



NOMBRE DE LA POLÍTICA: Política de Asistencia Financiera/Beneficencia	SE APLICA A: <input checked="" type="checkbox"/> CMH <input type="checkbox"/> CCC <input checked="" type="checkbox"/> OVCH <input type="checkbox"/> CFH
Manual: Oficina Comercial Departamento: Oficina Comercial Número de control: HS-FIN303	Fecha de última modificación/revisión: 11/11/2013 MODIFICADO 2015

I. PROPÓSITO:

El CMHS está comprometido con ofrecer atención de beneficencia o ayuda financiera a personas que tengan necesidades de atención de salud y no estén aseguradas, tengan seguro insuficiente, no sean elegibles para un programa del gobierno o no puedan pagar por otros motivos, para que reciban atención médica médicamente necesaria basándose en su situación financiera individual. El CMHS ofrece, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia para personas independientemente de su elegibilidad para asistencia financiera o ayuda del gobierno. Esta política cubre al Community Memorial Hospital, al Ojai Valley Community Hospital, al Center for Family Health y al Continued Care Center.

II. POLÍTICA:

La misión del Community Memorial Health System es ofrecer la mejor atención a cada paciente, cada día, mediante la práctica y la educación clínicas integradas. El Community Memorial Health System se esfuerza en servir a la humanidad mediante el trabajo en estas áreas, al tiempo que apoya a las comunidades en las que vivimos y trabajamos. Como parte de ese compromiso, el Community Memorial Health System atiende, como no podría ser de otro modo, a pacientes en circunstancias económicas difíciles. Por encima de todo, la filosofía que guía al Community Memorial Health System es que las necesidades del paciente son lo primero.

La atención de beneficencia, a la que en adelante se hará referencia como Asistencia Financiera, es solo uno de los componentes de la misión caritativa del Community Memorial Health System. La Asistencia Financiera puede consistir en la cancelación total de los cobros, la cancelación parcial de los cobros, o en ofrecer al paciente otras opciones de pago.

Los pacientes que soliciten reducción de la deuda por parte del Programa de Asistencia Financiera deben ser residentes en el área definida de servicio del Community Memorial Health System. El CMHS trata de llegar a los pacientes que pagan por cuenta propia y con seguro insuficiente de diversas formas, que incluyen incrementar el conocimiento por parte de los pacientes del seguro de salud de Medi-cal. Ayudando a nuestros pacientes con el proceso de solicitud, el CMHS ayuda a los pacientes a obtener los beneficios para los que son elegibles.

El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes asume la responsabilidad de ejercer "buenas prácticas comerciales," y de hacer un "esfuerzo razonable", definido por el hospital, para cobrar sus cuentas. El CMHS se guía por la Ley sobre Prácticas Justas en el

Cobro de Deudas (*Fair Debt Collection Practices Act*) y el Código Ético y de Responsabilidad Profesional de la Asociación de Profesionales de Créditos y Cobranzas (*Association of Credit and Collection Professionals*), y los pacientes son tratados con respeto y de acuerdo con nuestra misión y valores.

Anexos a la política:

1. Lista de Exclusiones (Anexo A)
2. Definiciones (Anexo B)
3. Ingresos y Reducción de la Deuda Elegibles (Anexo C)
4. Solicitud del Programa de Asistencia Financiera/ Carta Introdutoria/ Instrucciones (Anexo D)

A. Identificación del Programa de Asistencia Financiera:

1. Proceso de Acceso de los Pacientes

- a) Se colocarán folletos del Programa de Asistencia Financiera en cada punto de entrada, en todas las áreas comunes, y en nuestra página de Internet, www.cmhshealth.org
- b) Se colocarán en lugar destacado carteles que avisen a los pacientes de la existencia de Asistencia Financiera.
- c) El personal de Acceso de los Pacientes recibirá formación sobre las cuestiones básicas del programa y a dónde han de remitir a los pacientes que tengan preguntas adicionales.
- d) Al dorso de cada estado de cuentas resumido se imprimirá un resumen en lenguaje sencillo que explique la Política de Asistencia Financiera del CMHS.
 - i. El CMHS reconoce que la atención sanitaria a menudo no está prevista, y puede resultar cara. Ofrecemos a nuestros pacientes sin seguro de salud y a pacientes con seguro insuficiente descuentos similares a los otros pagadores de servicios de atención sanitaria. El CMHS ofrece a los pacientes no asegurados un descuento en su factura. También tenemos un Programa de Asistencia Financiera (Atención de Beneficencia) para el que es posible que usted reúna los requisitos. Debe completarse una solicitud para determinar la elegibilidad. Si desea más información, por favor, contacte al Departamento de Servicios a Clientes.
 - ii. El CMHS reconoce que la atención sanitaria a menudo no está prevista, y puede resultar cara. Usted puede encontrar un ejemplar gratuito de la solicitud e instrucciones en nuestra página de Internet, www.cmhshealth.org. Usted también puede presentar la solicitud personalmente en 5855 Olivas Park Dr. Ventura, CA 93003, o llamar a nuestro departamento de servicios a clientes al 805-652-5632 si tiene alguna pregunta o para que le envíen un ejemplar gratuito. Usted tendrá que completar una solicitud, presentar todos los documentos financieros justificativos y volverlo a enviar por correo a la dirección de Olivas anterior, o presentarla en el departamento de admisiones del CMH, en 147 N. Brent St. Ventura Ca 93003. Ofrecemos versiones de la solicitud tanto en inglés como en español. Su descuento se basará en el tamaño de su familia e ingresos anuales, según los Índices Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) vigentes. A las personas elegibles no se les cobrará más por atención de emergencia o atención médicamente necesaria de las cantidades que suelen cobrarse.

