

I. PROPÓSITO

Community Memorial Healthcare (CMH) se compromete a brindar asistencia financiera a las personas que no tienen seguro (pagan por cuenta propia), tienen un seguro insuficiente, no reúnen los requisitos para recibir asistencia a través de un programa gubernamental o no pueden pagar por los servicios de atención médica según su situación financiera individual. CMH brinda atención médica de emergencia a todas las personas, independientemente de si reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera o asistencia gubernamental.

Esta política se aplica a los siguientes establecimientos: Community Memorial Hospital – Ventura y Community Memorial Hospital – Ojai para todos los servicios de emergencia, ambulatorios y de hospitalización que se brindan, con la excepción de la atención experimental o de investigación y los honorarios médicos profesionales.

II. POLÍTICA

La misión de Community Memorial Healthcare es brindar la mejor atención a todos los pacientes todos los días a través de la práctica clínica y la educación integradas. CMH se esfuerza por beneficiar a la humanidad a través del trabajo en estas áreas, a la vez que apoya a las comunidades en las que vivimos y trabajamos. Como parte de ese compromiso, CMH atiende adecuadamente a pacientes en circunstancias financieras difíciles. Ante todo, la filosofía que guía a CMH es que las necesidades del paciente son prioridad.

El propósito de esta política es garantizar un método justo, no discriminatorio, efectivo y uniforme para la prestación de asistencia financiera a las personas elegibles que no pueden pagar total o parcialmente los servicios de emergencia y de otro tipo proporcionados por CMH. La asistencia financiera está disponible para todos los pacientes y, una vez aprobada, puede dar lugar a la cancelación total de los cargos, la cancelación parcial (descuento) de los cargos y/o la creación de un plan de pago mensual flexible con el paciente para sus saldos pendientes.

Esta política se aplica a los servicios de emergencia, electivos, ambulatorios, de hospitalización, así como a todos los demás servicios médicos. Los proveedores (es decir, médicos, radiólogos, anesthesiólogos, etc.) que prestan servicios en el hospital no están cubiertos por esta política, ya que no facturan a través de nuestra organización y facturarán sus servicios al paciente de forma independiente. Los servicios que se brindan en los centros de salud (clínicas) de Community Memorial Healthcare no aplican para la asistencia financiera. Se recomienda a los pacientes que se comuniquen con el consultorio del proveedor para consultar sobre la asistencia financiera para sus servicios.

CMH se pondrá en contacto con los pacientes que pagan por cuenta propia y tienen un seguro insuficiente de varias maneras. Hay asesores financieros disponibles en ambos establecimientos para ayudar a los pacientes a completar las solicitudes de Medi-Cal y nuestra solicitud de asistencia financiera, así como a crear un plan de pago con los pacientes. El paciente también puede recibir información sobre los programas de asistencia locales, estatales y federales que están disponibles para ayudar con los gastos médicos.

La asistencia financiera está disponible para todos los pacientes y garantes cuando dicha asistencia coincida con esta política y con las leyes federales y estatales que rigen los beneficios permitidos para los pacientes. CMH hará todos los esfuerzos razonables para determinar la existencia o no de una cobertura de terceros que pueda estar disponible, en su totalidad o en parte, para la atención prestada por CMH, antes de dirigir cualquier iniciativa de cobro al paciente. Los pacientes sin seguro pueden recibir un descuento por no estar asegurados. Los saldos de asistencia financiera elegibles incluyen, entre otros, los siguientes: pagos por cuenta propia, cargos para pacientes con cobertura de una entidad sin relación contractual, montos de coseguro, deducible y copago relacionados con los pacientes asegurados. Los montos de deducible y coseguro declarados como deudas incobrables de Medicare se excluirán de la declaración de atención caritativa (llamada en inglés "Charity Care").

Los pacientes que buscan asistencia financiera deben completar la solicitud de asistencia financiera de CMH y se determinará si reúnen los requisitos según la necesidad financiera en el momento o en cualquier momento en que CMH reciba información sobre los ingresos del paciente o de su garante que pueda indicar una necesidad financiera. Se harán todos los esfuerzos razonables para notificar e informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera al brindar información durante el ingreso y el alta, en el estado de facturación del paciente y en las áreas de facturación accesibles para los pacientes. Asimismo, en el sitio web de CMH, mediante notificación verbal durante las conversaciones sobre el pago, así como en los anuncios en las áreas hospitalización y atención ambulatoria, incluidas las áreas donde los pacientes ingresan o están registrados y en el departamento de emergencias. Además, CMH notificará a los pacientes que hay organizaciones comunitarias disponibles para ayudar al paciente a comprender el proceso de facturación y pago, así como la información sobre la presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera, y CMH incluirá la información de contacto de estas organizaciones en los formularios de admisión de rutina que presenta a los pacientes. CMH conservará la información que se utiliza para determinar la elegibilidad de acuerdo con sus políticas de gestión de registros.

