

CARSON VALLEY HEALTH	Sección/Número	Revisado/Fecha de revisión:
Departamento: CVH: Ingresos	ADT 550.01	03/10/2013, 11/11/2015, 21/06/2016, 18/04/2017, 08/09/2017, 28/08/2018
CVH Primary Care Minden Village		07/02/2019, 07/03/2020, 14/07/2020, 01/04/2022, 17/02/2023
CVH Primary Care Topaz Ranch	Fecha nueva:	
Título: Política de asistencia financiera	08/09/2017	Página 1 de 11 Páginas

POLÍTICA:

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

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

OBJETIVO:

De acuerdo con nuestra visión de fortalecer la comunidad al proveer una atención médica accesible, asequible y de alta calidad para todos, Carson Valley Health asume el compromiso de proporcionar asistencia financiera a las personas que necesitan tratamiento de emergencia o por razones médicas y que carecen de seguro o cuyo seguro no es suficiente.

DEFINICIONES:

1. Atención comunitaria: Servicios necesarios por razones médicas prestados a personas en situación de indigencia y otras con la incapacidad de pagar en su totalidad según los criterios establecidos en esta política.
2. Necesario por razones médicas: productos o servicios de atención médica que un médico prudente le proporcionaría a un paciente a fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, o cualquier síntoma de estas, que son necesarios y que:
 - Se proporcionan según lo establecen las normas del ejercicio médico generalmente aceptadas.
 - Son adecuados desde el punto de vista clínico en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, ubicación y duración.
 - No son provistos principalmente ni para la conveniencia del paciente, ni del médico ni de otro proveedor de atención médica.
 - Son necesarios para mejorar un problema de salud específico de una persona asegurada o para preservar su estado de salud actual.
 - Representan el nivel de atención médica más adecuado desde el punto de vista clínico que puede brindarse a la persona asegurada sin correr riesgos.
3. Atención de emergencia: la atención médica inmediata que es necesaria para evitar que la salud del paciente corra riesgos graves, que se produzcan deficiencias graves en las funciones corporales o disfunciones graves de cualquier órgano o parte del cuerpo.
4. Pacientes sin seguro: pacientes que no tienen seguro, ni asistencia de terceros ni ningún otro arreglo contractual para afrontar sus responsabilidades financieras ante proveedores de atención médica.
5. Pacientes con seguro insuficiente: pacientes que tienen una cobertura de seguro parcial que no es

suficiente o bien, tienen seguro pero no pueden afrontar los gastos de bolsillo no cubiertos por su aseguradora.

6. Monto generalmente facturado (AGB): monto que generalmente se les factura a los pacientes asegurados por concepto de atención de emergencia o necesaria por razones médicas (según se describe a continuación en la sección D de la política a continuación).
7. Presunta elegibilidad: proceso por el cual el hospital puede aplicar determinaciones de elegibilidad previas o información de fuentes distintas de la persona, a fin de determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

PROCEDIMIENTO:

A. Proceso de remisión:

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

B. Proceso de evaluación:

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

C. Servicios de atención de salud elegibles para asistencia

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

Health.

