



Origination 11/2018
Last 02/2023
Approved
Effective 01/2023
Last Revised 02/2023
Next Review 02/2024

Owner Harold Dupper:
CFO
Area Patient
Registration/
Patient Accounts
Document Policy
Types

Patient Financial Assistance Policy

I. POLICY OVERVIEW

- A. Cobre Valley Regional Medical Center (CVRMC) is committed to providing financial assistance to persons who have health care needs and are uninsured or enrolled in a high out-of-pocket cost health plan. Consistent with its mission to deliver quality healthcare in a safe, respectful, and efficient manner, CVRMC strives to ensure that the financial capacity of people who need health care services does not prevent them from seeking or receiving care.

II. PURPOSE

- A. This Policy provides a fair and comprehensive system of providing charity care service or discounted medical care to uninsured patients or patients with high out of pocket costs within the available resources of Cobre Valley Regional Medical Center (the "Hospital and/or Clinics"). The Policy addresses:
- Eligibility criteria for financial assistance;
 - The extent to which financial assistance includes charity care or discounted care;
 - The basis for calculating amounts charged to individuals who are eligible for assistance under this policy;
 - The method for applying for assistance;
 - Measures to widely publicize the Policy

III. RESPONSIBILITY

- A. It is the responsibility of the Hospital Board of Directors to ensure that this Policy is being administered and carried out in a consistent manner and within the guidelines set forth in controlling laws and regulations.

IV. SCOPE

- A. This Policy applies to all emergency and medically necessary inpatient and outpatient hospital services provided to individuals who qualify for assistance in accordance with the terms and conditions herein. It also applies to services CVRMC employed physician services, clinic services, or other services that may be offered by the Hospital. Any services deemed non-medically necessary or cosmetic in nature are not eligible for financial assistance.

V. DEFINITIONS

The following definitions shall apply to this Policy:

- A. **"Average Generally Billed (AGB) percentage"** "ABG discount percentage" is determined by dividing the sum of all claims Medically Necessary services provided at Cobre Valley Regional Medical Center paid during the Relevant Period by Medicare fee-for-service and all private health insurers as primary payors, together with any associated portions of these claims paid by Medicare beneficiaries or insured individuals in the form of co-pays, co-insurance or deductibles.
- B. **"Application Period"**: The period during which the Hospital must accept and process an application for assistance under this Policy in order to have made "reasonable efforts" to determine whether the patient is an individual who is eligible for assistance under this Policy. The Application Period ends on the 240th day the Hospital provides the individual with the first statement for care provided.
- C. **"Extraordinary Collection Action"** or "ECA": Actions taken by the Hospital against a patient or any other individual who has accepted or is required to accept responsibility for the patient's bills that involve (i) a legal or judicial process; (ii) selling an individual's debt to a third party; or (iii) reporting adverse information about the individual to a consumer credit agency or credit bureau.
- D. **"Gross Charges"**: The Hospital's full, established price for medical care that it consistently and uniformly charges all patients before applying any contractual allowances, discounts, or deductions.
- E. **"Household Income"**: Means the total income of all members living in the individual's household.
- F. **"Individuals who are eligible for assistance under this Policy"**: An individual who is uninsured and is eligible for financial assistance under this Policy.
- G. **"Individuals who qualify for financial assistance"**: Individuals who are eligible for assistance under this Policy and who have submitted a completed financial assistance application within required time periods as set forth herein and have been approved for financial assistance according to the processes set forth herein.
- H. **"Medically Indigent"**: Individuals who do not have health insurance and who are not eligible for other health care coverage, such as Medicare, Medicaid, or private health insurance.
- I. **"Notification Period"**: Begins on the first date care is provided and ends on the 120th day after the Hospital provides the individual with the first bill for care.
- J. **"Uninsured"**: A patient (or his or her financially responsible individual) has no insurance or

medical coverage under governmental programs and is not eligible for any other third party payment.

- K. **"Out-of-pocket costs"**: Expenses for medical care not reimbursed by insurance. This may include deductibles, coinsurance and copayments for covered services plus all costs for services that are not covered.