2. Proceso de Acceso de los Pacientes
 - a) La fuente del paciente y su capacidad de pago serán evaluadas a su recepción por parte del Asesor Financiero del CMHS.
 - b) El personal del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes o una persona designada por el Community Memorial Health System asistirán a los pacientes con el reembolso de programas locales, estatales y federales, cuando no haya otra fuente de pago.
 - c) En caso de que no esté disponible ninguna fuente de pago por parte de terceros, a los pacientes/avales se les dará información sobre el Programa de Asistencia Financiera.
 - d) Personal del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes asistirá a los pacientes/avales para acordar un plan de pago si no está disponible ayuda (por ejemplo, de programa de asistencia financiera local, estatal, federal o del Community Memorial Health System).

3. Proceso de Acceso de los Pacientes

Las agencias de cobranzas que se encarguen del cobro de deudas en nombre del Community Memorial Health System volverán a remitir al hospital a todos los pacientes/avales con solicitudes del Programa de Asistencia Financiera cuando el paciente/avalista exprese que tiene dificultades para cumplir las expectativas de pago de la agencia de cobranza. Las agencias de cobranza no participarán en ninguna actuación extraordinaria de cobro durante el periodo de solicitud de 240 días a partir del primer estado de cuentas de facturación posterior al alta.

B. Identificación del Programa de Asistencia Financiera:

1. Proceso de Solicitud

- a) Las solicitudes de Asistencia Financiera pueden completarse en cualquier momento a lo largo del ciclo de facturación, cuando un pago verdaderamente por cuenta propia está vencido y se reconoce (o el paciente/solicitante ha expresado) que existe una dificultad financiera.
- b) Puede completarse una solicitud antes de recibirse los servicios si se recibe confirmación y el servicio es verdaderamente de pago por cuenta propia. El programa de Asistencia Financiera excluye los Procedimientos Estéticos, y será revisado para comprobar la necesidad médica. Las pacientes de maternidad están excluidas de esta política, puesto que Medi-cal prestará asistencia con esos casos. Es posible que sean aplicables otras exclusiones; véase la lista de exclusiones.
- c) La elegibilidad está condicionada a que el paciente coopere con el proceso de solicitud.
- d) El proceso de solicitud incluye completar la solicitud de asistencia financiera y aportar verificación de documentos.
 - i. Cuando no puede llenarse un formulario de solicitud, el Director de Admisiones / Departamento de Servicios Financieros para Pacientes puede utilizar su discreción para identificar y autorizar la cuenta como Programa de Asistencia Financiera.
 - ii. Cuando se reciba la solicitud completada, el Director de Admisiones / Departamento de Servicios Financieros para Pacientes o la persona que este designe, completará la hoja de cálculo de la asignación del Programa de Asistencia Financiera y tomará la decisión final en cuanto a elegibilidad.
- e) La confirmación de que se mantiene la elegibilidad puede actualizarse cada 3

