



La política de Western Sierra Medical Clinic, Inc. (WSMC) es proporcionar descuentos por el costo que implica proporcionar atención médica a pacientes que son elegibles de recibir un descuento. WSMC brinda servicios de salud a los pacientes sin importar su capacidad de pago.

## **Elegibilidad**

La elegibilidad para los descuentos estará sustentada únicamente en el ingreso y el número de miembros de la familia. Solo un paciente cuyo ingreso sea menor al 201 % de las Pautas Federales de Pobreza es elegible para obtener un descuento. WSMC utiliza las definiciones de cada criterio de la Oficina del Censo.

a. Una familia es un grupo de dos o más personas (uno de cuyos miembros es la cabeza de la familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas; dichas personas (incluidos los miembros con parentesco en la subdivisión familiar) se consideran miembros de una familia.

b. El ingreso incluye las ganancias, la compensación por desempleo, la compensación de trabajadores, el Seguro Social, el Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), las asistencia pública, los pagos de veteranos, los beneficios para sobrevivientes, los beneficios por discapacidad, el ingreso por pensión o la jubilación, el interés, los dividendos, la renta, las regalías, el ingreso por herencia o los fideicomisos, la asistencia educativa, la pensión alimenticia, la manutención de menores, la asistencia externa al hogar y otros ingresos. Los activos y beneficios que no son monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no están en la definición de ingreso y no se consideran un ingreso.

Los pacientes que han solicitado Medi-Cal son elegibles hasta que les hayan aprobado los beneficios para Medi-Cal o para el Programa de Servicios Médicos del Condado (County Medical Services Program, CMSP), siempre que cumplan los otros requisitos de elegibilidad. Los pacientes de Medi-Cal o del CMSP con un costo compartido pueden solicitar un descuento.

Los pacientes con cobertura de Medicare sin un seguro secundario pueden ser elegibles para un descuento aplicable al 20 % del requisito del coseguro, siempre que cumplan con todos los otros requisitos de elegibilidad.

## **Comprobante de Ingresos**

Los solicitantes deben proporcionar uno de los siguiente comprobantes: el formulario W-2 o declaración de impuestos del año anterior (nota: si se anexa una declaración de ingresos de una empresa a la declaración de impuestos, el ingreso bruto ajustado en la primera página de la declaración se usará como comprobante del ingreso a menos que la cifra sea negativa), los dos talones de pago más recientes (el monto del ingreso bruto se utilizará como comprobante), la carta del empleador o el Formulario 4506-T (si no se presenta el formulario W-2). Los trabajadores independientes necesitarán presentar el detalle de los ingresos de los tres meses más recientes y los gastos de su negocio.



## Declaración Propia de Impuestos

Un Solicitante que no pueda proporcionar un comprobante por escrito del ingreso puede llevar a cabo una “declaración propia” de su ingreso si proporciona una declaración de ingreso firmada y la razón por la cual no puede proporcionar un comprobante independiente. Esta declaración se presentará al presidente ejecutivo (Chief Executive Officer, CEO) de WSMC o a quien esté designado para que revise y tome una decisión final acerca del porcentaje del cargo proporcional. Los pacientes con declaración propia a quienes se les aprobó la solicitud son elegibles para un descuento de tres meses, después de cuyo tiempo deben volver a solicitar su elegibilidad y aprobación.

## Descuentos

Un paciente que califique para un descuento en el Programa de Descuento de Cargo Proporcional pagará los servicios en una escala de cargo proporcional. La versión actual dice lo siguiente\*:

Aquellos cuyo ingreso sea del 100 % o menor de las Pautas Federales de Pobreza pagarán tarifas nominales por los servicios, esas son \$25 por los servicios médicos, \$35 por los servicios dentales y \$50 por los servicios psiquiátricos.

Aquellos cuyo ingreso sea del 101 al 125 % de las Pautas Federales de Pobreza se les cobrará el 20 % de las tarifas de WSMC por los servicios que se brinden, de acuerdo con tabla de tarifas de WSMC.

Aquellos cuyo ingreso sea del 126 al 150 % de las Pautas Federales de Pobreza se les cobrará el 40 % de las tarifas de WSMC por los servicios que se brinden, de acuerdo con tabla de tarifas de WSMC.

Aquellos cuyo ingreso sea del 151 al 175 % de las Pautas Federales de Pobreza se les cobrará el 60 % de las tarifas de WSMC por los servicios que se brinden, de acuerdo con tabla de tarifas de WSMC.

Aquellos cuyo ingreso sea del 176 al 200 % de las Pautas Federales de Pobreza se les cobrará el 80 % de las tarifas de WSMC por los servicios que se brinden, de acuerdo con el programa de tarifas de WSMC.

No se brinda ningún descuento a un paciente cuyo ingreso exceda el 200 % de las Pautas Federales de Pobreza.

\*Los pacientes que tienen cobertura de un tercero no pueden ser elegibles para los descuentos anteriores si se obliga de forma legal o contractual a WSMC a cobrar por los servicios, por ejemplo, copagos o deducibles.

