



<b>CARSON VALLEY MEDICAL CENTER</b>	<b>Sector/Número</b>	<b>Revisado/Fecha de revisión:</b>
Departamento: <b>Admisión</b>	ADT 550.01	10/03/2013, 11/11/2015, 06/21/2016, 04/18/2017, 09/8/2017
	<b>Nueva fecha:</b>	
Título: <b>Póliza de Asistencia Financiera</b>	10/13/2011	Página 1 de 16 Páginas

### PÓLIZA:

La asistencia financiera solo se brinda cuando la atención 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 la familia y de sus ingresos.

Puede que a los pacientes que buscan asistencia se les requiera que primero soliciten 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 de salud y el bienestar general.

### OBJETIVO:

Conforme a nuestra visión de fortalecer nuestra comunidad al brindar atención de calidad, accesible y económica para todos. 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 de salud 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 de salud.
  - Necesarios para mejorar un problema de salud específico de un asegurado o para preservar el estado de salud actual del asegurado; y
  - El nivel de atención de salud clínicamente más adecuado que pueda brindarse de manera segura al asegurado.

3. Atención de emergencia: 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 o asistencia de terceros para ayudar a resolver su responsabilidad financiera en cuanto a proveedores de atención de salud.
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 de su propio bolsillo 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 remisión:**

1. El proceso de remisión 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 remisiones al Programa de Atención Comunitaria pueden ser realizadas por las siguientes áreas: Acceso del Paciente, Contabilidad del Paciente, agente de elegibilidad, agencia de cobro, consultorio médico y otras organizaciones comunitarias.
4. Las remisiones a la Atención Comunitaria deben realizarse previo a cualquier procedimiento programado. Puede calcularse un costo aproximado para un procedimiento programado usando el "Adjunto C", el cual debe acompañar una solicitud.

### **B. Proceso de evaluación:**

1. Todos los pacientes con imposibilidad de pago serán evaluados para asistencia financiera por Acceso del Paciente, 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 remitirá al Consejero Financiero del Paciente para que se realice un análisis para Atención Comunitaria con los lineamientos 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 Atención 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 legal sobre el hogar, 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 de salud elegibles para asistencia:**

1. Servicios médicos de emergencia brindados en instalaciones de salas de emergencia.
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 no electivos brindados en respuesta a circunstancias potencialmente mortales en instalaciones que no son de emergencia.
4. Servicios médicamente necesarios, evaluados individualmente con base en el criterio de Carson Valley Medical Center.

### **D. Criterio de elegibilidad:**

1. La elegibilidad para ayuda financiera será considerada para aquellos individuos que no están asegurados, tienen seguro insuficiente, son inelegibles para cualquier programa de salud del gobierno, y que no pueden pagar por su atención sobre la base de una determinación de necesidad financiera de acuerdo con la política.
2. El Programa de Asistencia Financiera solo puede utilizarse para atención médicamente necesaria como se define anteriormente en la sección 2.
3. Se asignará un Nivel de Pobreza Federal (FPL) a todos los solicitantes mediante la matriz que se encuentra en el cuadro de FPL más actual del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS (Adjunto A)).
4. El número de dependientes legales en el hogar se basará en la última declaración fiscal presentada. Las circunstancias no usuales serán consideradas de manera individual.
5. Los pacientes con un nivel de pobreza FPL  $\leq 400$  % serán considerados para que participen en el Programa de Atención Comunitaria. Los pacientes con un nivel FPL  $> 400$  % no son elegibles y se adoptarán acuerdos de pago alternativos.
6. 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.
7. Para los pacientes con seguro insuficiente, debe asegurarse un pago, un resumen de beneficios o una denegatoria por parte del seguro principal, antes de que sean considerados para el programa de Atención Comunitaria.
8. 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.

9. 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 para ir 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 \$50,000.00.

## **E. Determinación del monto del 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 emergencia 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 emergencia para determinar los montos generalmente facturados (ABG). Carson Valley Medical Center vuelve a calcular el porcentaje cada año.
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 ajustado a la Atención Comunitaria o saldo pendiente después del pago de la aseguradora X porcentaje AGB = Monto ajustado 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 del Paciente y Oficina Comercial. Los pacientes también pueden descargar una solicitud de Atención Comunitaria del sitio web de CVMC o a través de: [\[http://www.cvmchospital.org/patients\\_visitors/financial\\_assistance.aspx\]](http://www.cvmchospital.org/patients_visitors/financial_assistance.aspx).
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.)
  - Estados de cuenta 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 Consejero Financiero del Paciente para dar seguimiento, resultará en una denegatoria luego de 30 días sin respuesta. Si no se recibe la información, la cuenta se

- colocará de nuevo en 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 impedirá que el paciente pueda volver a solicitar Atención Comunitaria en la(s) misma(s) cuenta(s).