D. Criterios de elegibilidad:

1. La elegibilidad para asistencia financiera se considerará para aquellos pacientes sin seguro, con seguro insuficiente, no elegibles para acceder a programas gubernamentales de atención médica y que no pueden pagar la atención médica según una determinación de necesidad financiera conforme a esta política.
2. El Programa de atención financiera solo podrá utilizarse para la atención necesaria por razones médicas, según se indica anteriormente en la Sección 2 Definiciones.
3. Se asignará un nivel federal de pobreza (FPL) a todos los solicitantes. Este se basa en la matriz que se encuentra en la tabla de FPL más actual, según lo determine el Servicio de Rentas Internas (IRS) (Anexo A).
4. Es posible que la cantidad familiar de dependientes legales se confirme según la última declaración fiscal presentada. Las circunstancias poco frecuentes se considerarán según cada caso.
5. La documentación proporcionada con la solicitud completa debe incluir, según corresponda, lo siguiente: copias de tarjetas de seguro social, prueba de residencia, extractos bancarios o de cooperativas de crédito de los últimos tres meses, estados de inversión de los últimos tres meses, formularios W-2 u otra información sobre salarios o ingresos, como talones de nómina de tres meses, cheques del seguro social o cheques de desempleo, registros comerciales de trabajo por cuenta propia, adjudicaciones de ingresos/concesión de beneficios educativos u otros documentos que muestren ingresos y activos, una declaración de impuestos actual del IRS, declaraciones de hipoteca, declaraciones anuales de impuestos a la propiedad u otra información solicitada.
6. Los pacientes cuya familia se encuentre en un FPL ≤ 350 % serán considerados para el programa Community Care. Los pacientes cuya familia se encuentre en un FPL ≤ 200 % serán considerados médicamente indigentes. Los pacientes cuyo FPL sea > 350 % no son elegibles y se deberán buscar fuentes de pago alternativas.
7. Los pacientes elegibles para los siguientes programas/servicios se consideran médicamente indigentes y es posible que no deban presentar una solicitud de Community Care completa para ser considerados para el programa:
 - Programas de asistencia estatal (vales de alimentos, programas de asistencia farmacéutica, bienestar social, etc.). El paciente deberá presentar una constancia de la inscripción, a fin de que se determine su elegibilidad.
 - Pacientes que actualmente tienen la cobertura de Medicaid, pero que no sean elegibles en la fecha del servicio, o pacientes que sean elegibles para servicios relacionados con el embarazo o de emergencia de Medicaid únicamente.
8. En el caso de los pacientes con seguro insuficiente, se debe obtener un resumen de beneficios, denegación o pago del seguro primario antes de que se les considere para el programa Community Care.
9. Los montos de costo compartido del paciente, si corresponde, se determinarán con la matriz incluida en el Anexo A.

E. Determinación del descuento

1. Después de que se determina la elegibilidad para asistencia financiera, Carson Valley Health no les cobrará a los pacientes elegibles para asistencia financiera más que los montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes asegurados por concepto de atención de emergencia o necesaria por razones médicas.
2. Para calcular los AGB, Carson Valley Health usa el método de actualización que se describe en la sección 4(b)(2) del IRS y la norma final 501(r) de Hacienda. Carson Valley Health emplea datos basados en las reclamaciones procesadas por Medicare por pago por servicio y por todas las aseguradoras comerciales privadas en concepto de toda la atención médica del último año fiscal, a fin de determinar el porcentaje de cargos brutos que en general permiten estas aseguradoras.

3. Para determinar los AGB, el porcentaje de AGB se multiplica por los cargos brutos para la atención de emergencia y necesaria por razones médicas. Carson Valley Health vuelve a calcular el porcentaje todos los años.
4. El descuento se aplicará a los cargos brutos o al saldo después del seguro una vez que se haya recibido la solicitud de Community Care completa y el comité haya tomado una determinación. (Cargos brutos x porcentaje de AGB = cantidad ajustada para Community Care o saldo después del seguro x porcentaje de AGB = cantidad ajustada para Community Care).

F. Proceso de solicitud

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

G. Análisis de la solicitud

1. Las solicitudes de Community Care completas que cuentan con la documentación de respaldo requerida se remitirán al miembro del personal que corresponda, quien deberá solicitar un informe crediticio y armar un paquete de solicitud de Community Care completo.
2. Se puede contactar al paciente en cualquier momento durante el proceso de análisis de la solicitud e indicarle que presente documentación adicional necesaria para tomar una determinación. La falta de colaboración con estas solicitudes puede dar lugar a una denegación.
3. Toda la documentación de Community Care se escaneará e incluirá en la cuenta del paciente o se la conservará por un plazo mínimo de siete años.
4. Los paquetes de solicitud de Community Care completos se remitirán al miembro del personal que corresponda mensualmente o según sea necesario para su aprobación (incluidas las solicitudes de aprobación previa).

