



Manual: administrativo

Sección: finanzas

Número: L3003

Política Procedimiento

Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para el paciente

Experta de contenido actual: Janne Gish	Aprobación(es) del Comité	Fecha(s)
Jefe de Departamento: William Rohde, Vicepresidente de Finanzas/Operaciones de Hospital	Comité de Finanzas Kerri Ruppert Schiller	20/11/2017 29/12/2014
Miembro de equipo de la Gerencia Ejecutiva: Bill Rohde	Aprobación del Comité Ejecutivo Médico	Fecha: N/A
<input type="checkbox"/> Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Revisado <input type="checkbox"/> Revisado (sin cambios) Seguimiento: <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Aprobación de la Junta de Directores	Fecha: N/A
Reemplazos: 12/07, 12/10, 01/12, 09/12, 01/15	Fecha de vigencia: 20/11/17	

I. PROPÓSITO:

- A.** El Children's Hospital of Orange County (CHOC Children's) se compromete a proveer cuidados de salud de calidad a todos los pacientes independientemente de su estado financiero. Los pacientes que cumplen con los criterios establecidos del Programa de Asistencia Financiera pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera para cubrir la totalidad o parcialidad de los costos de salud del paciente. El CHOC Children's además provee beneficios para la comunidad ampliada en materia de educación médica e investigación médica.
- B.** De conformidad con esta política, se puede proveer Asistencia Financiera a pacientes que no se encuentren asegurados o que tengan seguros insuficientes y que no tengan posibilidades de pagar por sus propios cuidados médicos de sus gastos corrientes. La elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de ninguna manera debe basarse en la edad, género, orientación sexual, grupo étnico, nacionalidad, discapacidad o religión.
- C.** En algunos casos, la Asistencia Financiera se puede extender a los pacientes cuyo estado financiero hace que el pago por los servicios médicos necesarios resulte impráctico o imposible. La evaluación de la necesidad de recibir tratamiento médico en el CHOC Children's se hará con base en el juicio clínico. El juicio clínico del médico del paciente o del médico del personal del Departamento de Emergencia será el único criterio determinante para que el paciente reciba los servicios del CHOC Children's.
- D.** Esta política es aplicable a todos los pacientes internos y externos de CHOC Children's, lo cual incluye la CHOC Children's Medical Foundation.

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para el paciente

II. DEFINICIONES:

- A. Datos del paciente:** número de registro médico, nombre del paciente, fecha de nacimiento, estado de seguro, elegibilidad para otro apoyo.
- B. Familia del paciente:** para los propósitos de esta política, este es como se indica a continuación:
 1. Para personas de 18 años o mayores, esposo(a), pareja doméstica tal y como se definen en la sección 297 del Código Familiar de California; y niños dependientes menores de 21 años de edad, vivan o no en su casa;
 2. Para personas menores de 18 años, padres, familiares de cuidado y otros niños menores de 21 años de edad del padre o familiar que lo cuida.

III. POLÍTICA:

- A.** La política del CHOC Children's es determinar la elegibilidad para Asistencia Financiera al momento del registro, a través de un proceso de evaluación para todos los pacientes que no puedan cumplir con los requerimientos de depósito del CHOC Children's.
- B.** Esta política hace la distinción entre un paciente endeudado y uno elegible para asistencia financiera mediante la indisposición del mismo o de su familia a pagar frente a la incapacidad demostrada para pagar. Si el paciente o su familia fallan en el cumplimiento de las solicitudes de información para sustentar una incapacidad de pago, lo anterior podría resultar en la pérdida del derecho a consideración para el Programa de Asistencia Financiera.
- C.** La meta del CHOC Children's es identificar un paciente elegible para asistencia financiera al momento del registro. Sin embargo, si la información completa relacionada con el seguro o a la situación financiera del paciente no se encuentra disponible debido al tratamiento de una emergencia o si la condición financiera del paciente, garante o familiar cambia, la designación como paciente con Asistencia Financiera se puede establecer después de la prestación del servicio y, en algunos casos, incluso después de la emisión de la factura del paciente.
- D.** En caso de que un miembro del personal médico o clínico desee conseguir asistencia financiera para un paciente conocido, el protocolo para su solicitud se puede encontrar en Paws bajo el formulario bancario en línea.
- E.** El CHOC Children's referirá al paciente o a su familia a programas alternativos (p. ej., Medi-Cal, Servicios Infantiles de California, Intercambio de Beneficios de Salud de California o cualquier otro programa de salud auspiciado por el Gobierno para beneficios de salud en los cuales el hospital participe). Si el paciente o su familia fallan en el cumplimiento del proceso de referencia, esto puede resultar en la pérdida del derecho a consideración para el Programa de Asistencia Financiera para la referida visita o admisión. Se mantendrá la confidencialidad de la información y la