## **G. Revisión de la solicitud**

1. Las solicitudes de Atención Comunitaria completadas con la documentación de apoyo requerida serán enviadas al Consejero Financiero del Paciente, 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 completadas, incompletas y denegadas. Se escaneará toda la documentación relacionada a Atención Comunitaria y se colocará en la cuenta del paciente o se 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) mensualmente o según sea necesario. Todas las cuentas serán evaluadas por el Comité, incluso las decisiones apeladas.

## **H. Aprobación**

1. Los ajustes realizados para las aprobaciones de Atención Comunitaria se completan dentro del mes de aprobación y los solicita el Consejero 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. Las aprobaciones de Atención Comunitaria incluirán saldos hasta 1 año antes de la resolución.
4. Se envía una notificación de aprobación (Adjunto D1) al paciente dentro de los 10 días de tomada la decisión y se hacen arreglos financieros para cualquier saldo pendiente que tenga el paciente.
5. Se espera que los médicos que realizan remisiones a Atención Comunitaria brinden servicios de forma gratuita o atención de pago parcial en proporción a la que brinda Carson Valley Medical Center.
6. Las cuentas elegibles para Asistencia Financiera serán atendidas por el consejero financiero del paciente o servicio al cliente dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta del alta.

## **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 la decisión denegatoria.
4. Los reclamos por denegatorias realizados por el paciente/garante deben realizarse por escrito y enviarse al Consejero Financiero del Paciente 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 emergencia 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 DE ATENCIÓN COMUNITARIA.

Guía de elegibilidad para 2016: 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 *Descuento Completo*. 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 *Descuento parcial*.

Tamaño de hogar	2017 Ingreso anual	0 -250 %	250-300 %	300-350 %	350-400 %
1	\$12,060	\$30,150	\$36,180	\$42,210	\$48,240
2	\$16,240	\$40,600	\$48,720	\$56,840	\$64,960
3	\$20,420	\$51,050	\$61,260	\$71,470	\$81,680
4	\$24,600	\$61,500	\$73,800	\$86,100	\$98,400
5	\$28,780	\$71,950	\$86,340	\$100,730	\$115,120
6	\$32,960	\$82,400	\$98,880	\$115,360	\$131,840
7	\$37,140	\$92,850	\$111,420	\$129,990	\$148,560
8	\$41,320	\$103,300	\$123,960	\$144,620	\$165,280
Agregar por cada persona adicional	\$4,180	\$10,450	\$12,540	\$14,630	\$16,720
Por cuenta sin exceder el copago máximo	\$0	\$0	\$100-300	\$200-600	\$300-900

Por cada persona adicional, agregar \$4,180 por ingreso anual y \$347 mensualmente.  
Carson Valley Medical Center pacientes internos y ambulatorios.



**ADJUNTO "B" (Página 9 - 13)**



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 de la información provista sobre su estado financiero.

Si está interesado 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 parentesco/relación? \_\_\_\_\_
2. Copia de la denegatoria de Medicaid o del resultado del servicio de elegibilidad 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 estados de cuenta bancarios más recientes (todas las páginas) de cuentas de cheques, de ahorros y asociación de 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 del Paciente  
775-783-3080

## 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 de impuestos 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 de impuestos más reciente, los tres comprobantes de pago más recientes, los estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses, los comprobantes de alquiler/hipoteca de los últimos tres meses, estados de cuenta de cualquier otro activo**, 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 de impuestos más reciente y los tres comprobantes de pago más recientes, completar todo el formulario 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	Segundo nombre	Apellido	Teléfono
--------	----------------	----------	----------

Dirección de correo:

\_\_\_\_\_

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

Dirección física:

\_\_\_\_\_

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°: \_\_\_\_\_ 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 infantil 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.**

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_ Cuenta n°: \_\_\_\_\_ Saldo actual: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_ Cuenta n°: \_\_\_\_\_ Saldo actual: \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de personas dependientes 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 contratada por el hospital o su agente para 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 Consejero Financiero del Paciente llamando al (775) 783-3080