H. Aprobación

1. Los ajustes que se realizan para las aprobaciones de Community Care concluyen en el plazo del mes de la aprobación y son solicitados por el asesor financiero de pacientes, quien los remite al gerente a

- través de la cola de trabajo (WQ) que corresponde para que se realicen los ajustes finales.
2. Las aprobaciones de Community Care son válidas por un período de seis meses según la fecha de aprobación, a menos que haya habido un cambio en la situación financiera del paciente. Se debe completar una nueva solicitud o actualización según se requiera. Si el paciente necesita asistencia financiera posterior al período de aprobación, deberá volver a solicitar Community Care y presentar la información actualizada.
 3. Las aprobaciones de Community Care incluirán saldos de hasta 6 meses antes de la determinación.
 4. Se le envía al paciente una notificación de aprobación (Anexo C1) en el plazo de los 10 días de la decisión y se hace un arreglo financiero por el saldo pendiente.
 5. Se espera que los médicos que realizan remisiones a Community Care proporcionen atención médica gratuita o de pago parcial de acuerdo con la que ofrece Carson Valley Health.
 6. El asesor financiero de pacientes o el Servicio de Atención al Cliente se ocuparán de las cuentas elegibles para asistencia financiera en un plazo de 240 días de la primera declaración posterior al alta.

I. Denegaciones

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

J. Medidas en caso de falta de pago

Las medidas de cobro que puede tomar Carson Valley Health si no se recibe la solicitud de asistencia financiera o el pago correspondiente se describen en otra política.

En resumen, Carson Valley Health tomará ciertas medidas para proporcionar a los pacientes información sobre nuestra política de asistencia financiera antes de que nosotros o los representantes de nuestra agencia tomemos ciertas acciones para cobrar su factura (estas acciones pueden incluir acciones civiles, ventas de deudas o reportar información negativa a las agencias de crédito).

Para obtener más información sobre las medidas que tomará Carson Valley Health para informar a los pacientes sin seguro sobre nuestra política de asistencia financiera y las actividades de cobro que podemos realizar, consulte la Política de facturación y cobro de Carson Valley Health.

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

K. Proveedores elegibles

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

ANEXO A

PAUTAS FEDERALES DE INGRESO DE POBREZA

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA DE COMMUNITY CARE DE CARSON VALLEY HEALTH.

Guía sobre elegibilidad de 2023: Con los ingresos familiares y número de integrantes de la familia, según se calcula en el proceso de evaluación financiera, identifique la elegibilidad para un descuento financiero. Pautas federales de pobreza por número de integrantes de la familia (100 %): Si los ingresos son inferiores al 200% (se muestra a continuación) de las Pautas federales de ingreso por pobreza (FPIG), la persona es elegible para *cancelación de deuda completa*. Si los ingresos superan el 200 % pero no el 350 % (se muestra a continuación) de las Pautas federales de pobreza (FPG), la persona es elegible para una *cancelación de deuda parcial*.

Número de integrantes de la familia	Ingresos anuales de 2023	0-200 %	201 %-225 %	226 %-250 %	251 %-275 %	276 %-300 %	301 %-350 %
1	\$14,580	\$29,160	\$32,805	\$36,450	\$40,095	\$43,740	\$51,030
2	\$19,720	\$39,400	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$69,020
3	\$24,860	\$49,720	\$55,935	\$62,150	\$68,365	\$74,580	\$87,010
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$105,000
5	\$35,140	\$70,280	\$79,065	\$87,850	\$96,635	\$105,420	\$122,990
6	\$40,280	\$80,560	\$90,630	\$100,700	\$110,770	\$120,840	\$140,980
7	\$45,420	\$90,840	\$102,195	\$113,550	\$124,905	\$136,260	\$158,970
8	\$50,560	\$101,120	\$113,760	\$126,400	\$139,040	\$151,680	\$176,960
Agregar para cada persona adicional	\$5,140	\$10,280	\$11,565	\$12,850	\$14,135	\$15,420	\$17,990
Paciente paga por cuenta							
Cargos de cuenta <\$500		El menor de los cargos o \$10.00	El menor de los cargos o \$15.00	El menor de los cargos o \$20.00	El mayor del 20 % de los cargos o \$100.00	El mayor del 20 % de los cargos o \$150.00	El mayor del 25 % de los cargos o \$200.00
Cargos de cuenta >\$500 y <\$2000		\$10.00	\$15.00	\$20.00	El menor del 10 % de los cargos o \$100.00	El menor del 15 % de los cargos o \$150.00	El menor del 20 % de los cargos o \$200.00
Cargos de cuenta >\$2000		\$10.00	\$15.00	\$20.00	El menor del 10 % de los cargos o \$150.00	El menor del 15 % de los cargos o \$300.00	El menor del 20 % de los cargos o \$2,500.00

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

ANEXO B

**ANEXO C1
CARTA DE APROBACIÓN**



Fecha

Nombre del paciente

Dirección

Asunto: Community Care

N.º de cuenta:

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

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

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

Gracias por elegir Carson Valley Health.