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para el paciente

dignidad del paciente para todos los que busquen o reciban los servicios de asistencia financiera.

- F. Igualmente, los pacientes que reciban servicios en la sala de emergencias del hospital pueden ser elegibles para asistencia financiera para el pago de los honorarios médicos de la sala de emergencias.

IV. PROCEDIMIENTO:

A. Elegibilidad

1. La identificación de la asistencia financiera se logra a través de la determinación del estado financiero de un paciente o de su familia. Tal determinación se debe realizar en el momento del registro o antes o después del mismo y tan pronto sea posible. En algunos casos, tales como las admisiones de emergencia, tal vez no sea posible establecer la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera hasta después de que se le dé de alta al paciente. En estos casos o en los que ocurran eventos durante o después de la estadía de un paciente que cambien su estado financiero o el de su familia, su elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera no debería verse afectada en modo alguno por el tiempo para determinar que el paciente cumple con los criterios de elegibilidad.
2. La responsabilidad de identificar la elegibilidad de un paciente para el Programa de Asistencia Financiera en el momento de la visita del paciente al CHOC Children's o antes de ella debe ser la responsabilidad del departamento que registra al paciente. Esto requiere que el paciente o su familia completen una declaración de "Información Financiera". Esto también puede incluir copias de documentación pertinente (talonarios de pago recientes, declaraciones de impuesto sobre la renta u otros documentos para verificar bienes monetarios) para determinar el ingreso anual familiar y bienes personales del paciente o de su familia. En los casos descritos anteriormente, en los que la elegibilidad no se puede establecer en el momento del servicio, el Departamento de Servicios Financieros del Paciente trabajará con el paciente o su familia para determinar la elegibilidad.
3. Igualmente, el paciente o familiar que tenga seguro puede ser elegible para el Programa de Asistencia Financiera para aquella porción de la cuenta que no esté cubierta por el seguro. Esto puede incluir deducibles, coaseguro y servicios no cubiertos. La determinación de la elegibilidad de un paciente debe estar sujeta a los mismos lineamientos de un paciente no asegurado.
4. **Cálculo del monto de asistencia financiera**
 - a. El CHOC Children's obtendrá información del ingreso de la familia del paciente, incluidos sueldos y salarios, pagos de asistencia social, pagos de seguro social, beneficios de

huelga, beneficios de desempleo, manutención infantil, pensión alimenticia, dividendos e intereses. El ingreso total familiar se comparará con la tabla (véase el cuadro A) para determinar la elegibilidad del paciente para asistencia financiera bajo los Lineamientos Federales de Pobreza. Cualquier paciente o pacientes no asegurados con altos costos médicos cuyos ingresos familiares anuales se encuentren en o por debajo de 400 % de los Lineamientos de Pobreza serán elegibles para aplicar para asistencia financiera. Se puede considerar asistencia financiera sobre una base parcial para pacientes con ingresos de más del 200 % de los Lineamientos de Pobreza y de menos del 400 %. Aquellas familias con un ingreso anual de 200 % o menos de los Lineamientos Federales de Pobreza serían elegibles para un ajuste al 100 % de la asistencia financiera. Los pacientes no asegurados o con seguros insuficientes cuyo ingreso familiar (tal y como está determinado de acuerdo con la solicitud de asistencia) sea menor o igual al 200 % de los Lineamientos de Pobreza recibirá atención sin cargo.