- meses.
- f) Para los pacientes que reúnan los requisitos para asistencia financiera y que estén cooperando de buena fe para liquidar sus facturas de hospital, el CMHS puede ofrecer planes de pago ampliado, véase la Política de Jerarquía de Pagos, y no impondrá embargos de salarios ni obligará al embargo de primeras viviendas, no impondrá acciones que obliguen a la quiebra, ni enviará facturas impagadas a agencias externas de cobranza.
 - g) Una vez que se haya recibido la solicitud completada, se enviará al paciente o avalista una carta de aceptación o no aceptación al programa dentro de los 15 días posteriores a la fecha de recepción.
 - h) El CMHS puede pedir que el paciente solicite ayuda del gobierno a través del programa Medi-cal.
2. Criterios de cualificación y Reducción de Deuda Asociada: La Solicitud de Asistencia Financiera se utiliza para determinar la elegibilidad del paciente/avalista para:
- a) Beneficencia
 - i. Las cancelaciones para reducción de la deuda de Asistencia Financiera se basarán en una escala de tarifas progresiva, utilizando los Índices Federales de Pobreza de los Estados Unidos (FPG) vigentes. (Anexo C)
 - ii. La información procedente de la solicitud financiera del solicitante (Anexo D) y la documentación justificativa se aplicará a la lista de Exclusiones (Anexo A) para determinar la cantidad de Asistencia Financiera autorizada que debe concederse.
 - iii. La verificación puede incluir, pero sin limitarse a ello, la declaración de impuestos federales más reciente del solicitante y 3 meses de talones de pago de sueldos recientes (incluyendo el actual).
 - iv. El patrimonio y/o activos netos del solicitante (determinación de recursos) también puede utilizarse como factor determinante para la aprobación de Asistencia Financiera.
 - b) No asegurados, con seguro insuficiente o necesitados económicamente
 - i. Las cancelaciones de reducción de deuda de Asistencia Financiera se basarán en una escala progresiva (Anexo C), utilizando los Índices Federales de Pobreza de los Estados Unidos vigentes, ingresos, activos, tamaño de la familia, necesidades médicas y costes catastróficos. La Asistencia Financiera oscila desde las Tarifas de Medicare hasta el 100% y está disponible para todos los pacientes, independientemente de que tengan seguro de salud. Los pacientes que tengan seguro de salud pueden ser elegibles para asistencia sobre el saldo restante (coaseguro/deducibles) después de que pague el seguro. Véase la Política de Jerarquía de Pagos.
 - ii. La información procedente de la solicitud financiera del solicitante (Anexo D) y la documentación justificativa se aplicará a la lista de Exclusiones (Anexo A) para determinar la cantidad de Asistencia Financiera autorizada que debe concederse.
 - La verificación puede incluir, pero sin limitarse a ello, la declaración de impuestos federales más reciente del solicitante y 3 meses de talones de pago de sueldos actuales.
 - El patrimonio y/o activos netos del solicitante (determinación de recursos) también pueden utilizarse como factor determinante para la aprobación de Asistencia Financiera.
 - Los pacientes trabajadores por cuenta propia deben presentar una declaración de Beneficios y Pérdidas para la comprobación de sus

ingresos.

- c) Los pacientes/avales que experimenten una pérdida de ingresos repentina y prolongada pueden ser elegibles para el Programa de Asistencia Financiera sobre la base de 3 meses de talones de pago recientes y/o documentación de fuentes como Servicios Sociales, etc. que confirmen la alegación de Pérdida de Ingresos.
- d) Asistencia del Gobierno: Para determinar si una persona es elegible para Asistencia Financiera, deben tenerse también en cuenta otros programas de asistencia del condado o del gobierno.
 - i. El Community Memorial Health System tiene contrato con asesores de pacientes externos para determinar la elegibilidad para ayuda del gobierno o de otro tipo, según sea apropiado.
 - ii. Las personas que son elegibles para programas (como Medi-cal) pero que no tenían cobertura en el momento que se proporcionaron los servicios médicos pueden recibir aprobación para Asistencia Financiera siempre y cuando el paciente ahora pida asistencia del gobierno. Esto puede ser prudente especialmente si el paciente necesita servicios continuados.
 - iii. Para pacientes que no responden al proceso de solicitud, deben utilizarse otras fuentes de información, según se describe en la sección IV más adelante, para realizar una evaluación individual de necesidad financiera. Esta información permitirá al CHMS tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de pacientes que no responden.
 - iv. Con la finalidad de ayudar a los pacientes necesitados económicamente, podrá utilizarse a un tercero para realizar una revisión de la información del paciente para evaluar la necesidad económica. Esta revisión utiliza un modelo predictivo reconocido en el sector de la atención sanitaria, basado en bases de datos de dominio público. Estos registros públicos permiten al CHMS evaluar si el paciente tiene las características de otros pacientes que históricamente han sido elegibles para asistencia financiera según el proceso tradicional de solicitud. En casos en los que hay una ausencia de información aportada directamente por el paciente, y después de esfuerzos de confirmar disponibilidad de cobertura, el modelo predictivo ofrece un método sistemático para conceder elegibilidad presunta a los pacientes necesitados económicamente. El modelo predictivo puede utilizar, sin limitarse a ello, la calificación crediticia del paciente, el código postal, etc.
 - v. La Ayuda Financiera concedida según el Modelo Predictivo está pensada para concederse una sola vez. A los Pacientes que se les conceda Ayuda Presunta se les pedirá que completen el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera para servicios futuros. En el caso de que un paciente no sea elegible según el modelo predictivo, el paciente todavía puede aportar información justificativa dentro de los plazos establecidos y ser tenido en cuenta dentro del proceso tradicional de solicitud de Asistencia Financiera. Las cuentas de pacientes a las que se les conceda la categoría de elegibilidad presunta se ajustarán utilizando el *Charity Pre (CHARPRE)* específico en el momento en que la cuenta se considera no cobrable y antes de remitirse a cobranza o cancelación como deuda incobrable. El descuento concedido se clasificará como ayuda financiera, la cuenta del paciente no se enviará a cobranza, y no se incluirá en el gasto por deudas incobrables del CHMS.
 - vi. Las cuentas de pacientes a las que se les conceda la categoría de elegibilidad presunta se ajustarán utilizando el *Charity Pre (CHARPRE)* específico en el momento en que la cuenta se considera no cobrable y antes de remitirse a

cobranza o cancelación como deuda incobrable. El descuento concedido se clasificará como ayuda financiera, la cuenta del paciente no se enviará a cobranza y no se incluirá en el gasto por deudas incobrables del CHMS.