Atentamente,

Asesor financiero de pacientes

**ANEXO C2
CARTA DE DENEGACIÓN**



Fecha

Nombre

Dirección

Asunto: Community Care

Cuentas:

Estimado/a (nombre del paciente):

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

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

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

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

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

Atentamente,

Asesor financiero de pacientes

ANEXO D
Formulario resumido de Community Care
Carson Valley Health

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

Detalles de la cuenta:

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

Detalles del paciente:

Tamaño del grupo familiar: _____ Porcentaje del nivel federal de pobreza (FPL): _____
 Ingresos anuales: _____ Elegible para Medicaid: S N MAABD Elegible: S N

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

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

Número de integrantes de la familia	Ingresos anuales de 2023	0-200 %	201 %-225 %	226 %-250 %	251 %-275 %	276 %-300 %	301 %-350 %
1	\$14,580	\$29,160	\$32,805	\$36,450	\$40,095	\$43,740	\$51,030
2	\$19,720	\$39,400	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$69,020
3	\$24,860	\$49,720	\$55,935	\$62,150	\$68,365	\$74,580	\$87,010
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$105,000
5	\$35,140	\$70,280	\$79,065	\$87,850	\$96,635	\$105,420	\$122,990
6	\$40,280	\$80,560	\$90,630	\$100,700	\$110,770	\$120,840	\$140,980
7	\$45,420	\$90,840	\$102,195	\$113,550	\$124,905	\$136,260	\$158,970
8	\$50,560	\$101,120	\$113,760	\$126,400	\$139,040	\$151,680	\$176,960
Agregar para cada persona adicional	\$5,140	\$10,280	\$11,565	\$12,850	\$14,135	\$15,420	\$17,990
Paciente paga por cuenta							
Cargos de cuenta <\$500		El menor de los cargos o \$10.00	El menor de los cargos o \$15.00	El menor de los cargos o \$20.00	El mayor del 20 % de los cargos o \$100.00	El mayor del 20 % de los cargos o \$150.00	El mayor del 25 % de los cargos o \$200.00
Cargos de cuenta >\$500 y <\$2000		\$10.00	\$15.00	\$20.00	El menor del 10 % de los cargos o \$100.00	El menor del 15 % de los cargos o \$150.00	El menor del 20 % de los cargos o \$200.00
Cargos de cuenta >\$2000		\$10.00	\$15.00	\$20.00	El menor del 10 % de los cargos o \$150.00	El menor del 15 % de los cargos o \$300.00	El menor del 20 % de los cargos o \$2,500.00

Aprobaciones:

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

Circunstancias especiales: Sí _____ No _____

Aprobado: Sí _____ No _____

Copago requerido: Sí _____ No _____

Director financiero: _____

Política de asistencia financiera: Resumen en lenguaje sencillo

La Política de asistencia financiera (FAP) de Carson Valley Health (CVH) proporciona a los pacientes elegibles atención hospitalaria de emergencia o médicamente necesaria con descuento total o parcial. Los pacientes que desean obtener asistencia financiera deben presentar una solicitud para acceder al programa, el cual se resume a continuación.

Servicios elegibles: servicios de atención médica emergentes y/o necesarios por razones médicas facturados por Carson Valley Health.

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

- Puede obtener personalmente una solicitud en Carson Valley Health, ubicado en 1107 US Hwy 395 N, Gardnerville, NV. 89410.
- Puede pedir que le envíen por correo postal una solicitud llamando al (775)782-1625.
- Puede pedir una solicitud por correo postal escribiendo a Carson Valley Health, Attn: Patient Financial Counselor P.O. BOX 790, Gardnerville, NV 89410.
- Puede descargar una solicitud del sitio web de Carson Valley Health:
<https://www.carsonvalleyhealth.org/patients-visitors/financial-assistance/>

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

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