- b. Los pacientes de la CHOC Children's Community Clinic son elegibles para asistencia financiera, tal como se indica en esta política, mediante el cuadro B para calcular la escala móvil por copago de visita para los pacientes que caen por debajo del 200 % de los Lineamientos Federales de Pobreza.
- c. Se enviará la aprobación de los pacientes que soliciten asistencia financiera y que estén recibiendo aprobación completa o parcial a la compañía de facturación del médico de la sala de emergencias para su consideración.

5. Política de pago con descuento

- a. Para pacientes con ingreso familiar entre 201 % y 300 % del Nivel Federal de Pobreza, el hospital puede proveer un cronograma de pago de tarifas privadas con descuento, por lo cual el gasto médico permisible sería equivalente al 75 % de descuento de los cargos facturados. En este nivel, el reembolso que recibiría el CHOC Children's no debe exceder el pago que recibiría por el mismo servicio o grupo de servicios de los grandes como Medicare, Medi-Cal, Familias Saludables (Healthy Families) u otros programas de salud o de beneficios de salud auspiciados por el Gobierno en los cuales participa el CHOC Children's.
- b. Para pacientes con ingreso familiar entre 301 % y 400 % del Nivel Federal de Pobreza, el CHOC Children's puede proveer un cronograma de pago de tarifas privadas con descuento, por lo cual el gasto médico permisible sería equivalente al 50

% de descuento de los cargos facturados. En este nivel, el reembolso que recibiría el CHOC Children's no debe exceder el pago que recibiría por el mismo servicio o grupo de servicios de los grandes como Medicare, Medi-Cal, Familias Saludables (Healthy Families) u otros programas de salud o de beneficios de salud auspiciados por el Gobierno en los cuales participa el CHOC Children's.

6. Los Lineamientos de Elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera del CHOC Children's se basan en los Lineamientos Federales de Pobreza publicados más recientemente. El cuadro A indica los rangos de ingreso familiar de acuerdo con los Lineamientos Federales de Pobreza publicados el 1º de abril de 2016 y enmendados periódicamente.
7. **Activos personales**
 - a. Si un paciente cumple con el "ingreso familiar" del cuadro A y resulta ser elegible para el Programa de Asistencia Financiera, un representante del CHOC Children's revisará posteriormente la Declaración de Información Financiera del paciente o de su familia para determinar si posee activos personales significativos. No sería congruente con la intención de esta política el conceder asistencia financiera a pacientes que tengan una cartera significativa de activos líquidos o de otro tipo de los cuales el paciente o su familia puedan pedir un préstamo del monto requerido para pagar su deuda. Por esta razón, el representante del CHOC Children's debe considerar y evaluar activos tales como cuentas bancarias, el derecho que tenga el paciente o su familia de obtener devoluciones de impuestos, acciones, bonos u otras inversiones.
 - b. Esta política no incluirá en la determinación de la elegibilidad los planes de retiro o de compensación diferidos del paciente o su familia calificados bajo el Código de Rentas Internas o planes de compensación diferidos no calificados. Más aún, los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos de un paciente o su familia no se considerarán en la determinación de la elegibilidad, así como tampoco se considerará el 50 % de los activos monetarios en exceso de los diez mil (\$10,000) de un paciente en la determinación de su elegibilidad.
 - c. Cualquier paciente o familiar que califique y obtenga la aprobación bajo el Programa de Asistencia Financiera para un descuento parcial de los cargos también será elegible para realizar pagos mensuales. El CHOC Children's y la familia del paciente pueden negociar los términos del plan de pagos. Si no se puede llegar a un acuerdo entre la familia del

paciente y el CHOC, se solicitará que la familia del paciente complete un formulario de plan de pago extendido del Programa de Asistencia Financiera de CHOC (CHOC Financial Assistance Program, CHOC FAP) (cuadro C). Luego de la recepción de este formulario completo, el CHOC evaluará el ingreso mensual total de la familia menos sus gastos esenciales de vida. Luego, se ofrecerá un plan de pago mensual a una tasa de no más del 10 % del ingreso menos los gastos esenciales de vida. Durante el período de amortización aprobado, el CHOC Children's no aplicará interés alguno al balance de la cuenta descontada.