- vii. A los pacientes elegibles para asistencia financiera no se les cobrará más de las cantidades cobradas normalmente. El método prospectivo de Medicare se está utilizando para determinar las cantidades cobradas normalmente.

C. Otras Reducciones de Deuda

1. Las cancelaciones administrativas no se considerarán Atención de Beneficencia.
2. Las Deudas Incobrables no se considerarán Atención de Beneficencia.
3. Las cuentas de Deudas Incobrables devueltas por agencias de cobro externas que han determinado que el paciente/avalista no tiene capacidad para pagar, de acuerdo con la política del Programa de Asistencia Financiera, se clasificarán como Atención de Beneficencia.
4. Las cuentas reducidas a saldo cero como resultado del fallecimiento del paciente/avalista sin sucesión se considerarán Atención de Beneficencia, según demuestre documentación justificativa.
5. Las cuentas reducidas a saldo cero como resultado de quiebra se considerarán Atención de Beneficencia.
6. La aprobación de Asistencia Financiera y de cualquier atención suministrada cubierta por el Programa de Asistencia Financiera no obliga al Community Memorial Health System a seguir ofreciendo atención

D. Autorizaciones de Reducción de Deuda

1. Nivel de aprobación: Todas las solicitudes de Asistencia Financiera deben aprobarse del modo siguiente:

<u>Desde</u>	<u>Hasta</u>	<u>Cargo</u>
\$0	\$10,000	Director de Representantes de Cuentas de Pacientes
\$10,001	\$100,000	Director de Departamento de Servicios Financieros para Pacientes
\$100,001	\$Superior	Vicepresidente de Finanzas

E. Otras consideraciones sobre el Programa de Asistencia Financiera

La aprobación de Asistencia Financiera y de cualquier atención suministrada cubierta por el Programa de Asistencia Financiera no obliga al Community Memorial Health System a seguir ofreciendo atención.

- Factores que no se tienen en cuenta
Los siguientes factores no se tendrán en cuenta al realizar recomendaciones de Asistencia Financiera y/o en la concesión de la ayuda: Deuda Incobrable; ajustes contractuales; pagos insuficientes percibidos por operaciones; casos pagados mediante aportaciones de beneficencia; programas de servicio o alcance a la comunidad; o situación laboral. Dicho de otro modo, estas fuentes de ingresos no influyen sobre la elegibilidad del paciente.
- Igualdad de oportunidades
En la toma de decisiones sobre Asistencia Financiera, el Community Memorial Health System está comprometido con el cumplimiento de las múltiples leyes federales y estatales que prohíben la discriminación basada en raza, sexo, edad, religión, nacionalidad de origen, estado civil, orientación sexual, discapacidades,

servicio militar o cualesquiera otras clasificaciones protegidas por las leyes federales, estatales o locales.

➤ Razones para denegación

1. Ingresos suficientes
2. Falta de cooperación, a pesar de esfuerzos razonables para trabajar con el paciente
3. Solicitud incompleta de Asistencia Financiera, a pesar de esfuerzos razonables para trabajar con el paciente
4. Retirada de pago de seguro y/o de fondos de pago de seguro
5. No completar las solicitudes de Medi-cal
6. No participar y cooperar con el Proveedor de Elegibilidad de Medi-Cal

➤ Periodo de Cobertura

Los servicios proporcionados por hospitales y clínicas del Community Memorial Health System están cubiertos por el Programa de Asistencia Financiera.

Pueden incluirse en la reducción servicios contraídos por el paciente/avalista y servicios futuros que no se extiendan más allá de 30 días. Los pacientes/avales que reciban atención sanitaria 3 meses más allá de la aprobación inicial del Programa de Asistencia Financiera deberán volver a verificar su información de ingresos económicos.

Entidades no cubiertas dentro de la política del Programa de Asistencia Financiera: No son elegibles para inclusión en el Programa de Asistencia Financiera el Cuidado de Larga Duración, los Centros de Residencia Asistida, equipamiento médico para el hogar/duradero y cualquier otro servicio no proporcionado típicamente por los hospitales y clínicas tradicionales.

Solamente son elegibles para Atención de Beneficencia los servicios proporcionados a los pacientes como atención de emergencia y médicamente necesaria. Los servicios electivos no son elegibles para reducción dentro del Programa de Asistencia Financiera, a menos que hayan sido aprobados previamente a través de las pautas del Programa de Asistencia Financiera.