VI. ELIGIBILITY FOR FINANCIAL ASSISTANCE

- A. Uninsured or high out-of pocket costs - Status to be verified through state websites or other third party eligibility system
- B. Citizenship – Individuals must be U.S. citizens
 - 1. Patients who are not legal U.S. citizens are not eligible for Financial Assistance. However, they are encouraged to inquire about emergency health care services through the Federal Emergency Services Program (FESP) provided by AHCCCS. Patients who do not meet the qualifications of this program will be able to receive the Self-Pay discount. https://www.azahcccs.gov/PlansProviders/Downloads/FFSPProviderManual/FFS_Chap18_EmergencyServicesProgram.pdf
- C. Federal Poverty Level - The applicant's household income must be at or below 400% of the Federal Poverty Guidelines <http://aspe.hhs.gov/poverty/14poverty.cfm>
- D. Homeless - Individuals without a payment source may be classified as eligible for Financial Assistance if it is determined that they do not have a job, mailing address, residence, or insurance. Consideration must also be given to classifying emergency room patients who do not provide adequate information as to their financial status. In many instances, these patients are homeless and have few resources to cover the cost of their care.
- E. Bankruptcy - Individuals who are in bankruptcy or recently completed bankruptcy may be eligible for Financial Assistance.
- F. Special circumstances - In rare occasions, a patient's individual circumstances may be such that while they do not meet the regular Financial Assistance criteria in this policy, they do not have the ability to pay their Hospital bill. In these situations, with the approval of the CVRMC CEO/CFO, part or all of their cost of care may be written off. There must be complete documentation of why the decision was made to do so and why the patient did not meet the regular criteria.
- G. Deceased patients without an estate or third party coverage will be eligible for financial assistance.

VII. DETERMINATION OF FINANCIAL ASSISTANCE ELIGIBILITY

- A. Financial assistance will be determined through an individual assessment of financial need, including an application process in which the patient or the patient's guarantor is required to cooperate and submit all documentation necessary to make the determination of financial need; a reasonable effort by the CVRMC to explore and assist patients in applying for appropriate alternative sources of payment and coverage from public and private payment

programs; and will take into account the patient's assets and other financial resources.

- B. It is preferred but not required that a request for financial assistance and a determination of financial need occur prior to rendering of medically necessary services. The need for financial assistance shall be re-evaluated at each subsequent rendering of medically necessary services, if the last financial evaluation was completed more than one hundred eighty days prior, and at any time additional information relevant to the eligibility of the patient for financial assistance becomes known.
- C. The granting of financial assistance shall be based on an individualized determination of financial need, and shall not take into account age, gender, race, socio-economic, sexual orientation or religious affiliation.
- D. In determining whether each individual qualifies for Financial Assistance, only those patient billings not covered by other county or governmental assistance programs should also be considered. Many applicants are not aware that they may be eligible for assistance such as AHCCCS or other government or private funded programs.
- E. Persons eligible for programs such as AHCCCS but whose eligibility status is not established for the period during which the medical services were rendered may be granted Financial Assistance for those services. CVRMC may make the granting of Financial Assistance contingent upon applying for governmental program assistance. This may be prudent, especially if the patient requires ongoing services.

VIII. EXCLUSIONS

- A. This policy and the Financial Assistance Program do **not** apply to patients who exceed 400% of the poverty guidelines. Does not apply to elective procedures except as may be determined in the sole discretion of CVRMC on a case-by-case basis.

IX. METHOD FOR APPLYING FOR FINANCIAL ASSISTANCE

- A. A copy of this Policy and Financial Assistance applications will be made available at the Hospital or by contacting Patient Accounts/Billing Office at 928-425-3261.
- B. Individuals who feel that they qualify for financial assistance under this Policy, or have requested that financial assistance be provided, are required to submit an application on the Hospital provided form during the Application Period. It is the applicant's responsibility to provide proof of household income and/or any other information provided on the application as requested by the Hospital.
- C. The applicant is required to submit all information required on the financial assistance application form, including, but not limited to, the following information:
 - 1. Copy of AHCCCS denial letter – May be waived on a case by case basis
 - 2. Copies of pay stubs for the last 2 pay periods
 - 3. Number of dependents claimed on tax return
 - 4. Copies of bills showing expenses

- D. Failure to provide this information will result in an incomplete application, which may result in the individual being denied assistance under this Policy.
- E. Completed applications shall be returned to the Patient Accounts/Billing Department within the Application Period. All eligible applications will be processed within 30 calendar days.