## Aprobación o Denegación

Si se aprueba la solicitud de un paciente por menos de un descuento del 100 % o se deniega, el paciente o la parte responsable debe establecer inmediatamente con WSMC los arreglos de pago. Las solicitudes cubrirán cualquier saldo incurrido en los seis meses posteriores a la fecha de aprobación, a menos que la situación financiera del solicitante cambie de manera significativa. El solicitante tiene la opción de volver a solicitar después de que hayan pasado seis meses o en cualquier momento en el que exista un cambio significativo en el ingreso o en el número de miembros de la familia.



## **Negativa a Pagar**

Si el paciente expresa de forma verbal su falta de disposición para pagar o se retira de las instalaciones sin pagar por los servicios, se contactará al paciente por escrito con relación a sus obligaciones de pago. Si el paciente no hace ningún esfuerzo para pagar o no responde dentro de los siguientes 60 días, esto constituye una negativa a pagar. Llegado este momento, WSMC puede explorar opciones, que incluyen, entre otras, a ofrecer al paciente un plan de pago, la exención de los cargos o la remisión del paciente a cobranzas.

## **Suministros y Equipo**

Si WSMC adquiere, compra o facilita el acceso a suministros y equipo, se reserva el derecho de cobrar a los pacientes con base en un programa de descuentos diferente. Es posible que WSMC cobre a los pacientes por dichos suministros y equipo con base en los montos que son menores a las tarifas predominantes. Además, dichos cargos pueden establecerse para cubrir los costos razonables de dichos artículos o pueden tener un descuento mayor para ofrecer ahorros adicionales a los pacientes. En este sentido (por ejemplo, anteojos, medicamentos y dispositivos de restauración dental), WSMC no ofrece descuentos para medicamentos y costos de pruebas de laboratorio para dispositivos de restauración dental como puentes, coronas y dentaduras.

## **Tarifa Nominal**

A los pacientes que califican por debajo del 100 % del nivel de pobreza federal se les cobrará una tarifa nominal por consulta. Las tarifas nominales varían dependiendo del servicio recibido; sin embargo, no se le denegará el servicio a los pacientes si no pueden pagar.

## **Pago**

Se debe pagar al momento del servicio. Si un paciente no puede pagar en su totalidad, él o ella debe pagar la tarifa nominal y el saldo restante se facturará al paciente. El paciente puede hacer arreglos de pago con el personal de la Oficina de Facturación de WSMC.

**Proporcione la siguiente información y entréguela en la recepción o al departamento de facturación para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.**



Nombre de los Paciente	Fechas de Nacimiento
Nombre de la parte responsable si no es el paciente	
Nombre del Jefe de Familia	Lugar de Trabajo
Calle, Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono, teléfono celular, buzón de voz
Plan de Seguro Médico	Número de Seguro Social

**Mencione a su cónyuge y dependientes menores de 18 años que vivan juntos**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
Propio		Dependiente	
Cónyuge		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

**Ingreso Anual del Hogar**

Fuente	Propio	Cónyuge	Pareja	Otro	Total
Salario Bruto, salarios, propinas, etc.					
Compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, beneficios de veteranos, beneficios para sobrevivientes, discapacidad u otra asistencia pública (especifique)					
Pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingreso por herencia o fideicomisos, asistencia educativa					
Pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia externa al hogar y otros ingresos					
Ingreso de negocios (autoempleo)					
Declaración Propia (formulario adicional)					
<b>Ingreso Total</b>					

Lista de Verificación (adjunte copias)	Sí	No
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, certificado de nacimiento, identificación de empleado, tarjeta de Seguro Social u otro		
Documento de Comprobación de Ingreso		
Tarjetas de seguro		
Declaración propia		

**Aviso a los Solicitantes que No Proporcionaron los Documentos de Comprobación de Ingresos:**

Si no proporciona el comprobante de ingresos como se le solicita, tendrá un periodo de gracia de 15 días naturales para proporcionar esa información a WSMC.

**Su Periodo de Gracia de 15 Días Naturales Finaliza el: \_\_\_\_\_**

Si no proporciona el comprobante de ingresos a WSMC dentro del periodo de gracia, se denegará su solicitud y se enviará un estado de cuenta por el saldo a pagar restante. Hasta que su **solicitud sea aprobada, debe pagar una tarifa nominal de \$25.00 por los servicios médicos, \$35.00 por los servicios dentales y \$50 por los servicios psiquiátricos al momento del servicio.** Si usted debe más a causa de la elegibilidad a un descuento parcial, se le facturarán los montos adicionales.

Certifico que la información que se muestra con anterioridad es verdadera y correcta. Al firmar esta solicitud, autorizo a WSMC el acceso a confirmar el ingreso como se declara en esta solicitud. Reconozco y acepto que si he proporcionado información falsa en esta solicitud, las consecuencias incluirán que se revoquen todos los descuentos y que el saldo total de mis cuentas se restablezca y se pague de inmediato.

\_\_\_\_\_  
Nombre (Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Solo Para Uso Interno/Office Use Only**

Income: \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_

Family / Individual (circle one) Entered into EMR \_\_\_\_\_ (initial)

Level approved: A B C D E F: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.

3 de mayo de 2018