A. Pautas de elegibilidad y procesamiento

Proceso de solicitud

Los pacientes o los garantes pueden solicitar y presentar una solicitud de asistencia financiera, que es gratuita y está disponible en los establecimientos de CMH, o bien, a través de siguientes medios: pueden informar al personal de servicios financieros para pacientes, en el momento del alta o del ingreso o antes, de que la asistencia se solicita y se presenta con la documentación completa, por correo o en www.mycmh.org, donde pueden descargar y enviar la solicitud completa con la documentación. A la persona que solicite asistencia financiera se le realizará una evaluación preliminar, que incluirá una revisión para determinar si el paciente ha agotado las fuentes de pago de terceros o no es elegible para ellas, y si puede reunir los criterios para recibir atención caritativa o nuestras opciones de planes de pago con descuentos.

CMH ha designado defensores financieros de los pacientes y representantes financieros de los pacientes que están disponibles para ayudar a los pacientes a completar la solicitud de asistencia financiera y determinar si cumplen los requisitos para recibir la asistencia financiera de CMH o la asistencia financiera de los programas de seguro financiados por el gobierno, si corresponde. Se encuentran disponibles los servicios de interpretación para abordar cualquier pregunta o inquietud y para ayudar a completar la solicitud de asistencia financiera.

Un paciente o garante que pueda reunir los requisitos para solicitar asistencia financiera puede proporcionar documentación suficiente a CMH para respaldar la determinación de elegibilidad al momento de tener conocimiento de que los ingresos de una de las partes están por debajo del nivel federal de pobreza (FPL) mínimo según las regulaciones federales y estatales pertinentes. CMH suspenderá cualquier actividad de cobro en espera de una determinación inicial sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera, siempre que el paciente o su garante cooperen con los esfuerzos razonables de CMH para llegar a una determinación inicial.

Los médicos de la sala de emergencias que brindan servicios médicos de emergencia en CMH están obligados por ley a ofrecer descuentos a los pacientes que no tienen seguro o tienen costos médicos altos si sus ingresos son iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza. Los médicos emergencias también pueden optar por ofrecer descuentos a los pacientes cuyos ingresos superen el 350 % del nivel federal de pobreza. En esta política, el término "costos médicos altos" se refiere a los gastos de bolsillo significativos que paga el paciente por los servicios de emergencia recibidos en CMH.

CMH reconoce que se puede determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera o solicitar un descuento en cualquier momento al tener conocimiento de que los ingresos de una de las partes están por debajo del 400 % del estándar federal de pobreza (ajustado al tamaño de la familia). Además, CMH puede optar por conceder asistencia financiera únicamente a partir de una determinación inicial de la condición del paciente como persona indigente. En estos casos, es posible que no se requiera documentación.

1. Se puede completar una solicitud antes de recibir los servicios si se recibe la confirmación y los servicios, y se determina que el paciente tendrá una responsabilidad financiera.
2. Asimismo, se dispone de asistencia financiera para procedimientos estéticos que se consideren médicamente necesarios.
3. Cuando el paciente o su representante no puedan completar un formulario de solicitud, el director de acceso de pacientes o el director de servicios financieros para pacientes podrán, según su criterio, identificar y autorizar la cuenta que reúne los requisitos para recibir asistencia financiera.
4. Al recibir la solicitud completa, el director de acceso de pacientes o el director de servicios financieros para pacientes, o la persona que este designe, completará la hoja de trabajo sobre las asignaciones del Programa de Asistencia Financiera y tomará una decisión final sobre la elegibilidad.
5. Para los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera y que cooperen de buena fe para pagar sus facturas hospitalarias, CMH puede ofrecer planes de pago ampliados (consulte la jerarquía de pagos) y no impondrá embargos salariales ni forzará la ejecución hipotecaria de las residencias principales, no impondrá acciones que lleven a la quiebra ni enviará las facturas pendientes de pago a agencias de cobro externas.
6. Una vez que se haya recibido la solicitud completa, se enviará al paciente o garante una carta de aceptación o no aceptación del programa en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción

Criterios de calificación y reducción de deuda asociada: la solicitud de asistencia financiera se utiliza para determinar la elegibilidad del paciente/garante para:

1. Reducción de la deuda:

- a. Las cancelaciones para la reducción de deuda mediante asistencia financiera se basarán en un cronograma de tarifas variables que utilice las Pautas Federales de Pobreza vigentes de los Estados Unidos, los ingresos, el tamaño de la familia, las necesidades médicas y los gastos catastróficos. La asistencia financiera oscila entre las tarifas de Medicare y una reducción del 100 %, y está disponible para todos los pacientes. Los pacientes que tienen seguro médico pueden reunir los requisitos para recibir asistencia sobre el saldo restante (coseguro/deducibles) después de recibir el pago del seguro.
- b. La verificación puede incluir, entre otros, la declaración de impuestos federales más reciente del solicitante para el año en que se facturó por primera vez al solicitante o el año anterior. CMH también puede aceptar talones de pago recientes dentro de los seis meses anteriores o posteriores a la primera facturación del hospital al solicitante o, en el caso de un servicio previo, cuando se presentó la solicitud.

2. Sin seguro, con seguro insuficiente o con necesidad financiera

- a. Las cancelaciones para la reducción de deuda mediante asistencia financiera se basarán en un cronograma de tarifas variables que utilice las Pautas Federales de Pobreza vigentes de los Estados Unidos, los ingresos, el tamaño de la familia, las necesidades médicas y los gastos catastróficos. La asistencia financiera oscila entre las tarifas de Medicare y el 100 %, y está disponible para todos los pacientes, independientemente de si tienen o no seguro médico. Los pacientes que tienen seguro médico pueden reunir los requisitos para recibir asistencia sobre el saldo restante (coseguro/deducibles) después del pago del seguro. Consulte la Política de jerarquía de pagos.
- b. La información de la solicitud financiera del solicitante y la documentación de respaldo se aplicarán a la lista de exclusiones para determinar el monto de la asistencia financiera calificada que se otorgará.
- c. La verificación puede incluir, entre otros, la declaración de impuestos federales más reciente del solicitante para el año en que se facturó por primera vez al solicitante o el año anterior. CMH también puede aceptar talones de pago recientes dentro de los seis meses anteriores o posteriores a la primera facturación del hospital al solicitante o, en el caso de un servicio previo, cuando se presentó la solicitud.

3. Asistencia gubernamental: para determinar si una persona reúne los requisitos para recibir atención caritativa, también se deben considerar otros programas de asistencia gubernamentales o del condado.

- a. Community Memorial Healthcare contrata a defensores financieros de pacientes externos para ayudar a las personas a determinar la elegibilidad para recibir asistencia gubernamental o de otro tipo, según corresponda.
- b. Las personas que reúnen los requisitos para participar en programas (como Medi-Cal/Medicaid), pero que no estaban cubiertas en el momento en que se prestaron los servicios médicos, pueden recibir la aprobación para que se le brinde atención caritativa, siempre que el paciente solicite a partir de entonces la asistencia gubernamental. Esto puede ser prudente, especialmente si el paciente requiere servicios continuos.
- c. Para los pacientes que no responden al proceso de solicitud, se deben utilizar otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de la necesidad financiera. Esta información permitirá a CMH tomar una decisión informada sobre las necesidades financieras de los pacientes que no responden.
- d. Con el fin de ayudar a los pacientes con necesidades financieras, se puede utilizar a un tercero para revisar la información del paciente a fin de evaluar la necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo predictivo que emplea bases de datos de registros públicos. Estos registros públicos permiten a CMH evaluar la propensión del paciente a pagar la asistencia financiera según el proceso de solicitud tradicional. En los casos en que no haya información proporcionada directamente por el paciente, y después de los esfuerzos por confirmar la disponibilidad de la cobertura, el modelo predictivo proporciona un método sistemático para otorgar la presunta elegibilidad a los pacientes con necesidades financieras.
- e. El apoyo financiero otorgado en el marco del modelo predictivo está destinado realizarse una única vez. A los pacientes a quienes se les conceda apoyo presunto se les pedirá que completen la solicitud de asistencia financiera para recibir servicios futuros. En el caso de que un paciente no reúna los requisitos en el marco del modelo predictivo, este aún puede proporcionar información de respaldo y ser considerado en el marco de la asistencia financiera tradicional.
- f. Los pacientes a quienes se les conceda la condición de elegibilidad presunta se ajustarán según la atención caritativa presunta (PRECHAR) en el momento en que la cuenta se considere incobrable y antes de la remisión al cobro o la cancelación como deudas incobrables. El descuento otorgado se clasificará como apoyo financiero; la cuenta del paciente no se enviará para el cobro y no se incluirá en los gastos por deudas incobrables de CMH.
- g. Las cuentas de los pacientes a las que se les conceda la condición de elegibilidad presunta se ajustarán según la atención caritativa presunta (PRECHAR) específica en el momento en que la cuenta se considere incobrable y antes de la remisión al cobro o la cancelación como deudas incobrables. El descuento otorgado se clasificará como apoyo financiero; la cuenta del paciente no se enviará para el cobro y no se incluirá en los gastos por deudas incobrables de CMH.