Se adjunta a esta política una lista de servicios excluidos del Programa de Asistencia Financiera.

Anexo A – Exclusiones del Programa de Asistencia Financiera

1. Aborto: Servicios, suministros, atención o tratamiento en relación con un aborto electivo.
2. Acupuntura: Shiatsu, estimulación eléctrica del periostio, terapia de quelación, terapia inmunoaugmentativa (por sus siglas en inglés, IAT), termógrafo, terapia de reconstrucción de articulaciones, escleroterapia de las articulaciones, prototerapia, o inyecciones ligamentosas con agentes esclerosantes, tratamiento de manipulación osteopática, y kebiozen.
3. Atención experimental o no medicamento necesaria y tratamiento que, o bien es de naturaleza experimental/investigadora o no es médicamente necesario.
4. Cirugía estética: Cirugía estética o cualquier complicación surgida de cirugía estética, incluyendo: tratamiento por láser o ablación de lesiones benignas de la piel [excepto condiloma acuminado], dermoabrasión, exfoliación química superficial, y exfoliaciones químicas medias o profundas no dirigidas al tratamiento de lesiones precancerosas de la piel. Esta exclusión no se aplica a cirugía estética necesaria para corregir una condición surgida de una Lesión por Accidente, o cuando se realiza para corregir una anomalía congénita en aquellos casos en que la corrección recupera un proceso funcional del cuerpo.
5. Cirugía gástrica: Cualesquiera servicios, suministros o programas relacionados con cirugía gástrica para pérdida de peso.
6. Complicaciones: Complicaciones de procedimientos no cubiertos.
7. Cuidado de custodia: Se considera “Cuidado de Custodia” la atención cuya finalidad principal es cubrir necesidades personales, más que médicas, y que puede brindarse por parte de personas sin conocimientos médicos específicos. Dicha atención incluye, sin limitarse a ello: ayudar a un paciente a andar, a acostarse o levantarse de la cama, o a tomar medicinas normales administradas por uno mismo. La atención domiciliaria y hospitalización como paciente ingresado no están cubiertas para los efectos de Cuidado de Custodia.
8. Enfermería privada: Gastos relacionados con la atención, tratamiento o servicios de una enfermera privada.
9. Esterilización quirúrgica: Procedimientos electivos de esterilización quirúrgica.
10. Impotencia: Atención, tratamiento, servicios, suministros o medicación en relación con diagnóstico y tratamiento de la impotencia.
11. Infertilidad: Atención, suministros, servicios, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, inseminación, trasplantes y almacenamiento de embriones o fecundación in vitro.
12. Masaje: Servicios de masajistas, fisioculturistas, instructores de educación física o ayudantes de gimnasios.
13. Obesidad: Cuidado y tratamiento de la obesidad, pérdida de peso o control dietético, independientemente de que sea, en cualquier caso, parte del plan de tratamiento para otra enfermedad.
14. Ocupacional: Gastos derivados o relacionados con una lesión o enfermedad de naturaleza ocupacional, esto es, surgida de trabajo a cambio de remuneración o beneficios, incluyendo trabajo por cuenta propia. Esta exclusión se aplica incluso si el Participante renuncia, o no hace valer su derecho según la ley, o gastos resultantes de remuneración o beneficio. Un ejemplo de esto: si la persona es un trabajador por cuenta propia y sufre una lesión o enfermedad que surge como consecuencia de dicha actividad laboral, o en el curso de la misma, los gastos no estarán cubiertos por la Política de Asistencia Financiera si el trabajador por cuenta propia escogió no participar en un programa de Compensación de los Trabajadores,

- en consonancia con cualquier ley estatal o federal aplicable.
15. Programas de ejercicio: Programas de ejercicio para el tratamiento de cualquier condición, excepto terapia ocupacional o física, o rehabilitación cardíaca supervisada por un médico.
 16. Reversión de la esterilización quirúrgica: Cuidado y tratamiento para la reversión de la esterilización quirúrgica.
 17. Sin recomendación de un médico: Atención, tratamiento, servicios o suministros no recomendados y aprobados por un Médico, o tratamiento, servicios o suministros cuando el paciente no está bajo la atención continua de un médico. Se entiende por “cuidado continuo” supervisión o tratamiento médicos continuados, que constituyan una atención apropiada para una lesión o enfermedad.
 18. Subrogación: Cualquier servicio asociado con cualquier tipo de acuerdo o contrato de subrogación, incluyendo subrogación tradicional, inseminación artificial relacionada con un acuerdo o contrato de subrogación, o subrogación de gestación o de fertilización in vitro.
 19. Tratamiento dental: Tratamiento dental rutinario, a menos que sea médicamente necesario debido a una condición médica seria o lesión por accidente.

