

Política

Es política de Western Sierra Medical Clinic, Inc. (WSMC) proporcionar descuentos en el costo de la atención médica a los pacientes elegibles. WSMC brinda servicios sin importar la capacidad de pago.

Elegibilidad

La elegibilidad para los descuentos estará sustentada únicamente en el ingreso y el número de miembros de la familia. Sólo un paciente cuyo ingreso sea menor al 200 % de las Pautas Federales de Pobreza es elegible para obtener un descuento. WSMC utiliza las definiciones de cada criterio de la Oficina del Censo y se actualizan anualmente.

- a. Una familia es un grupo de dos o más personas (uno de cuyos miembros es la cabeza de 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 copago, 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 la declaración de impuestos del año anterior.

Declaración de Ingresos

Un Solicitante que no pueda proporcionar un comprobante por escrito del ingreso puede llevar a cabo una “declaración propia” de su ingreso puede proporcionar una declaración de ingreso firmada y la razón por la cual no puede proporcionar un comprobante independiente. Esta declaración se presentará al Presidente Financiero Ejecutivo (Chief Financial Officer, CFO) de WSMC o quien esté designado para su revisión 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 por un descuento por 12 meses, después de este tiempo, tienen que volver a aplicar para revisar si son elegibles y su aplicación es aprobada.

Descuentos

Un paciente que califique para un descuento en el Programa de Solicitud de Cargo Proporcional pagará los servicios en una escala de cargo proporcional de la manera siguiente*:

*Nota: Las tarifas dentales documentadas en el Plan de Tratamiento Dental no son elegibles dentro de la Solicitud de Cargo Proporcional. Las cuotas medicas de laboratorios, si están sujetas a la Solicitud de Cargo Proporcional.

Para aquellos en los que sus ingresos son de 0–100% de acuerdo con la FPL deberán pagar \$10 por Servicios Conductuales (BH), \$25 por Servicios Médicos, Quiroprácticos y Servicios Especiales y \$35 por Servicios Dentales.

Para aquellos en los que sus ingresos son de 101–125% de acuerdo con la FPL deberán pagar \$15 por Servicios Conductuales (BH), \$35 por Servicios Médicos, Quiroprácticos y Servicios Especiales y \$45 por Servicios Dentales.

Para aquellos en los que sus ingresos son de 126–150% de acuerdo con la FPL deberán pagar \$20 por Servicios Conductuales (BH), \$45 por Servicios Médicos, Quiroprácticos y Servicios Especiales y \$55 por Servicios Dentales.

Para aquellos en los que sus ingresos son de 151–175% de acuerdo con la FPL deberán pagar \$30 por Servicios Conductuales (BH), \$55 por Servicios Médicos, Quiroprácticos y Servicios Especiales y \$65 por Servicios Dentales.

Para aquellos en los que sus ingresos son de 176–200% de acuerdo con la FPL deberán pagar \$40 por Servicios Conductuales (BH), \$65 por Servicios Médicos, Quiroprácticos y Servicios Especiales y \$75 por Servicios Dentales. No hay descuentos para aquellos que exceden el 200% de acuerdo con la FPL.

Aprobación o Denegación

En cuanto se reciba la aplicación de solicitud de Cargo Proporcional el paciente recibirá aprobación condicional por 30 días, los pacientes son elegibles una vez al año. Si el paciente no provee documentación dentro los 30 días del periodo de gracia la aplicación será denegada y las visitas futuras serán cobradas al paciente o a la parte responsable al 100% de los cargos incurridos, el paciente deberá establecer un plan de pago con WSMC. Las



aplicaciones aprobadas son válidas por 12 meses, para renovar la solicitud, será requerido volver a llenar la documentación para calificar por otros 12 meses adicionales. Si la situación financiera del aplicante cambia significativamente, por favor, pida una renovación temprana.

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, ofrecer al paciente un plan de pago, limitar visitas agendadas, o la exención de los cargos.

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.

Tarifa Nominal

Los pacientes que califiquen por debajo del 100% de acuerdo con FPL, se les cobrará una tarifa nominal por consulta. Las tarifas nominales varían dependiendo del servicio requerido, sin embargo, no se les negará el servicio a los pacientes si no pueden pagar.

Pago

Se debe pagar al momento del servicio. Si el paciente no puede pagar en su totalidad, el paciente deberá 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

Por favor complete la siguiente información y regrese la solicitud a Recepción Principal o al Departamento de Facturación para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

Nombre del paciente(s):	Fecha(s) de Nacimiento:
Nombre de la parte responsable si no es el paciente:	
Nombre de Jefe/Cabeza de Familia:	Lugar de Trabajo:
Calle, Ciudad, Estado y CP:	Teléfono de Casa o Celular
Plan de Seguro Medico	Número de Seguro Social (SSN):

Por favor enliste cónyuge o dependientes menores de 18 años que vivan con usted.

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)					
Ingreso Total					

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 30 días naturales para proporcionar esa información a WSMC.

Su periodo de gracia es de 30 Días Naturales y finaliza el: _____

Si no proporciona el comprobante de ingresos a WSMC dentro del periodo de gracia, su solicitud será rechazada. Hasta que **su solicitud sea aprobada, deberá pagar una tarifa nominal de \$10 por servicios conductuales (BH), \$25.00 por los servicios médicos, quiroprácticos y servicio especiales y \$35.00 por servicios dentales al momento del servicio.** Si usted debe más a causa de la elegibilidad por 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

Firma

Fecha

Western Sierra Medical Clinic no discrimina en base a raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad, etnicidad, religión, cultura, discapacidad mental o física, estatus socioeconómico, orientación sexual, identidad de género o expresión.

Solo para Uso Interno/ Office Use Only:

Verification Checklist (attach copies)	Yes	No
Identification/Address: Driver's License, birth Certificate, employment ID, Social Security card or other		
Income Verification Documentation		
Insurance card(s)		
Self-declaration		

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: _____

Action Note Created for Renewal Date: _____