Determinaciones y aprobaciones

El paciente recibirá una notificación de la determinación de la elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la solicitud de asistencia financiera completa y la documentación necesaria. El supervisor de servicios financieros para pacientes revisará las solicitudes de asistencia financiera semanalmente para determinar la elegibilidad del paciente. Cualquier determinación de inelegibilidad incluirá una explicación del motivo de la denegación junto con información sobre el proceso de apelación. Una vez que se reciba la solicitud, quedarán pendientes los esfuerzos extraordinarios de cobros hasta que se envíe al paciente una determinación por escrito de su elegibilidad. El hospital no determinará la elegibilidad para recibir asistencia basándose en información que el hospital considere incorrecta o poco confiable.

Proceso de disputa

El paciente puede apelar la determinación de la inelegibilidad para recibir asistencia financiera al proporcionar la documentación de respaldo adicional relevante a CMH dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la carta de denegación. En caso de disputa, el paciente puede solicitar la revisión del director de servicios comerciales para pacientes. CMH suspenderá todas las actividades de cobro en espera de la revisión de la apelación. Se revisarán todas las apelaciones y, si la revisión confirma la denegación, se enviará una notificación por escrito al garante y al Departamento de Salud del Estado, cuando sea necesario y de conformidad con la ley. El proceso final de apelación concluirá dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la denegación por parte de CMH. La apelación puede enviarse a la oficina comercial de Community Memorial Healthcare a la atención de: Financial Assistance 5855 Olivas Park Drive, Ventura, California 93003.

Plan de pago razonable

Una vez que se apruebe la asistencia financiera parcial del paciente, se le conceda un descuento y aún tenga un saldo pendiente, CMH negociará un plan de pago. El plan de pago razonable consistirá en pagos mensuales (sin intereses ni cargos por pagos atrasados) que no superen el 10 por ciento de los ingresos mensuales del paciente o su familia, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia que el paciente indicó en su solicitud de asistencia financiera. Los planes de pago no tendrán intereses. Los plazos del plan de pago se ampliarán para los pacientes con apelaciones de cobertura pendientes.

Facturación y cobros

Los saldos pendientes de pago adeudados por los pacientes o los garantes después de la aplicación de los descuentos disponibles, si los hubiera, pueden derivarse a cobros. CMH proporcionará, o requerirá a cualquier agencia de cobro externa que proporcione, la notificación por escrito requerida en virtud de la sección 127430 del Código de Salud y Seguridad de California (HSC) sobre los derechos del paciente en conformidad con la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas antes de iniciar las actividades de cobro. Los esfuerzos de cobro de los saldos pendientes de pago cesarán en espera de la determinación final de la elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera (FAP). Los esfuerzos de cobro de los saldos pendientes de pago cesarán en espera de la determinación final de la elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera (FAP). CMH no lleva a cabo ni permite que las agencias de cobro realicen ninguna acción de cobro extraordinaria. Para obtener información sobre las prácticas de facturación y cobro de CMH por los montos adeudados por los pacientes, comuníquese con la Oficina Comercial de CMH al 805-948-2850.

Reembolsos para pacientes

En el caso de que un paciente o garante haya realizado un pago por los servicios y, posteriormente, se determine que es elegible para recibir atención caritativa o atención con descuento, se le reembolsará cualquier pago realizado en relación con esos servicios durante el período elegible para el FAP que supere la obligación de pago, de conformidad con las regulaciones estatales.

