

CONOZCA SUS DERECHOS

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 médicos deben verificar si tiene bajos ingresos antes de demandarlo o enviar su cuenta a una agencia de cobros. Deben comunicarse con usted al menos tres veces.
- En cualquier momento, puede decirle al departamento de facturación o a la agencia de cobros que tiene bajos ingresos y que no pueden demandarlo ni enviar su cuenta a cobros bajo la Ley de Protección de Pacientes contra el Cobro de Deudas.
- No necesita presentar documentos que comprueben sus ingresos para demostrar que está protegido. Deben aceptar una declaración firmada sobre sus ingresos. Complete y firme el formulario de Declaración de Bajos Ingresos (Attestation of Indigency) que se adjunta y envíelo al hospital y a los demás proveedores médicos que le estén enviando facturas.

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 programas que ayudan con los costos médicos y ayudarles a inscribirse.

- Esto incluye programas como Medicaid, atención para personas de bajos ingresos y ayuda económica.
- Los programas de atención para personas de bajos ingresos, como UNM Care, no pueden negar ayuda por el estatus migratorio.



¡Escanee aquí para más recursos!

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:	Sí
(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	

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.

CERTIFICACIÓN DE INDIGENCIA

En Nuevo México, no se le puede enviar a un paciente a servicios de cobro ni se le puede demandar por deudas médicas si los ingresos del hogar del paciente son igual o menor del doble del nivel federal de pobreza.

Usted puede llenar este documento por sí mismo o de parte de un menor o un adulto bajo su tutela, y entregárselo a un hospital, proveedor, o colector de deudas que le está cobrando por deudas médicas. No se le puede requerir ningún otro documento.

Paso Uno: Marque Uno

- ☐ Yo so el paciente
- ☐ Yo soy padre/madre o tutor legal del(de la) paciente, cuyo nombre es: _____

Soy mayor de 18 a o soy menor de edad emancipada/o. Soy plenamente competente para hacer esta certificación. Afirmo que los ingresos de mi hogar o del hogar de (el/la) paciente son iguales o menores de lo siguiente:

Paso Dos: Marque Uno (Use los ingresos anuales proyectados O sus ingresos mensuales actuales)

Ingresos anuales proyectados		o	Ingresos mensuales actuales	
Personas en el hogar	Ingreso no es mayor de:		Personas en el hogar	Ingreso no es mayor de:
1	☐ \$31,920		1	☐ \$2,660
2	☐ \$43,280		2	☐ \$3,607
3	☐ \$54,640		3	☐ \$4,553
4	☐ \$66,000		4	☐ \$5,500
5	☐ \$77,360		5	☐ \$6,447
6+	☐ * _____		6+	☐ * _____
*Para familias de más de 6 personas, sume \$11,360 por cada persona adicional.			*Para familias de más de 6 personas, sume \$947 por cada persona adicional.	

Sólo cuentan los ingresos sujetos a impuestos. Esto significa que no deben contarse los beneficios de seguro social ni otras deducciones de un cheque de pago. Si usted tiene preguntas, comuníquese con el Centro sobre Ley y Pobreza al 505-255-2840.

Paso Tres: Firme

Solicito una determinación de indigencia para mí o el/la paciente. Esta certificación comprueba el ingreso de mi hogar o del hogar del (de la) paciente. 13.10.39.9(E) NMAC. Por lo tanto, se prohíben todos los actos de cobro – por ejemplo, vender la deuda médica a otra parte (incluyendo un servicio de cobros) y acciones que requieren un proceso legal o judicial – basado en cobros por servicios de atención de salud o deudas médicas., NMSA 1978, § 57-32-4(A) (2021). Por favor entrégame dentro de 30 días una notificación de la determinación de indigencia, que deberá incluir una confirmación que son prohibidas los actos de cobro por servicios de atención de salud y deudas médicas. 13.10.39.9(F) NMAC.

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

(Fecha)

(Nombre en letra de molde del paciente o
del padre/ madre/tutor legal del paciente)

(Fecha de nacimiento del/de la paciente)