>]

ADJUNTO «C»
Costo estimativo

ESTE COSTO ESTIMATIVO SE BASA EN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del paciente: _____ Cuenta N.º: _____

Fecha de admisión anticipada: _____

Fecha del costo estimativo: _____ Costo estimativo completado por: _____

Diagnóstico _____

Promedio de estadía para pacientes con este diagnóstico: _____

Costos estimados para pacientes con este diagnóstico: _____

SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA ESTIMADA: \$ _____

• Un depósito de \$ _____ debe cobrarse antes de la admisión.

• El paciente/garante fue notificado. [] N/C. Notificado por: _____

[] Información suministrada sobre asistencia para adversidad financiera

Comentarios: _____

Al firmar abajo, dejo constancia de que he leído y comprendido la información que figura arriba sobre mi responsabilidad financiera estimada para servicios hospitalarios.

Firma del paciente/garante

Fecha

Solo para uso del hospital

Código CPT utilizado

Código ICD-9 o ICD-10 utilizado

Copias: Original para el paciente de servicios financieros a pacientes

ADJUNTO «DI»
CARTA DE APROBACIÓN



Fecha

Nombre del paciente

Domicilio

Re: de Atención Comunitaria

N.º de cuenta(s)

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

Luego de analizar detalladamente la información suministrada, su solicitud de Atención Comunitaria fue aprobada para un descuento sobre su saldo. Como consecuencia de este descuento, el saldo restante en la cuenta es de \$ _____.

Le solicitamos que se comunique con nuestro Departamento de Atención al Cliente llamando al 775-782-1625 para acordar pagos sin interés sobre cualquier saldo pendiente.

Gracias por elegir Carson Valley Medical Center

Atentamente.

Asesor Financiero para Pacientes

ADJUNTO «D2»
CARTA DE
DENEGATORIA



Fecha

Nombre

Domicilio

Re: de Atención Comunitaria

N.º de cuenta(s)

Estimado/a (Nombre del paciente):

Luego de analizar detalladamente la información suministrada, su solicitud de Atención Comunitaria fue denegada debido a:

- Los ingresos exceden los establecidos para calificar para el Programa de Asistencia Financiera
- El incumplimiento con el requisito de proporcionar la información necesaria para completar el análisis
- Otro motivo: _____

Si considera que esta información es incorrecta, puede enviar una apelación por escrito con cualquier documentación adicional a la dirección que figura abajo. Las apelaciones por resoluciones de Atención Comunitaria serán analizadas mensualmente por un comité para una resolución final.

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

Le solicitamos que se comunique con nuestro Departamento de Atención al Cliente llamando al 775-782-1625 para acordar pagos sin interés sobre cualquier saldo pendiente.

Atentamente.

Asesor Financiero para Pacientes

ADJUNTO «E»
Formulario de resumen de Atención Comunitaria
Carson Valley Medical Center

Representante a cargo del procesamiento de esta solicitud: _____

Fecha de solicitud: _____

Fecha actual: _____

Nombre del paciente: _____

Historia clínica n.º _____

Fecha de nacimiento: _____

¿El paciente tiene seguro? S N

Seguro: _____

Detalles de cuenta:

N.º pac.: _____	Servicio: _____	Fecha de servicio: _____	Saldo de cuenta: _____
N.º pac.: _____	Servicio: _____	Fecha de servicio: _____	Saldo de cuenta: _____
N.º pac.: _____	Servicio: _____	Fecha de servicio: _____	Saldo de cuenta: _____
N.º pac.: _____	Servicio: _____	Fecha de servicio: _____	Saldo de cuenta: _____
N.º pac.: _____	Servicio: _____	Fecha de servicio: _____	Saldo de cuenta: _____

¿Necesita la aprobación de servicios futuros? (En caso de necesitarla, especifique en comentarios) _____

¿El paciente recibió atención comunitaria anteriormente? _____

Saldos totales: _____

Detalles del paciente:

Cantidad de miembros Porcentaje de Nivel Federal de Pobreza (NFP) % NFP: _____
 en el grupo familiar: _____ según el tamaño de familia y sus ingresos.

Calificación crediticia: _____ Ingresos anuales: _____ Elegible para Medicaid: S N

Lista de verificación de documentación: (Marque las opciones y adjunte a la solicitud)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Última declaración impositiva | ¿No puede obtenerla? Motivo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Resúmenes bancarios de los últimos 3 meses | ¿No puede obtenerlos? Motivo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Últimos 3 comprobantes de pago | ¿No puede obtenerlos? Motivo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Comprobantes de alquiler/hipoteca | ¿No puede obtenerlo? Motivo: _____ |

Admisión / Diagnóstico de registro: _____

Comentarios específicos del caso: _____

Tamaño del grupo familiar	Ingreso anual 2015	0-250%	250-300%	300-350%	350-400%	Nivel de pobreza	Máx. por sol.
1	\$11,770	\$29,425	\$35,310	\$41,195	\$47,080	<100%- \$150	\$300
2	\$15,930	\$39,825	\$47,790	\$55,755	\$63,720		
3	\$20,090	\$50,225	\$60,270	\$70,315	\$80,360	101-150%- \$200	\$400
4	\$24,250	\$60,625	\$72,750	\$84,875	\$97,000		
5	\$28,410	\$71,025	\$85,230	\$99,435	\$113,640	150-200%- \$250	\$600
6	\$32,570	\$81,425	\$97,710	\$113,995	\$130,280		
7	\$36,730	\$91,825	\$110,190	\$128,555	\$148,920	201-250%- \$300	\$800
8	\$40,890	\$102,225	\$122,670	\$143,115	\$163,560		
Agregar por cada persona adicional	\$4,160	\$10,400	\$12,480	\$14,560	\$16,640		

Aprobaciones previas:

Carta de necesidad médica: Sí _____ No _____

Médico: _____

Médico: _____

CEO: _____

Circunstancias especiales: Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí, especificar motivo: _____

Aprobación:

Aprobada: Sí _____ No _____

Cuenta ajustada: Fecha: _____

Aprobada: Sí _____ No _____

Monto del copago: _____

Carta de resolución enviada al paciente: Fecha: _____