B. Otras reducciones de deuda

1. Las cancelaciones administrativas no se considerarán atención caritativa.
2. Las deudas incobrables no se considerarán atención caritativa.
3. Las cuentas por deudas incobrables devueltas por agencias de cobro externas que hayan determinado que el paciente/garante no tiene la capacidad de pagar, de acuerdo con la política del Programa de Asistencia Financiera, se clasificarán como atención caritativa.
4. Las cuentas que se reduzcan a un saldo cero como resultado del fallecimiento del paciente/garante sin patrimonio se considerarán atención caritativa, como lo demuestra la documentación de respaldo.
5. Las cuentas que se reduzcan a un saldo cero, como resultado de la quiebra, se considerarán atención caritativa.
6. La aprobación de la asistencia financiera y de cualquier atención prestada cubierta por el Programa de Asistencia Financiera no obliga a Community Memorial Health Healthcare a brindar atención continua.

C. Autorizaciones de reducción de la deuda

Nivel de aprobación: todas las solicitudes de asistencia financiera deben aprobarse de acuerdo con lo siguiente

Monto mínimo	Monto máximo	Rol
\$0	\$10,000	Representante sénior de cuentas de pacientes
\$10,001	\$100,000	Director de servicios comerciales para pacientes
\$100,001	\$más	Director financiero (CFO)

D. Otras consideraciones del Programa de Asistencia Financiera

La aprobación de la asistencia financiera y de cualquier atención prestada cubierta por el Programa de Asistencia Financiera no obliga a Community Memorial Healthcare a brindar atención continua.

Factores no considerados

Los siguientes factores no se tendrán en cuenta al hacer una recomendación de asistencia financiera y/o al conceder la asistencia: deudas incobrables; asignaciones contractuales; pagos insuficientes percibidos por operaciones; casos pagados mediante una contribución caritativa; programas de servicio comunitario o de divulgación; o situación laboral. En otras palabras, estas fuentes monetarias no influyen en la elegibilidad del paciente.

Igualdad de oportunidades

Al tomar decisiones sobre la asistencia financiera, Community Memorial Healthcare se compromete a respetar las múltiples leyes federales y estatales que prohíben la discriminación por motivos de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, estado civil, orientación sexual, discapacidades, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por las leyes federales, estatales o locales.

Período de cobertura

Los servicios que brindan los hospitales de Community Memorial Healthcare están cubiertos por el Programa de Asistencia Financiera.

Los servicios en los que incurra el paciente/garante y los servicios futuros, que no se extiendan más de 30 días, pueden incluirse en la reducción. Se volverá a verificar la información de ingresos financieros de los pacientes o garantes que reciban servicios de atención médica 3 meses después de la aprobación inicial del Programa de Asistencia Financiera.

Entidades no cubiertas por la política del Programa de Asistencia Financiera: la atención a largo plazo, el centro de asistencia para la vida diaria, el equipo médico en el hogar/equipo médico duradero (HME y DME) y cualquier otro servicio que no suministren normalmente los hospitales o clínicas tradicionales no son elegibles para su inclusión en el Programa de Asistencia Financiera.

Los siguientes servicios pueden excluirse de la atención caritativa, pero pueden calificar para un pago con descuento si son necesarios desde el punto de vista médico.

- A. **Aborto:** es la interrupción de un embarazo mediante la extracción o expulsión de un embrión o feto.
- B. **Acupuntura:** shiatsu, estimulación eléctrica del periostio, terapia de quelación, terapia inmunoaugmentativa (IAT), termógrafo, terapia de reconstrucción articular, escleroterapia articular, prototerapia o inyecciones ligamentosas con agentes esclerosantes, tratamiento de manipulación osteopática, tratamiento de manipulación espinal y kebiozen.
- C. **Complicaciones:** complicaciones de los procedimientos no cubiertos.
- D. **Cirugía estética:** cirugía estética o cualquier complicación derivada de la cirugía estética, que incluye el tratamiento con láser o la ablación de lesiones cutáneas benignas (excepto el condiloma acuminado), la dermoabrasión, las exfoliaciones químicas superficiales y las exfoliaciones químicas medias o profundas no dirigidas al tratamiento de lesiones cutáneas precancerosas. Esta exclusión no se aplica a: la cirugía estética requerida para corregir una afección derivada de una lesión accidental, o cuando se realiza para corregir una anomalía congénita en la que la corrección restablece un proceso corporal funcional.
- E. **Cuidados custodiales:** los cuidados cuyo objetivo principal es satisfacer las necesidades personales más que las médicas y que los pueden brindar personas sin habilidades o capacitación médica especiales se consideran cuidados custodiales. Dicha atención incluye, entre otros:
 - a. Ayudar al paciente a caminar, a meterse en la cama o levantarse de ella y a tomar la medicina normal que se administra por sí mismo. La atención domiciliar y la hospitalización de pacientes no están cubiertas a los efectos de la atención custodial.

