

Los pacientes de bajos ingresos en Nuevo México no pueden ser demandados ni enviados a cobranza por una factura médica.

Tus derechos:

- Los hospitales y proveedores deben verificar si tiene bajos ingresos, antes de demandarlo o enviarlo a recolecciones. Deben comunicarse con usted por lo menos tres veces.
- En cualquier momento, puede decirle al departamento de facturación o a la agencia de cobranza que tiene bajos ingresos y que no puede ser demandado ni enviado a recolecciones.
- No necesita mostrar documentos de ingresos para demostrar que está protegido. Se debe aceptar una declaración firmada sobre sus ingresos.

Los ingresos por debajo de los siguientes niveles se consideran “ingresos bajos” (antes de impuestos y deducciones):

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	5+
Ingresos mensuales:	\$2,660	\$3,607	\$4,553	\$5,500	\$6,447	Agregue \$947 por cada persona adicional.

Los hospitales, centros de atención urgente y otras clínicas deben verificar si los pacientes califican para los programas que ayudan con los costos médicos y ayudarlos a inscribirse.

- Esto incluye programas como Medicaid, atención a indigentes y asistencia financiera.
- Los programas de asistencia para gente que no califica, como UNM Care, no puede negar ayuda por el estado migratorio de la persona.

Sus facturas médicas deben tener la siguiente información:

1. La(s) fecha(s) en que recibió atención.
2. Si tiene seguro.
3. Si se facturó el seguro.
4. Cuánto debe.
5. Si el centro/proveedor verificó si califica para programas como Medicaid que paga costos médicos.



Los pacientes no tienen que aceptar un plan de pago para recibir estas protecciones.

EJEMPLO DE FACTURA

Jane Doe
456. 056 Avenue, Albuquerque, NM
Account Number

RESUMEN DE SERVICIOS

Fecha de Servicio	07/01/2021	\$5,000
Radiología		\$5,000
Cirugía		\$15,000
Visita a Urgencias		\$1,000

RESUMEN DE CUENTA

(1) Verificado si tiene seguro:	Si
(2) Cargos facturados:	\$25,000
(3) Pagos de seguro:	\$20,000
(4) Balance pendiente:	\$8,000
(5) Se verificó si califica para programas de asistencia con médico	

ACREDITACIÓN DE INDIGENCIA

1. Soy el paciente. Mi nombre es: _____
 Mi fecha de nacimiento es: _____
 No soy el paciente.

2. Cuido al paciente. El nombre del paciente es: _____
 a. Mi relación con el paciente es: padre/madre, abuelo/a, tutor/a
 Otro: _____
 b. La fecha de nacimiento del paciente es: _____

3. Soy mayor de 18 años. Soy menor emancipado.

4. Soy competente para dar fe como testigo.

5. Mis ingresos **anuales** actuales o previstos, o los ingresos **anuales** actuales o previstos del hogar del paciente, son iguales o inferiores al 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL). [Busque el tamaño del hogar y, a continuación, consulte los ingresos anuales que aparecen justo debajo de ese número. Si los ingresos anuales son inferiores o iguales a esos ingresos anuales, marque esa casilla].

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7
Ingresos anuales del hogar	<input type="checkbox"/> \$ 31,920	<input type="checkbox"/> \$ 43,280	<input type="checkbox"/> \$ 54,640	<input type="checkbox"/> \$ 66,000	<input type="checkbox"/> \$ 77,360	<input type="checkbox"/> \$ 88,720	<input type="checkbox"/> \$ 100,080
Tamaño del hogar	8	9	10	11	12	13	14
Ingresos anuales del hogar	<input type="checkbox"/> \$ 111,440	<input type="checkbox"/> \$ 122,800	<input type="checkbox"/> \$ 134,160	<input type="checkbox"/> \$ 145,520	<input type="checkbox"/> \$ 156,880	<input type="checkbox"/> \$ 168,240	<input type="checkbox"/> \$ 179,600

6. No sé cuáles son los ingresos anuales del paciente ni los míos. Mis ingresos **mensuales**, o los ingresos **mensuales** del hogar del paciente, son iguales o inferiores al 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL). [Busque el tamaño del hogar y, a continuación, consulte los ingresos mensuales que aparecen justo debajo de ese número. Si los ingresos mensuales son inferiores o iguales a esos ingresos mensuales, marque esa casilla. Consulte la tabla de la página siguiente].

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7
Ingresos mensuales del hogar	<input type="checkbox"/> \$ 2,660.00	<input type="checkbox"/> \$ 3,606.67	<input type="checkbox"/> \$ 4,553.33	<input type="checkbox"/> \$ 5,500.00	<input type="checkbox"/> \$ 6,446.67	<input type="checkbox"/> \$ 7,393.33	<input type="checkbox"/> \$ 8,340.00
Tamaño del hogar	8	9	10	11	12	13	14
Ingresos mensuales del hogar	<input type="checkbox"/> \$ 9,286.67	<input type="checkbox"/> \$ 10,233.33	<input type="checkbox"/> \$ 11,180.00	<input type="checkbox"/> \$ 12,126.67	<input type="checkbox"/> \$ 13,073.33	<input type="checkbox"/> \$ 14,020.00	<input type="checkbox"/> \$ 14,966.67

Doy fe de que la información que proporciono sobre mi persona o sobre el paciente es verdadera y correcta. Entiendo que estoy proporcionando esta información para que mi proveedor médico no me demande ni emprenda acciones de cobro en mi contra.

(Firma del paciente o del padre/madre/tutor legal)

(Fecha)

(Nombre impreso del paciente o del padre/madre/tutor legal)

Dirección: _____