- d. Un plan de pago con descuento extendido se puede considerar inoperativo luego de que el paciente o su familia no cumplan con los pagos consecutivos vencidos durante un período de 90 días. Antes de la declaración de inoperatividad de un plan de pago extendido, el CHOC Children's o su agencia de cobranza o persona asignada deben realizar un intento razonable para notificar al paciente o su familia por teléfono o al último número telefónico conocido, así como también notificar por escrito a la última dirección conocida, que el plan de pago extendido puede volverse inoperativo y que podría existir una oportunidad para renegociar si el paciente o su familia lo solicitan.

B. Excepciones:

1. Se entiende que surgirán circunstancias atenuantes que pudieran requerir consideración especial en la aprobación de asistencia financiera para pacientes que no cumplan con los criterios establecidos. Los representantes del CHOC Children's deben estar conscientes de esto cuando se evalúen casos de pacientes individuales para el Programa de Asistencia Financiera. Aunque no es posible proveer una lista completa o definitiva de todas las circunstancias atenuantes que puedan surgir, algunos factores importantes que se deben considerar pueden incluir:
 - a. El monto adeudado por el paciente o su familia en relación con su ingreso total. Si los gastos corrientes totales del paciente en el CHOC Children's exceden el 10 % del ingreso anual del paciente o su familia por los últimos 12 meses.
 - b. La condición médica del paciente o de su proveedor familiar.
 - c. La disposición del paciente o su familia a trabajar con el CHOC Children's para agotar cualquier otra fuente de pago.
2. El Director de Servicios Financieros al Paciente (Patient Financial Services, PFS) debe tomar en cuenta cualquier circunstancia que se considere dentro de la categoría de "circunstancias atenuantes". Los casos que caigan dentro de esta categoría pueden requerir de

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para el paciente

la aprobación del Vicepresidente de Finanzas o del Director de Finanzas.

3. **Pacientes internacionales:**

El Programa de Asistencia Financiera no aplica para los pacientes internacionales que buscan cuidados que no sean de emergencia. El CHOC Children's seguirá los procedimientos operativos trazados en la provisión de cuidados a precios estándares publicados. Si cualquier paciente internacional tiene la necesidad de asistencia financiera para cuidados electivos o que no sean de emergencia, pueden solicitarlo ante el CHOC Children's para su consideración.

C. Proceso de aceptación/rechazo/apelación del Programa de Asistencia Financiera

1. Cualquier cuenta de paciente que se recomiende para un ajuste de asistencia financiera parcial o total luego de cumplir con los lineamientos establecidos en esta política debe seguir el proceso de aprobación que se indica a continuación:

a. **CHOC Children's (hospital y clínicas)**

\$0.01 a \$5,000	Gerente
\$5,001 a \$50,000	Director de PFS
\$50,001 a \$100,000	Vicepresidente de Ciclo de Ingresos
\$100,001 a todas las apelaciones	Vicepresidente Ejecutivo y Director de Finanzas

b. **CHOC Children's Medical Foundation**

\$0 a \$500	Supervisor de la Oficina de Negocios
\$501 a \$2,500	Gerente de la Oficina de Negocios
\$2,501 a \$10,000	Director de Servicios de Negocios Médicos
>\$10,001	Vicepresidente de Ciclo de Ingresos

2. En el momento en el cual se tome la decisión de aprobar o rechazar una cuenta de paciente para el Programa de Asistencia Financiera, se enviará una carta al paciente para notificarle la decisión tomada. Si se rechaza una solicitud del Programa de Asistencia Financiera, un representante del CHOC Children's contactará al paciente o su familia para realizar los arreglos de pago de la cuenta.