- F. **Tratamiento dental:** tratamiento dental de rutina, a menos que sea médicamente necesario debido a una afección médica grave o una lesión accidental.
- G. **Cirugía electiva:** cirugía que se programa con antelación porque no implica una emergencia médica.
- H. **Programas de ejercicios:** programas de ejercicios para el tratamiento de cualquier afección, excepto la rehabilitación cardíaca supervisada por un médico, la terapia ocupacional o la fisioterapia.
- I. **Experimental o no médicamente necesario:** atención y tratamiento que es experimental/está en fase de investigación o que no es médicamente necesario.
- J. **Cirugía gástrica:** cualquier servicio, suministro o programa que implique cirugías gástricas para bajar de peso.
- K. **Impotencia:** atención, tratamiento, servicios, suministros o medicamentos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la impotencia.
- L. **Infertilidad:** atención, suministros, servicios, diagnóstico y tratamiento para la infertilidad, la esterilidad, la inseminación artificial, los trasplantes y el almacenamiento de embriones o la fertilización in vitro.
- M. **Masaje:** servicios de un masajista, un fisicoculturista, un instructor de educación física o un asistente de un club de salud.
- N. **Sin recomendación del médico:** atención, tratamiento, servicios o suministros no recomendados ni aprobados por un médico; o tratamientos, servicios o suministros cuando el paciente no está bajo el cuidado regular de un médico. La atención regular significa la supervisión o el tratamiento médico continuo, que es la atención adecuada para la lesión o la enfermedad.
- O. **Obesidad:** cuidado y tratamiento de la obesidad, pérdida de peso o control dietético, independientemente de que, en cualquier caso, forme parte del plan de tratamiento para otra enfermedad.
- P. **Ocupacional:** los cargos por o en relación con una lesión o enfermedad, que es ocupacional, surgen del trabajo remunerado o con fines de lucro, incluido el trabajo por cuenta propia. Esta exclusión se aplica, aunque el participante renuncie o no haga valer su derecho en virtud de la ley, o a los gastos derivados del salario o las ganancias. Un ejemplo de esto es que, si la persona trabaja por cuenta propia y sufre una lesión o enfermedad como consecuencia de ese empleo o en el transcurso de ese empleo, el FAP no cubrirá los cargos si la persona que trabaja por cuenta propia decide no participar en un programa de compensación laboral, de conformidad con cualquier ley estatal o federal vigente.
- Q. **Enfermería de servicio privado:** cargos relacionados con la atención, el tratamiento o los servicios de una enfermera de servicio privado.
- R. **Esterilización quirúrgica:** procedimientos de esterilización quirúrgica electiva.
- S. **Reversión de la esterilización quirúrgica:** atención y tratamiento para la reversión de la esterilización quirúrgica.
- T. **Subrogación:** cualquier servicio asociado con cualquier tipo de acuerdo o arreglo de subrogación, incluida la subrogación tradicional, la inseminación artificial relacionada con un acuerdo o arreglo de subrogación, o la subrogación de fertilización gestacional o in vitro.

**Petición De Asistencia Financiera Instrucciones Para
Solicitar El Programa De Pago Con Descuento O Atención
Caritativa No Compensada**



Fecha _____

Nombre del paciente _____

Número(s) de cuenta _____

Saldo total para considerar \$ _____

Esta solicitud aplica solo para los gastos del Community Memorial Hospital.

Todos los médicos, incluidos los médicos, radiólogos, anatomopatólogos, anestesiólogos, médicos de la sala de emergencias y servicios de ambulancia de Community Memorial Health Centers, se facturan por separado de Community Memorial Hospitals y no están cubiertos por esta solicitud.