X. DISCOUNT

- A. Household incomes that exceed 400% of the FPG, where the patient is medically indigent, are evaluated based on their special circumstances.

Family size (See Note For More Than 8 Members)	2023 Federal Poverty Guideline (FPG) 100%	150% of Federal Poverty Guidelines	200% of Federal Poverty Guidelines	250% of Federal Poverty Guidelines	300% of Federal Poverty Guidelines	400% of Federal Poverty Guidelines
1	\$14,580	\$21,870	\$29,160	\$36,450	\$43,740	\$58,320
2	\$19,720	\$29,580	\$39,440	\$49,300	\$59,160	\$78,880
3	\$24,860	\$37,290	\$49,720	\$62,150	\$74,580	\$99,440
4	\$30,000	\$45,000	\$60,000	\$75,000	\$90,000	\$120,000
5	\$35,140	\$52,710	\$70,280	\$87,850	\$105,420	\$140,560
6	\$40,280	\$60,420	\$80,560	\$100,700	\$120,840	\$161,120
7	\$45,420	\$68,130	\$90,840	\$113,550	\$136,260	\$181,680
8	\$50,560	\$75,840	\$101,120	\$126,400	\$151,680	\$202,240

Note: For each additional family member add \$5,140

PATIENT CHARGES	<\$1,000	\$1,001 - \$2,000	\$2,001 - \$3,500	\$3,501 - \$5,000	\$5,001 - \$10,000	>\$10,000
--------------------	----------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------	-----------

Income Level

0-100% FPG	100%	100%	100%	100%	100%	100%
>100% AND <150% FPG	80%	85%	90%	95%	95%	95%
>150% AND <200% FPG	70%	75%	80%	85%	85%	85%
>200% AND <250% FPG	AGB	AGB	AGB	AGB	65%	65%
>250% AND <300% FPG	AGB	AGB	AGB	AGB	AGB	AGB
>300% AND <400% FPG	AGB	AGB	AGB	AGB	AGB	AGB

XI. PUBLICATION OF POLICY

- A. This Policy, an application, a plain language summary of the Policy, and any notices or publications regarding the Policy will be made available on the Hospital's website

(www.CVRMC.org) in pdf form.

- B. The Policy, applications, and plain language summaries shall be available upon request, without charge at the Patient Accounts/Billing Department and by mail.
- C. A plain language summary shall be conspicuously displayed in Hospital patient waiting areas and in the Patient Accounts/Billing Department in a manner that is reasonably calculated to attract visitors' attention.
- D. A plain language summary of this Policy and a copy of the financial assistance application will be provided to all patients upon admission or registration at the Hospital or Clinics

ACTIONS THAT MAY BE TAKEN IN EVENT OF NONPAYMENT OR INSUFFICIENT PAYMENT

- A. Accounts for hospital services for patients who are able, but unwilling, to pay are considered uncollectible bad debts and will be referred to outside agencies for collections.

REGULATORY REQUIREMENTS

- A. In implementing this policy, CVRMC management and CVRMC facilities shall comply with all federal, state and local laws, rules and regulations that may apply to activities conducted pursuant to this policy.

ACCOUNTING FOR FINANCIAL ASSISTANCE

- A. CVRMC will track and monitor Financial Assistance care being granted and will account for the write-offs as a separate Deduction from the Revenue general ledger account.

RECORDKEEPING

- A. Records relating to potential Financial Assistance applicants must be readily available. CVRMC will maintain a spreadsheet of all applicants and final disposition.
- B. Notes relating to the Financial Assistance application and approval or denial should be entered on the patient's account.

APPLICATION OF POLICY

- A. This policy does not create an obligation to discount for any charges or services not included in the Hospital bill at the time of service. This policy does not apply to services provided within the Hospital by physicians or other medical providers including Emergency physicians Anesthesiologists, Radiologists, Pathologist, etc.