Anexo B – Definiciones del Programa de Asistencia Financiera

- A. Deuda Incobrable: Gastos brutos contraídos en la provisión de servicios a pacientes que se determinó que tenían la capacidad para pagar por dichos servicios, pero posteriormente no la tienen. Esta determinación puede tomarse a la recepción, o en cualquier momento posterior.
- B. Atención de Beneficencia: Gastos brutos contraídos en la provisión de servicios a pacientes que se determinó que no tenían la capacidad de pagar por dichos servicios, por los cuales en último extremo el Community Memorial Health System no espera recibir pago. Esta determinación puede tomarse durante el ingreso, o en cualquier momento posterior. Además, el Programa de Asistencia Financiera también debería incluir:
- C. Área de Servicio: El área de servicio del hospital, a los efectos de esta política, se considera que es un área geográfica que afecta al Oeste del Condado de Ventura.
- D. Pérdida de Ingresos Repentina y Prolongada: Los Pacientes que sufran una pérdida de ingresos repentina y prolongada de un mínimo de 90 días debido a enfermedad, completarán una solicitud de Programa de Asistencia Financiera.
- E. Deudas varias anuladas: Gastos brutos contraídos en la provisión de servicios a pacientes que se determinó que tenían la capacidad de pagar, pero sobre la base de pleitos, disputas, etc. se tomó la decisión administrativa de no exigir el pago.
- F. Cantidades devueltas por agencias de cobranzas: Una vez transcurrido un cierto periodo de tiempo, la agencia de cobranza devolverá cualquier cuenta que se considere que no se puede cobrar. Sus cuentas devueltas deberían cancelarse como Atención de Beneficencia, siempre y cuando la agencia profesional haya determinado que el paciente no puede pagar la factura.
- G. Fallecido sin patrimonio: Las cuentas pendientes de personas que fallecen sin patrimonio deben cancelarse como Atención de Beneficencia. Si se recibe un pago parcial procedente del patrimonio, el resto de la factura debe considerarse Atención de Beneficencia
- H. Quiebra: Las cuentas pendientes de personas declaradas en quiebra deben cancelarse como Atención de Beneficencia.
- I. Ingresos: Equivalente en efectivo recibido/ ganado por unidad familiar.
- J. Activos: Recursos/ Posesiones distintos de los ingresos. Incluyendo, pero sin limitarse a ello, activos en forma de bienes inmuebles, ahorros, cheques, y activos de inversión.
- K. Activos netos: Activos menos deuda.
- L. Determinación de recursos: Los activos netos que superen el 200% de los ingresos por unidad familiar se considerarán ingresos para los fines del Programa de Asistencia Financiera.
- M. Episodio de Atención: Tratamiento prescrito por un médico, proporcionado durante un periodo de tiempo limitado.
- N. Necesidad médica: Servicios y suministros aceptados de atención de salud proporcionados por entidades de atención de salud, apropiados para evaluación y tratamiento de una enfermedad, condición o lesión, y en consonancia con los niveles de atención aplicables.

Anexo C – Ingresos y reducción de la deuda elegibles

Número de personas en familia o unidad familiar	FPG 2015 Ingresos brutos 6 Meses	200% de ajuste de FPG	201%-300% de ajuste de FPG	301% y superior: remitirse a Política de Asistencia Financiera de Beneficencia
1	11,770.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Remitirse a la Política de Asistencia Financiera de Beneficencia</i>
2	15,930.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Remitirse a la Política de Asistencia Financiera de Beneficencia</i>
3	20,090.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Remitirse a la Política de Asistencia Financiera de Beneficencia</i>
4	24,250.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Remitirse a la Política de Asistencia Financiera de Beneficencia</i>
5	28,410.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Remitirse a la Política de Asistencia Financiera de Beneficencia</i>
6	32,570.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Remitirse a la Política de Asistencia Financiera de Beneficencia</i>
7	36,730.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Remitirse a la Política de Asistencia Financiera de Beneficencia</i>
8	40,890.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Remitirse a la Política de Asistencia Financiera de Beneficencia</i>
Cada adicional	4,160.00			

TABLA 1

200% de los Índices de Pobreza es igual a cancelación por beneficencia sin responsabilidad del paciente

Tamaño de la Unidad	Índices de ingresos	Índices de ingresos	Índices de ingresos
Familiar	Tres meses	Seis meses	Un año

1	\$ 5,885	\$ 11,770	\$ 23,540
2	\$ 7,965	\$ 15,930	\$ 31,860
3	\$ 10,045	\$ 20,090	\$ 40,180
4	\$ 12,125	\$ 24,250	\$ 48,500
5	\$ 14,205	\$ 28,410	\$ 56,820
6	\$ 16,285	\$ 32,570	\$ 65,140
7	\$ 18,365	\$ 36,730	\$ 73,460
8	\$ 20,445	\$ 40,890	\$ 81,780

Para unidades familiares con más de ocho (8) miembros, añadir \$4160.00 por cada miembro adicional.