El hospital solo puede solicitar talones de pago recientes y/o declaraciones de impuestos sobre la renta para documentar ingresos. El hospital puede aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero no exigirá otras formas.

Es importante llenar la solicitud por completo y proporcionar toda la información requerida para evaluar adecuadamente su capacidad de pagar la totalidad o parte de la factura del hospital. Los pacientes que solo solicitan la elegibilidad para el programa de pago con descuentos podrían recibir menos asistencia financiera que la que podrían tener disponible en el marco del programa de atención caritativa.

Aunque no exigimos completar una solicitud de Medi-cal para determinar su elegibilidad, se recomienda que complete una evaluación de Medi-cal para compensar cualquier cargo adicional que no esté cubierto por esta solicitud. Si decide hacerlo, puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud local al 888-472-4463 o en <https://benefitscal.com>.

Se requieren los siguientes documentos para procesar su solicitud

1. Solicitud completa del programa de pago con descuento o atención caritativa (se adjunta a esta carta).
2. Copia de los comprobantes de nómina más recientes del solicitante, emitidos dentro de los 6 meses anteriores o posteriores a la fecha en que el hospital le facturó por primera vez al solicitante o, en el caso de un servicio previo, cuando se presentó la solicitud. Tenga en cuenta que esto también incluye la asistencia pública (por ejemplo, Seguro Social, Desempleo o Discapacidad).

Si recibe sus ingresos en efectivo, envíenos una declaración escrita de su empleador en la que consten dichos ingresos. Si actualmente no recibe ningún ingreso, escriba un breve párrafo en una hoja de papel separada indicando su situación financiera actual. Asegúrese de incluir la fecha y la firma. Si recibe asistencia financiera o vive con alguien, pídale que escriba una declaración explicando la situación.

3. Verificación de alquiler o hipoteca, solo es necesario si solicita un plan de pago. Esto no se requiere ni se considera para la elegibilidad de asistencia financiera.
4. Declaración de impuestos del año anterior correspondiente al año en que se facturó por primera vez al solicitante o al año anterior a ese (1040 completada y firmada).

Envíe copias de estos documentos, ya que no se le devolverán.

Presente la solicitud completa y la documentación de respaldo en persona en cualquiera de nuestros hospitales o en nuestra oficina comercial ubicada en 5855 Olivas Park Drive Ventura, CA 93003.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 805-948-5615 para obtener ayuda.

Gracias,

Departamento de Servicios Financieros para
Pacientes Community Memorial Healthcare

**Petición De Asistencia Financiera Solicitud Del
Programa De Pago Con Descuento O Atención
Caritativa No Compensada**



Nombre del paciente _____

Número(s) de cuenta del paciente _____

Nombre del garante _____

Nombre del garante _____ N.º de Seguro Social _____

Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Nombre del cónyuge _____ N.º de Seguro Social _____

¿Es usted ciudadano estadounidense? ____Sí ____No

Si no es ciudadano estadounidense, ¿es un extranjero residente? ____Sí ____No

Si no es residente, ¿es un extranjero no residente? ____Sí ____No

CONDICIÓN FAMILIAR: Escriba una lista de todas las personas que dependen económicamente de usted.

Nombre	Edad	Relación
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Empleador _____

Puesto _____

Si trabaja por cuenta propia, nombre del negocio _____

Dirección del empleador _____

Número de teléfono _____ Antigüedad en el empleo _____

Empleador del cónyuge _____ Puesto _____

Si trabaja por cuenta propia, nombre del negocio _____

Declaración de ingresos y gastos actuales

Ingresos mensuales actuales

Paciente

Cónyuge

Salario bruto	\$ _____	\$ _____
Ingresos del negocio (si trabaja por cuenta propia)	\$ _____	\$ _____
Intereses y dividendos	\$ _____	\$ _____
Ingresos por bienes inmuebles o bienes personales	\$ _____	\$ _____
Ingresos por Seguro Social/jubilación	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$ _____	\$ _____
Compensación por desempleo	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____
Ingreso mensual total	\$ _____	\$ _____

Gastos mensuales actuales	Paciente	Cónyuge
Pago de alquiler o vivienda	\$_____	\$_____
Impuestos inmobiliarios	\$_____	\$_____
Servicios públicos	\$_____	\$_____
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$_____	\$_____
Educación	\$_____	\$_____
Alimentos	\$_____	\$_____
Deducciones de nómina	\$_____	\$_____
Medicina, odontología y medicamentos	\$_____	\$_____
Otros_____	\$_____	\$_____
Gasto mensual total	\$_____	\$_____
Ingresos netos mensuales después de los gastos	\$_____	\$_____

Comprendo que Community Memorial puede verificar mi información mediante la revisión de datos crediticios y la obtención de información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera, y es posible que yo tenga que hacerme responsable y asumir el costo de los servicios prestados.