**Solo para uso de la oficina:**

Se reunió con un Trabajador Social \_\_\_\_\_

Aprobada: \_\_\_\_ Denegada: \_\_\_\_ Valor estimado 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/financialassistancel>]

**ADJUNTO "C"  
Costo estimativo**

**ESTE COSTO ESTIMATIVO SE BASA EN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Cuenta N°: \_\_\_\_\_

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 Servicios Financieros del Paciente

Paciente

ADJUNTO "D1"  
CARTA DE APROBACIÓN



Fecha

Nombre del paciente

Domicilio

Re: de Atención Comunitaria

N° 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 a Carson Valley Medical Center

Atentamente.

Consejero Financiero del Paciente

**ADJUNTO "D2"  
CARTA DE DENEGATORIA**



Fecha

Nombre  
Domicilio

Re: de Atención Comunitaria  
N° 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 lineamientos para calificar para el Programa de Asistencia Financiera
- 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.

Consejero Financiero del Paciente

**ADJUNTO "E"**  
**Formulario de resumen de Atención Comunitaria**  
**Carson Valley Medical Center**

Representante a cargo del procesamiento de esta solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha actual: \_\_\_\_\_  
 Historia clínica N° \_\_\_\_\_  
 ¿El paciente tiene seguro?      S      N  
 Seguro: \_\_\_\_\_

**Detalles de cuenta:**

N° pac.: _____	Servicio: _____	Fecha de servicio: _____	Saldo de cuenta: _____
N° pac.: _____	Servicio: _____	Fecha de servicio: _____	Saldo de cuenta: _____
N° pac.: _____	Servicio: _____	Fecha de servicio: _____	Saldo de cuenta: _____
N° pac.: _____	Servicio: _____	Fecha de servicio: _____	Saldo de cuenta: _____
N° 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 en el grupo familiar: \_\_\_\_\_ Porcentaje de Nivel Federal de Pobreza (FPL por ingreso y tamaño familiar) \_\_\_\_\_ % FPL: \_\_\_\_\_  
 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 de impuestos                    | ¿No puede obtenerla? Motivo: _____  |
| <input type="checkbox"/> Estados de cuenta 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 obtenerlos? Motivo: _____ |

**Admisión / Diagnóstico de registro:** \_\_\_\_\_

**Comentarios específicos del caso:** \_\_\_\_\_

Tamaño de hogar	2017 Ingreso anual	0 -250 %	250-300 %	300-350 %	350-400 %
1	\$12,060	\$30,150	\$36,180	\$42,210	\$48,240
2	\$16,240	\$40,600	\$48,720	\$56,840	\$64,960
3	\$20,420	\$51,050	\$61,260	\$71,470	\$81,680
4	\$24,600	\$61,500	\$73,800	\$86,100	\$98,400
5	\$28,780	\$71,950	\$86,340	\$100,730	\$115,120
6	\$32,960	\$82,400	\$98,880	\$115,360	\$131,840
7	\$37,140	\$92,850	\$111,420	\$129,990	\$148,560
8	\$41,320	\$103,300	\$123,960	\$144,620	\$165,280
Agregar por cada persona adicional	\$4,180	\$10,450	\$12,540	\$14,630	\$16,720
Por cuenta sin exceder el copago máximo	\$0	\$0	\$100-300	\$200-600	\$300-900

**Aprobaciones previas:**

Carta de necesidad médica: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_  
 Monto del copago: \_\_\_\_\_

Circunstancias especiales: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es Sí, especificar motivo: \_\_\_\_\_

**Aprobación:**

Aprobada: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Cuenta ajustada: Fecha: \_\_\_\_\_  
 Copago requerido: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ CFO \_\_\_\_\_  
 Monto del copago: \_\_\_\_\_  
 Carta de resolución enviada al paciente: Fecha: \_\_\_\_\_  
 CFO: \_\_\_\_\_

## **Póliza de asistencia financiera - Resumen en lenguaje sencillo**

La póliza de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP) del Carson Valley Medical Center (CVMC) existe para proveer atención hospitalaria médicamente necesaria o emergente, parcial o totalmente descontada a pacientes elegibles. Los pacientes que busquen asistencia financiera deben inscribirse en el programa, el que se resume abajo.