TABLA 2

300% de los Índices de Pobreza es igual al 40% de Tarifas de Medicare o al DRG de Medicare para pacientes ingresados (la menor entre las dos cantidades)

Tamaño de la Unidad	Índices de ingresos	Índices de ingresos	Índices de ingresos
Familiar	Tres meses	Seis meses	Un año

1	\$ 8,828	\$ 17,655	\$ 35,310
2	\$ 11,948	\$ 23,895	\$ 47,790
3	\$ 15,068	\$ 30,135	\$ 60,270
4	\$ 18,188	\$ 36,375	\$ 72,750
5	\$ 21,308	\$ 42,615	\$ 85,230
6	\$ 24,428	\$ 48,855	\$ 97,710
7	\$ 27,548	\$ 55,095	\$ 110,190
8	\$ 30,668	\$ 61,335	\$ 122,670

Para unidades familiares con más de ocho (8) miembros, añadir \$6240.00 por cada miembro adicional.

TABLA 3

500% de los Índices de Pobreza es igual al 100% of Tarifas de Medicare o al 17% de las Tarifas para pacientes ingresados y el 12.5% de las Tarifas para Pacientes Externos

Tamaño de unidad	Índices de ingresos	Índices de ingresos	Índices de ingresos
Familiar	Tres meses	Seis meses	Un año

1	\$ 14,713	\$ 29,425	\$ 58,850
2	\$ 19,913	\$ 39,825	\$ 79,650
3	\$ 25,113	\$ 50,225	\$ 100,450
4	\$ 30,313	\$ 60,625	\$ 121,250
5	\$ 35,513	\$ 71,025	\$ 142,050
6	\$ 40,713	\$ 81,425	\$ 162,850
7	\$ 45,913	\$ 91,825	\$ 183,650
8	\$ 51,113	\$ 102,225	\$ 204,450

Para unidades familiares con más de ocho (8) miembros, añadir \$10,400.00 por cada miembro adicional.

TABLA 4

700% de los Índices de Pobreza es igual al 125% de las Tarifas de Medicare o 21.25% de tarifas para pacientes ingresados y 15.5% de las Tarifas para Pacientes Externos

Tamaño de unidad	Índices de ingresos	Índices de ingresos	Índices de ingresos
Familiar	Tres meses	Seis meses	Un año

1	\$ 20,598	\$ 41,195	\$ 82,390
2	\$ 27,878	\$ 55,755	\$ 111,510
3	\$ 35,158	\$ 70,315	\$ 140,630
4	\$ 42,438	\$ 84,875	\$ 169,750
5	\$ 49,718	\$ 99,435	\$ 198,870
6	\$ 56,998	\$ 113,995	\$ 227,990
7	\$ 64,278	\$ 128,555	\$ 257,110
8	\$ 71,558	\$ 143,115	\$ 286,230

Para unidades familiares con más de ocho (8) miembros, añadir \$14,560.00 por cada miembro adicional.

TABLA 5

Si los ingresos brutos superan los 169,750.00 anuales, el descuento en ese caso equivale al 40% de los gastos

**Anexo D – Solicitud de Programa de Asistencia Financiera/Carta
Introdutoria/Instrucciones**



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

Para solicitar en persona o recibir un ejemplar electrónico:
5855 Olivas Park Dr
Ventura, CA 93003

Horas de oficina:
Lun. – Vie. 8:00 am – 4:00 pm
www.cmhshealth.org

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA SIN CARGO**

Nombre del paciente _____

Número(s) de cuenta del Paciente _____

Nombre del Aval _____

Fecha de nacimiento _____ Número SS# _____ - _____ - _____

Teléfono () _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Nombre del/ de la cónyuge _____ Número SS# _____ - _____ - _____

¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? ___ Sí ___ No

¿En caso contrario, es usted extranjero residente? ___ Sí ___ No

¿De lo contrario, extranjero no residente? ___ Sí ___ No

SITUACIÓN FAMILIAR: Enumere todas las personas que dependen de usted

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO Y OCUPACIÓN:

Empleador _____ Puesto: _____

Si trabaja por cuenta propia, nombre de la empresa _____

Dirección del empleador _____

Número de teléfono _____ Cuanto tiempo en el empleo _____

Empleador del/ de la cónyuge: _____ Puesto: _____

Si trabaja por cuenta propia, nombre de la empresa _____

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS ACTUALES

Ingresos actuales mensuales:	Paciente	Cónyuge
Remuneración bruta	\$ _____	\$ _____
Ingresos del negocio (si trabaja por cuenta propia)	\$ _____	\$ _____
Intereses y dividendos	\$ _____	\$ _____
Ingresos de bienes inmuebles o propiedad personal	\$ _____	\$ _____
Ingresos de Seguro Social/ Retiro	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$ _____	\$ _____
Remuneración por desempleo	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____
Ingresos mensuales totales	\$ _____	\$ _____
Gastos actuales mensuales:		
Alquiler o pago de la vivienda	\$ _____	\$ _____
Impuestos sobre bienes inmuebles	\$ _____	\$ _____
Servicios públicos	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$ _____	\$ _____
Educación	\$ _____	\$ _____
Alimentos	\$ _____	\$ _____
Deducciones sobre la nómina	\$ _____	\$ _____
Gastos médicos, dentales y en medicinas	\$ _____	\$ _____
Otros _____	\$ _____	\$ _____
Gastos mensuales totales	\$ _____	\$ _____
Ingresos mensuales netos después de gastos	\$ _____	\$ _____