 Firma del paciente o garante

 Fecha

 Firma del cosolicitante

 Fecha

Anexo A

Miembros de la familia o el hogar	Ingresos brutos FPG de 6 meses para 2026	Ajuste de 200% de FPG	201% – 300% de FPG	301% o más Consulte la Política de Asistencia Financiera y Atención
			Ajuste	
1	\$15,960.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Consulte la Política de Asistencia Financiera y Atención</i>
2	\$21,640.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Consulte la Política de Asistencia Financiera y Atención</i>
3	\$27,320.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Consulte la Política de Asistencia Financiera y Atención</i>
4	\$33,000.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Consulte la Política de Asistencia Financiera y Atención</i>
5	\$38,680.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Consulte la Política de Asistencia Financiera y Atención</i>
6	\$44,360.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Consulte la Política de Asistencia Financiera y Atención</i>
7	\$50,040.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Consulte la Política de Asistencia Financiera y Atención</i>
8	\$55,720.00	100%	Tarifas de Medicare	<i>Consulte la Política de Asistencia Financiera y Atención</i>
Cada adicional	\$5,680.00			

Programa 1

El 200 % de las pautas de pobreza equivalen a una cancelación caritativa Sin responsabilidad del paciente

Tamaño de la familia	Pautas de ingresos	Pautas de ingresos	Pautas de ingresos
Unidad	Tres meses	Seis meses	Un año
1	\$7,980.00	\$15,960.00	\$31,920.00
2	\$10,820.00	\$21,640.00	\$43,280.00
3	\$13,660.00	\$27,320.00	\$54,640.00
4	\$16,500.00	\$33,000.00	\$66,000.00
5	\$19,340.00	\$38,680.00	\$77,360.00
6	\$22,180.00	\$44,360.00	\$88,720.00
7	\$25,020.00	\$50,040.00	\$100,080.00
8	\$27,860.00	\$55,720.00	\$111,440.00

Para unidades familiares con más de ocho (8) miembros, agregue \$11,360.00 por cada miembro adición

Programa 2

200% – 301% de las Pautas de Pobreza: 25% de los cargos o la tarifa Medicare DRG para pacientes hospitalizados, lo que sea menor

Tamaño de la familia	Pautas de ingresos	Pautas de ingresos	Pautas de ingresos
Unidad	Tres meses	Seis meses	Un año
1	\$11,970.00	\$23,940.00	\$47,880.00
2	\$16,230.00	\$32,460.00	\$64,920.00
3	\$20,490.00	\$40,980.00	\$81,960.00
4	\$24,750.00	\$49,500.00	\$99,000.00
5	\$29,010.00	\$58,020.00	\$116,040.00
6	\$33,270.00	\$66,540.00	\$133,080.00
7	\$37,530.00	\$75,060.00	\$150,120.00
8	\$41,790.00	\$83,580.00	\$167,160.00

Para unidades familiares con más de ocho (8) miembros, agregue \$17,040 por cada miembro adicional

Programa 3

301% – 700% o más de las Pautas Federales de Pobreza: El paciente será responsable del 40% de los cargos o de la tarifa Medicare DRG, lo que sea menor.

Tamaño de la familia	Pautas de ingresos	Pautas de ingresos	Pautas de ingresos
Unidad	Tres meses	Seis meses	Un año
1	\$15,960.00	\$31,920.00	\$63,840.00
2	\$21,640.00	\$43,280.00	\$86,560.00
3	\$27,320.00	\$54,640.00	\$109,280.00
4	\$33,000.00	\$66,000.00	\$132,000.00
5	\$38,680.00	\$77,360.00	\$154,720.00
6	\$44,360.00	\$88,720.00	\$177,440.00
7	\$50,040.00	\$100,080.00	\$200,160.00
8	\$55,720.00	\$111,440.00	\$222,880.00

Para unidades familiares con más de ocho (8) miembros, agregue \$22,720 por cada miembro adicional.