XII. RELATED WEBSITES

- A. AHCCCS: <https://azahcccs.gov/Members/ProgramsAndCoveredServices/>
- B. FES: <https://wwwazahcccs.gov/PlansProviders/Downloads/FFSProviderManual/>

[FFS_Chap18EmergencyServicesProgram.pdf](#)

- C. Federal Healthcare Exchange: <https://www.healthcare.gov/>
- D. Cobre Valley Regional Medical Center's website: <http://www.cvrmc.org/>
- E. Federal Poverty Guidelines: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Approval Signatures

Step Description	Approver	Date
Final Approver	Harold Dupper: CFO	02/2023
	Harold Dupper: CFO	02/2023

COPY



Origination 11/2018
 Last 02/2023
 Approved
 Effective 01/2023
 Last Revised 02/2023
 Next Review 02/2024

Owner Harold Dupper:
 CFO
 Area Patient
 Registration/
 Patient Accounts
 Document Policy
 Types

Patient Financial Assistance Policy

I. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POLÍTICA

- A. Cobre Valley Regional Medical Center (CVRMC) se compromete a brindar asistencia financiera a las personas que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro o están inscritas en un plan de salud de alto costo de bolsillo. De acuerdo con su misión de brindar atención médica de calidad de manera segura, respetuosa, y eficiente, CVRMC se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención.

II. Objetivo

- A. Esta Póliza brinda un sistema justo e integral para brindar un servicio de atención caritativa o atención médica con descuento a pacientes sin seguro o pacientes con altos costos de bolsillo dentro de los recursos disponibles de Cobre Valley Regional Medical Center (el "Hospital y/o Clínicas). La Política aborda:

- Criterios de elegibilidad para asistencia financiera;
- La medida en que la asistencia financiera incluye atención de caridad o atención con descuento;
- La base para calcular los montos cobrados a las personas que son elegibles para recibir asistencia en virtud de esta póliza;
- El método para solicitar asistencia;
- Medidas para difundir ampliamente la Política

III. RESPONSABILIDAD

- A. Es responsabilidad de la Junta Directiva del Hospital garantizar que esta Política se administre y lleve a cabo de manera consistente y dentro de las pautas establecidas en las leyes y reglamentos vigentes.

IV. Alcance

- A. Esta Política se aplica a todos los servicios hospitalarios de emergencia y médicamente necesarios para pacientes internados y ambulatorios proporcionados a personas que califican para recibir asistencia de acuerdo con los términos y condiciones del presente. También se aplica a los servicios proporcionados por un médico empleado de CVRMC, servicios clínicos u otros servicios que pueda ofrecer el Hospital. Cualquier servicio que no se considere médicamente necesario o de naturaleza cosmética no es elegible para recibir asistencia financiera.

V. DEFINITIONS

Las siguientes definiciones se aplicarán a esta Política:

- A. "Porcentaje promedio generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés)" El "porcentaje de descuento AGB" se determina dividiendo la suma de todas las reclamaciones por servicios Médicamente necesarios proporcionados en Cobre Valley Regional Medical Center pagados durante el Período relevante por la tarifa por servicio de Medicare y todos aseguradoras de salud privadas como pagadores primarios, junto con cualquier parte asociada de estos reclamos pagados por beneficiarios de Medicare o personas aseguradas en forma de copagos, coseguros o deducibles. El porcentaje de AGB se actualizará anualmente y el porcentaje de AGB actualizado se aplicará a más tardar el 1 de mayo de cada año. A partir del 1 de mayo de 2022, el porcentaje de AGB es del 42%.
- B. "Período de solicitud": El período durante el cual el Hospital debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia en virtud de esta Política a fin de haber realizado "esfuerzos razonables" para determinar si el paciente es una persona elegible para recibir asistencia en virtud de esta Política. El Período de solicitud finaliza 150 días después de que el Hospital proporcione a la persona el primer estado de cuenta por la atención brindada o 90 días después de la fecha en que una cuenta se remite a cobros porque el saldo de la cuenta de pago por cuenta propia se considera incobrable después de la cuenta normal del Hospital. - Pagar las gestiones de cobranza.
- C. "Acción Extraordinaria de Cobro" o "ECA": Acciones tomadas por el Hospital contra un paciente o cualquier otra persona que haya aceptado o deba aceptar la responsabilidad de las facturas del paciente que involucren (i) un proceso legal o judicial; (ii) vender la deuda de un individuo a un tercero; o (iii) informar información adversa sobre el individuo a una agencia de crédito al consumidor oa una oficina de crédito.
- D. "Cargos brutos": el precio completo establecido por el Hospital para la atención médica que cobra de manera constante y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar cualquier asignación, descuento o deducción contractual.
- E. "Ingreso del Hogar": Significa el ingreso total de todos los miembros que viven en el hogar del individuo.
- F. "Individuos que son elegibles para recibir asistencia bajo esta Póliza": Un individuo que no tiene seguro o tiene seguro insuficiente y es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta Póliza.
- G. "Individuos que califican para asistencia financiera": Individuos que son elegibles para recibir asistencia bajo esta Política y que han presentado una solicitud de asistencia financiera completa dentro de los períodos de tiempo requeridos según se establece en este documento y han sido aprobados para recibir asistencia financiera de acuerdo con los procesos establecidos Aquí en.
- H. "Médicamente indigente": Individuos que no tienen seguro médico y que no son elegibles para otra cobertura de atención médica, como Medicare, Medicaid o seguro médico privado.
- I. "Sin seguro": un paciente (o su persona financieramente responsable) no tiene seguro ni cobertura médica bajo programas gubernamentales y no es elegible para ningún otro pago de terceros.
- J. "Periodo de notificacion": comienza en la primera fecha en que se brinda la atencion y finaliza el dia 120 despues el Hospital proporciona al individuo la primera factura por atencion.