3. **Proceso de apelación:**

Si en cualquier momento del proceso de aprobación de asistencia financiera la solicitud se encuentra en disputa, el paciente o su

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para el paciente

familia tienen derecho de solicitar reconsideración de la solicitud en el siguiente nivel del proceso de aprobación. La determinación final para la asistencia financiera residirá exclusivamente en el Vicepresidente Ejecutivo y el Director de Finanzas. Su decisión será la final.

4. La apelación del paciente o su familia debe presentarse al Director de Cuentas de Pacientes por escrito dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación del rechazo original.
5. La provisión del Programa de Asistencia Financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea en forma retrospectiva o al momento de prestación del servicio para todos los servicios, en el caso de que se haya dado información fraudulenta, imprecisa o incompleta en el proceso de solicitud. Adicionalmente, el CHOC Children's se reserva el derecho de buscar todos los recursos, lo que incluye, entre otros, daños civiles y criminales de aquellos que hayan provisto información falsa, imprecisa o incompleta a fin de calificar para el Programa de Asistencia Financiera.

D. Programa de Asistencia Financiera: notificación al paciente o a su familia

1. Las declaraciones de pacientes del CHOC Children's proveerán una notificación en inglés y español y se le asesorarán sobre la política del Programa de Asistencia Financiera, así como la información de contacto para obtener información adicional sobre asistencia. Adicionalmente, todas las declaraciones de pacientes incluirán información sobre cómo la familia del paciente puede obtener información sobre el Intercambio de Beneficios de Salud de California, así como también sobre planes de salud financiados por el Condado y por el Estado. El hospital tendrá las solicitudes para planes estatales y del condado disponibles para su distribución.
2. Se deberá publicar un resumen del Programa de Asistencia Financiera junto con información de contacto tanto en inglés como en español en áreas de alto tráfico del CHOC Children's, tales como Admisión, la sala de emergencias, las clínicas, las Oficinas de Registro de Egreso de Pacientes y de Cuentas de Pacientes.
3. El CHOC Children's proveerá a todos los pacientes que pagan por cuenta propia en el momento del servicio información sobre el Programa de Asistencia Financiera e información de contacto, así como también información sobre programas auspiciados por el Gobierno e información de contacto sobre el Intercambio de Beneficios de Salud de California.

E. Proceso de recolección:

1. Si un paciente califica para asistencia bajo el Programa de Asistencia Financiera y está realizando todos los esfuerzos para saldar una cuenta importante dentro de un período de tiempo

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para el paciente

razonable, el CHOC Children's o su agente no enviarán ni comunicarán que enviarán el pago no realizado a una agencia externa si dicha acción puede afectar en forma negativa el crédito del paciente. Si el CHOC Children's se ve obligado a enviar una cuenta a una agencia de cobranzas externa, el monto referido a dicha agencia debe reflejar el nivel de pago reducido para el cual se eligió al paciente bajo el Programa de Asistencia Financiera. En ningún momento se referirá una cuenta de paciente a una agencia de cobranzas externa si dicha cuenta tiene menos de 150 días de facturación original.

2. En el caso de que el paciente realice pagos a su cuenta del CHOC Children's en exceso del monto total bajo su responsabilidad, el CHOC Children's reembolsará cualquier sobrepago al paciente con intereses incurridos a la tasa establecida en la ley existente a partir de la fecha en la cual el hospital recibe el pago del paciente y se identifique como crédito para el mismo. Sin embargo, el CHOC Children's no tiene que reembolsar al paciente o pagar intereses si el monto adeudado es menor de \$5.00. El hospital reconocerá el crédito de \$5.00 por un mínimo de 60 días contra cualquier balance en el cual haya incurrido el paciente en ese período de tiempo.
3. En el trato con pacientes identificados como no asegurados que se encuentren en o por debajo del 400 % del Nivel Federal de Pobreza, el CHOC Children's no deberá utilizar embargos o retenciones salariales sobre el domicilio principal del paciente o su familia como medio para recolectar las cuentas no pagadas del CHOC Children's. Este requerimiento no impide que el CHOC Children's procure el reembolso a través de acuerdos sobre las obligaciones con terceros.