Al firmar esta Solicitud, doy mi consentimiento para permitir que el Community Memorial Health System contacte a mi empleador, mi banco y otras fuentes, así como para solicitar un historial crediticio, a fin de determinar mi elegibilidad para Atención de Beneficencia. Entiendo que, si no reúno los requisitos para los servicios dentro de las pautas de Atención de Beneficencia, tendré que hacer frente personalmente a los gastos de los servicios prestados. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta. Si se determina que cualquier información aquí proporcionada es falsa o engañosa, entiendo que se denegará la elegibilidad para Atención de Beneficencia.

También entiendo que esta solicitud es únicamente para gastos del Community Memorial Health System. Todos los gastos correspondientes a médicos, profesionales de radiología, profesionales de la sala de emergencias de Ojai, ambulancias, servicios de anestesiología o servicios de patología facturados independientemente del Community Memorial Health System no están cubiertos por esta solicitud.

(Firma del Paciente o Aval)

(Fecha)

(Firma del solicitante conjunto)

(Fecha)



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

Para solicitar en persona, por favor, visite:

5855 Olivas Park Dr.
Ventura, CA 93003
Horas de oficina:
Lun. – Vie. 8:00 am – 4:00 pm

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA SIN CARGO**

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Número(s) de cuenta: _____

Saldo total para su consideración: \$ _____

En respuesta a su solicitud de Asistencia Financiera respecto del/ de los números de cuenta que se identifican más arriba, le rogamos entregue la documentación siguiente, como máximo diez (10) días a partir de la fecha de esta carta, en persona o por correo, enviándola a: 5855 Olivas Park Dr. Ventura Ca 93003. Horas de oficina: Lun. – Vie. 8:00 am – 4:00 pm.

Es importante que la solicitud esté completa y que se proporcione toda la información que se pide, para poder evaluar correctamente su capacidad de pagar la factura del hospital en su totalidad o en parte.

- (1) Solicitud de beneficencia completada en su totalidad (adjunta a esta carta)
- (2) Copias de sus talones de nómina de sus periodos de pago actuales, correspondientes a los últimos tres meses. Nótese que esto también incluye asistencia pública (por ejemplo, Seguro Social, Desempleo o Discapacidad). Si usted percibe sus ingresos en efectivo, por favor, entréguenos una declaración por escrito de su empleador en la que haga constar sus ingresos.

Si actualmente usted no está recibiendo ningún ingreso, por favor, redacte un párrafo breve en una hoja de papel aparte, describiendo su situación financiera actual. No olvide incluir la fecha y firma. Si usted está recibiendo Asistencia Financiera o vive con alguien, por favor, pida a esta persona que escriba una declaración en la que explique la situación.

- (3) Verificación de alquiler o hipoteca.
- (4) Copia de su estado de cuenta bancario del mes anterior (ahorros, cheques, cuentas IRA, cuentas de mercado monetario, etc...)
- (5) Copia de su declaración de impuestos del año anterior (1040 completado y firmado)

Por favor, envíe copias de estos documentos, puesto que no le serán devueltos. Cuando recibamos su solicitud completada, será revisada en el plazo de 15 días desde la fecha de su recepción, para determinar si usted es elegible. Usted recibirá una carta con nuestra decisión, y más instrucciones si fuera necesario.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor, contacte a nuestro departamento de servicios a clientes, llamando al 805-652-5632. Si desea ayuda, puede llamarme directamente al (805)_____ .

Representante de Cuentas de Pacientes
Community Memorial Health System

Búsqueda de palabra clave: Atención de Beneficencia, Atención sin cargo		
Anexos:		
Políticas relacionadas: Política de Jerarquía de Pacientes		
Referencias:		
Fecha original de entrada en vigor: (mm/aa)04/13	Última fecha de modificación: 11/11/2013	Última fecha de revisión: 11/11/2013
Sustituido por:		
Persona(s) de referencia: Terry Ellis Director de Servicios Comerciales para Pacientes	Proceso de aprobación: Director financiero Director ejecutivo	
Aprobado por: Nombre: Dave Glycer Cargo: Director Financiero	Aprobado por: Nombre: Gary Wilde Cargo: Director Ejecutivo	Aprobado por: Nombre Cargo