K . "Gastos de bolsillo": Gastos por atención médica no reembolsados por el seguro. Esto puede incluir deducibles, coseguros y copagos por servicios cubiertos más todos los costos por servicios que no están cubiertos.

VI. ELIGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Gastos de bolsillo elevados o sin seguro: el estado debe verificarse a través de sitios web estatales u otro sistema de elegibilidad de terceros.
- B. Ciudadanía: las personas deben ser ciudadanos estadounidenses
 - 1. Los pacientes que no son ciudadanos estadounidenses legales no son elegibles para recibir asistencia financiera. Sin embargo, se les anima a consultar sobre los servicios de atención médica de emergencia a través del Programa Federal de Servicios de Emergencia (FESP) proporcionado por AHCCCS. Los pacientes que no cumplan con los requisitos de este programa podrán recibir el descuento de pago por cuenta propia.
 - 2. https://www.azahcccs.gov/PlansProviders/RatesAndBilling/FFS/ProviderManual/_Chap18EmergencyServicesProgram.pdf
- C. . Nivel federal de pobreza: el ingreso familiar del solicitante debe ser igual o inferior al 400 % de las Pautas federales de pobreza. <http://aspe.hhs.gov/poverty/14poverty.cfm>
- D. Personas sin hogar: las personas sin una fuente de pago pueden clasificarse como elegibles para recibir asistencia financiera si se determina que no tienen trabajo, dirección postal, residencia o seguro. También se debe tener en cuenta a los pacientes de la sala de emergencias que califiquen y que no brinden información adecuada sobre su estado financiero. En muchos casos, estos pacientes no tienen hogar y tienen pocos recursos para cubrir el costo de su atención.
- E. Bancarrota: las personas que están en bancarrota o que acabaron de terminar la bancarrota pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera.
- F. Circunstancias especiales: en raras ocasiones, las circunstancias individuales de un paciente pueden ser tales que, si bien no cumplen con los criterios regulares de Asistencia financiera de esta política, no tienen la capacidad de pagar su factura del Hospital. En estas situaciones, con la aprobación del CEO/ CFO de CVRMC, parte o la totalidad de su costo de atención puede calificar para ser descontado conforme a esta Política. Debe haber documentación completa de por qué se tomó la decisión de hacerlo y por qué el paciente, de lo contrario, no cumplió con los requisitos de elegibilidad según esta Política.
- G. Los pacientes fallecidos sin patrimonio o cobertura de terceros serán elegibles para recibir asistencia financiera.