F. Documentación para los descuentos del Programa de Asistencia Financiera

En los casos donde se ha determinado que el paciente califica para el Programa de Asistencia Financiera, es importante que el archivo del paciente se encuentre debidamente documentado a fin de facilitar la identificación del paciente, así como también mantener un registro apropiado de los hechos que resulten de la determinación de la elegibilidad para la Asistencia Financiera. La documentación mínima que puede requerirse para cada caso de Asistencia Financiera se puede limitar a uno de los siguientes casos:

1. Copia de la planilla de información financiera completa del paciente o su familia que incluya cualquier documentación de soporte a la misma (es decir, declaraciones de impuestos de años previos [documentación preferida], formularios W-2 o talonarios de pago actuales).
2. Copias de documentación adicional, notas, etc., que indiquen las circunstancias atenuantes que se consideraron en la determinación

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para el paciente

de la elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera (si está disponible o si es necesario).

3. Una copia de la “Aprobación para Asistencia Financiera” firmada por el representante pertinente del hospital (si está disponible).
4. Bancarota en el último año (calificación automática para el Programa de Asistencia Financiera).

G. Informes

Se debe ingresar la Asistencia Financiera junto con la siguiente información:

1. Los datos del paciente que consistan en información confidencial de salud (Protected Health Information, PHI) se mantendrán de modo tal que se proteja la privacidad y confidencialidad de dicha información. Esta solo se ingresará como necesaria para la asignación del Programa de Asistencia Financiera.
 - a. Estado de hospitalizado o ambulatorio del paciente
 - b. Cargos totales del paciente
 - c. Gastos de asistencia financiera aprobados y rechazados
 - d. Fecha de aprobación o rechazo
 - e. Razón de cualquier rechazo
2. Todos los archivos de solicitud son confidenciales y se mantendrán en una ubicación segura por un mínimo de tres años luego de la fecha de solicitud y finalización de la auditoría fiscal de fin de año del CHOC Children’s. Todos los ingresos del Programa de Asistencia Financiera se conservarán por un período de siete (7) años. Al final del período respectivo, toda la información se destruirá o conservará de forma tal que se proteja la privacidad y confidencialidad del paciente.

V. REFERENCIAS BASADAS EN EVIDENCIA/BIBLIOGRAFÍA:

- A.** Revenue Cycle Management, Zimmerman and Associates: Diciembre de 2002.
- B.** California Hospital Association, Voluntary Principles and Guidelines for Assisting Low-Income Uninsured Patient. 6 de febrero de 2004.
- C.** American Hospital Association, Statement of Principles and Guidelines on Hospital Billing and Collection Practices, 27 de abril de 2004.
- D.** Assembly Bill 774 Chan-Hospitals: fair pricing policies.
- E.** California Hospital Association, Charity Care Requirements Implementation AB 774, 3 de noviembre de 2006.
- F.** Barclays California Code of Regulations, Title 22, Chapter 7, Section 75049.
- G.** Department of Health and Human Services, Federal Poverty Income Guidelines, <http://coverageforall.org/pdf/FHCE FedPovertyLevel.pdf>. 1º de marzo de 2010.
- H.** Health Center Program Statute: Section 330 of the Public Health Services Act (42 U.S.C. 254b).

Copyright 2017. Children’s Hospital of Orange County. Todos los derechos reservados. Ninguna parte de estos materiales puede reproducirse en ninguna forma sin el permiso escrito de la Administración del Children’s Hospital of Orange County.