Servicios elegibles: Servicios de atención de salud médicamente necesaria o emergente provistos por Carson Valley Medical Center, Job's Peak Internal Medicine & Family Practice, CVMC Urgent Care, Alpine Medical, Herbig Family Medicine y Crenshaw Internal Medicine.

Cómo inscribirse: Las solicitudes de asistencia financiera pueden obtenerse/completarse/presentarse de la siguiente manera:

- Obtenga una solicitud personalmente en Carson Valley Medical Center, ubicado en 1107 Hwy 395 Gardnerville, NV 89410.
- Solicite el envío de una solicitud por correo llamando al (775) 782-1625.
- Pida una solicitud por correo a Carson Valley Medical Center, Attn.: Patient Financial Advocate P.O. BOX 790, Gardnerville, NV 89410.
- Descargue una solicitud a través del sitio web de Carson Valley Medical Center:  
[http://www.cvmchospital.org/patients\\_visitors/financiam\\_assistance.aspx](http://www.cvmchospital.org/patients_visitors/financiam_assistance.aspx)

Decisión de elegibilidad para recibir asistencia financiera: Por lo general, los pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera según su nivel de ingresos y bienes, como lo determinan los Lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) y según la capacidad de pago del paciente. A los pacientes elegibles no se les cobrará más que a los pacientes que tienen seguro médico por atención de emergencia u otra asistencia médicamente necesaria. CVMC generalmente determina los importes facturados sobre la base de todos los reclamos de CVMC procesados por Medicare y aseguradoras de salud privadas durante el último año fiscal. Los pacientes cuentan con 240 días luego de la primera factura para presentar una solicitud para recibir asistencia financiera. Si ya hay iniciativas de cobro cuando se recibe la solicitud, las detendremos mientras se procesa la solicitud del paciente. Si una persona cuenta con suficiente cobertura de seguro o dispone de bienes para pagar la atención, puede ser considerada inelegible para recibir asistencia financiera. Consulte la póliza completa para obtener más detalles y una explicación completa.

Este resumen, la póliza de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera también están disponibles en inglés.



Document Metadata

Document Name: Financial Assistance/ Community Care Policy (English)  
Policy Number: 550.01 E  
Original Location: /Carson Valley Medical Center/Admitting/Policies  
Created on: 08/01/2012  
Published on: 09/12/2017  
Last Review on: 04/18/2017  
Next Review on: 04/18/2018  
Creator: Kyhl, Jackie  
*Manager*  
Committee: Jackie Kyhl  
Owner/SME: Rhead, Cynthia  
*Manager*  
Manager: Rhead, Cynthia  
*Manager*  
Author(s): Jorgenson, Rhonda  
*Administrative Staff*  
Approver(s): Kyhl, Jackie  
*Manager*  
Rhead, Cynthia  
*Manager*  
Publisher: Jorgenson, Rhonda  
*Administrative Staff*  
Description: Assist patients with limited resources who do not qualify for federal, state, county, or other assistance, by establishing a process to evaluate a patient's inability to pay, not their willingness to pay, for healthcare services provided

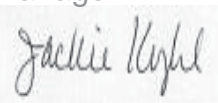
Digital Signatures:

Approver:  
Rhead, Cynthia  
Manager



08/29/2017

Approver:  
Kyhl, Jackie  
Manager



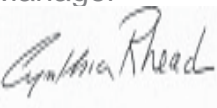
09/06/2017

Document Metadata

Document Name: Financial Assistance/ Community Care Policy (Spanish)  
Policy Number: 550.01 S  
Original Location: /Carson Valley Medical Center/Admitting/Policies  
Created on: 12/30/2015  
Published on: 09/29/2017  
Last Review on: 09/13/2017  
Next Review on: 09/13/2018  
Creator: Rhead, Cynthia  
*Manager*  
Committee: Jackie Kyhl  
Owner/SME: Rhead, Cynthia  
*Manager*  
Manager: Rhead, Cynthia  
*Manager*  
Approver(s): Kyhl, Jackie  
*Manager*  
Rhead, Cynthia  
*Manager*  
Publisher: Jorgenson, Rhonda  
*Administrative Staff*

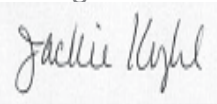
Digital Signatures:

Approver:  
Rhead, Cynthia  
Manager



09/28/2017

Approver:  
Kyhl, Jackie  
Manager



09/28/2017