VII. DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA

A. La asistencia financiera se determinará a través de una evaluación individual de la necesidad financiera, incluido un proceso de solicitud en el que el paciente o el garante del paciente deben cooperar y presentar toda la documentación necesaria para determinar la necesidad financiera; un esfuerzo razonable por parte del CVRMC para explorar y ayudar a los pacientes a solicitar fuentes de pago alternativas apropiadas y cobertura de programas de pago públicos y privados; y tendrá en cuenta los bienes del paciente y otros recursos financieros.

- B. Se prefiere, pero no se requiere, que se presente una solicitud de asistencia financiera y una determinación de necesidad financiera antes de la prestación de los servicios médicamente necesarios. La necesidad de asistencia financiera se volverá a evaluar en cada prestación subsiguiente de servicios médicamente necesarios, si la última evaluación financiera se completó hace más de ciento ochenta días, y en cualquier momento información adicional relevante a la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. se hace conocido
- C. La concesión de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, la orientación socioeconómica, sexual o la afiliación religiosa.
- D. Para determinar si cada individuo califica para la asistencia financiera, solo se deben considerar las facturas de los pacientes que no estén cubiertas por otros programas de asistencia gubernamentales o del condado. Muchos solicitantes no saben que pueden ser elegibles para asistencia como AHCCCS u otros programas financiados por el gobierno o privados.
- E. Las personas elegibles para programas como AHCCCS pero cuyo estado de elegibilidad no está establecido para el período durante el cual se prestaron los servicios médicos pueden recibir asistencia financiera para esos servicios. CVRMC puede hacer que la concesión de asistencia financiera dependa de la asistencia del programa gubernamental. Esto puede ser prudente, especialmente si el paciente requiere un servicio continuo.

VIII. EXCLUSIONES

Esta política y el programa de asistencia financiera no se aplican a pacientes que superan el 400% de las pautas de pobreza. No se aplica a los procedimientos electivos, excepto que se determine a exclusivo criterio de CVRMC caso por caso.

IX. MÉTODO PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Una copia de esta Política y las solicitudes de Asistencia Financiera estarán disponibles en el Hospital o comunicándose con la Oficina de Facturación/Cuentas del Paciente al 928-425-3261.
- B. Las personas que consideren que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política, o que hayan solicitado que se brinde asistencia financiera deben presentar una solicitud en el formulario proporcionado por el Hospital durante el Período de solicitud. Es responsabilidad del solicitante proporcionar prueba de los ingresos del hogar y/ o cualquier otra información proporcionada en la solicitud según lo solicite el Hospital.
- C. TEI solicitante debe presentar toda la información requerida en el formulario de solicitud de asistencia financiera, incluida, entre otras, la siguiente información:
 - 1. Copia de la carta de denegación de AHCCCS: se puede renunciar caso por caso
 - 2. Copias de talones de pago de los últimos 2 períodos de pago
 - 3. Número de dependientes reclamados en la declaración de impuestos
 - 4. Copias de facturas de gastos

- D. FEI no proporcionar esta información resultará en una solicitud incompleta, lo que puede resultar en que se le niegue la asistencia a la persona en virtud de esta Política.
- E. Las solicitudes completas se devolverán al Departamento de Facturación/Cuentas de Pacientes dentro del Período de Solicitud. Todas las solicitudes elegibles se procesarán dentro de los 30 días calendario.

X. DESCUENTO

- A. Los ingresos del hogar que exceden el 400 % de las FPG, donde el paciente es médicamente indigente, se evalúan en función de sus circunstancias especiales.

Tamaño de la familia (Ver nota para más de 8 miembros)	2023 Federal Poverty Guideline (FPG) 100%	150% of Federal Poverty Guidelines	200% of Federal Poverty Guidelines	250% of Federal Poverty Guidelines	300% of Federal Poverty Guidelines	400% of Federal Poverty Guidelines
1	\$14,580	\$21,870	\$29,160	\$36,450	\$43,740	\$58,320
2	\$19,720	\$29,580	\$39,440	\$49,300	\$59,160	\$78,880
3	\$24,860	\$37,290	\$49,720	\$62,150	\$74,580	\$99,440
4	\$30,000	\$45,000	\$60,000	\$75,000	\$90,000	\$120,000
5	\$35,140	\$52,710	\$70,280	\$87,850	\$105,420	\$140,560
6	\$40,280	\$60,420	\$80,560	\$100,700	\$120,840	\$161,120
7	\$45,420	\$68,130	\$90,840	\$113,550	\$136,260	\$181,680
8	\$50,560	\$75,840	\$101,120	\$126,400	\$151,680	\$202,240