Manual: administrativo	Número: L3003
Sección: finanzas	Título: Programa de asistencia financiera y pago con descuento para el paciente

- I. Program Regulations 42 code of Federal Regulations (CFR) Part 51c and 42 CFR Parts 56.201-56.604 for Community and Migrant Health Centers CDPH Issue AFL Related to California Hospital Fair Pricing Policies, 5 de noviembre de 2014.

Cuadro A

Lineamientos Federales de Pobreza de 1º de abril de 2017				
Cantidad en el núcleo familiar	Hasta 100 %	Hasta 200 %	Hasta 300 %	Hasta 400 %
1	\$12,060	\$24,120	\$36,180	\$48,240
2	\$16,240	\$32,480	\$48,720	\$64,960
3	\$20,420	\$40,840	\$61,260	\$81,680
4	\$24,600	\$49,200	\$73,800	\$98,400
5	\$28,780	\$57,560	\$86,340	\$115,120
6	\$32,960	\$65,920	\$98,880	\$131,840
7	\$37,140	\$74,280	\$111,420	\$148,560
8	\$41,320	\$82,640	\$123,960	\$165,280
Descuento	100 % excepto para copagos		75 %	50 %

Cuadro B

Cronograma de pagos móviles Lineamientos de ingreso de pobreza mensual estimado Nivel de pobreza por tamaño familiar, efectivo al 2017			
Código de plan de salud	Atención de caridad	Arreglos especiales de pago por cuenta propia	Pago por cuenta propia
Nivel de pobreza	100 % o inferior	Entre 101 y 200 %	Sobre 200 %
Nro. de personas en la familia			
1	\$0 a 990	\$991 a 1980	Sobre \$1981
2	\$1335	\$1336 a 2670	Sobre \$2671
3	\$1680	\$1681 a 3360	Sobre \$3361
4	\$2025	\$2026 a 4050	Sobre \$4051
5	\$2370	\$2371 a 4740	Sobre \$4741
6	\$2715	\$2716 a 5430	Sobre \$5431
7	\$3061	\$3062 a 6122	Sobre \$6123
8	\$3408	\$3409 a 6815	Sobre \$6816
Tarifa por servicio	\$10	\$60 nuevo \$40 establecido	Depósito: \$100 por visita de consulta completa \$85 parcial y visitas que no sean consultas
Laboratorio/radiología	“Factura al paciente” A menos que pague al momento de la visita a tasas reducidas de clínica, en ese caso “factura a clínica”	“Factura al paciente” A menos que pague al momento de la visita a tasas reducidas de clínica, en ese caso “factura a clínica”	“Factura al paciente” (recibe la factura del laboratorio/radiología a tasas regulares)
Medicamentos con prescripción	Prescripción entregada - el paciente paga	Prescripción entregada - el paciente paga	Prescripción entregada - el paciente paga
Suministros (p. ej., espaciadores, muletas)	Asesoría para capacidad de pago y entregar RX o del almacén de la clínica según la necesidad	Asesoría para capacidad de pago y entregar RX o del almacén de la clínica según la necesidad	Entregar RX - el paciente paga

Cuadro C
Formulario de plan de pago extendido de CHOC/CCMH FAP

Fecha:	Fecha del servicio:
Nombre del paciente:	ADJ Fecha:
Ingreso mensual: \$	
Sustraer gastos esenciales de vida:	
Alquiler/pago de vivienda	\$
Mantenimiento	\$
Alimentos	\$
Suministros del hogar	\$
Servicios públicos	\$
Vestimenta	\$
Pagos médicos	\$
Seguro	\$
Escuela/cuidado infantil	\$
Manutención infantil/conyugal	\$
Transporte	\$
Gastos de vehículo/combustible/repaciones/seguro	\$
Pago de vehículo	\$
Lavandería/tintorería	\$
Gastos totales	\$

Ingreso total después de gastos de vida **\$**
Plan de pago extendido, pago mensual **\$**