Nota: Para cada miembro adicional de la familia, agregue \$5,140

PATIENT CHARGES	<\$1,000	\$1,001 - \$2,000	\$2,001 - \$3,500	\$3,501 - \$5,000	\$5,001 - \$10,000	>\$10,000
-----------------	----------	-------------------	-------------------	-------------------	--------------------	-----------

Income Level

0-100% FPG	100%	100%	100%	100%	100%	100%
>100% AND <150% FPG	80%	85%	90%	95%	95%	95%
>150% AND <200% FPG	70%	75%	80%	85%	85%	85%
>200% AND <250% FPG	AGB	AGB	AGB	AGB	65%	65%
>250% AND <300% FPG	AGB	AGB	AGB	AGB	AGB	AGB
>300% AND <400% FPG	AGB	AGB	AGB	AGB	AGB	AGB

XI. PUBLICACIÓN DE POLÍTICA

- A. Esta Política, una solicitud, un resumen en lenguaje sencillo de la Política y cualquier aviso o publicación relacionada con la Política estarán disponibles en el sitio web del Hospital (www.CVRMC.org) en formato pdf

- B. . La Póliza, las solicitudes y los resúmenes en lenguaje sencillo estarán disponibles previa solicitud, sin cargo, en el Mostrador de registro de pacientes, en el Departamento de cuentas/ facturación de pacientes y por correo.
- C. Un resumen en lenguaje sencillo se exhibirá de manera visible en las áreas de espera de pacientes del Hospital y en el Departamento de Facturación/Cuentas de Pacientes de una manera razonablemente calculada para atraer la atención de los visitantes.
- D. Un resumen en lenguaje sencillo de esta Póliza y una copia de la asistencia financier. La aplicacion se entregara a todos los pacientes al ingreso o registro en el hospital o clinicas.

ACCIONES QUE SE PUEDEN TOMAR EN CASO DE IMPAGO O PAGO INSUFICIENTE

- A. Las cuentas por servicios hospitalarios para pacientes que pueden, pero no quieren, pagar, se consideran deudas incobrables y se derivarán a agencias externas para el cobro.

LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS

- A. Al implementar esta política, la administración de CVRMC y las instalaciones de CVRMC deberán cumplir con todas las leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política.

CONTABILIDAD DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

- A. . CVRMC hará un seguimiento y controlará la atención de asistencia financiera que se otorga y contabilizará las cancelaciones como una cuenta de deducción del libro mayor general separada en la sección de ingresos del libro mayor general del hospital.

MANTENIMIENTO DE REGISTROS

- A. Los registros relacionados con los posibles solicitantes de asistencia financiera deben estar fácilmente disponibles. CVRMC mantendrá una hoja de cálculo de todos los solicitantes y disposición final.
- B. Las notas relacionadas con la solicitud de asistencia financiera y la aprobación o denegación deben ingresarse en la cuenta del paciente.

APLICACIÓN DE LA POLÍTICA

- A. Esta política no crea una obligación de descuento por ningún cargo o servicio no incluido en la factura del Hospital en el momento del servicio. Esta política no se aplica a los servicios prestados dentro del Hospital por médicos u otros proveedores médicos que no sean empleados directos del Hospital, incluidos los médicos de urgencias, anestesiólogos, radiólogos, patólogos, etc.

XII. RELATED WEBSITES

- A. AHCCCS: <https://azahcccs.gov/Members/ProgramsAndCoveredServices/>
- B. FES: <https://www.azahcccs.gov/PlansProviders/Downloads/FFSProviderManual/>

[FFS_Chap18EmergencyServicesProgram.pdf](#)

C. Federal Healthcare Exchange: <https://www.healthcare.gov/>

D. Cobre Valley Regional Medical Center's website: <http://www.cvrmc.org/>

E. Federal Poverty Guidelines: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Approval Signatures

Step Description	Approver	Date
Final Approver	Harold Dupper: CFO	02/2023
	Harold Dupper: CFO	02/2023

COPY