

<b>POLÍTICA: Política de Asistencia Financiera</b>
<b>FECHA DE VIGENCIA: 01-01-2010</b>
<b>FECHA(S) REVISADA(S): 6-24-16, 6-1-23, 1-1-24, 6-13-24, 12-17-24; 8-22-2025, 8-27-2025, 11-25-2025</b>

Southern Mono Healthcare District haciendo negocios como Mammoth Hospital ("MH" u "Hospital") se compromete en ayudar a satisfacer las necesidades de los pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente en nuestra comunidad. De acuerdo con nuestra misión, MH se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las familias que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. MH proporcionará asistencia financiera médicamente necesaria a todos los pacientes elegibles conforme a los requisitos y procedimientos de elegibilidad establecidos aquí. MH desarrolló esta Política de Asistencia Financiera de acuerdo con los requisitos de las secciones 127400-127466, et seq. y los siguientes del Código de Salud y Seguridad de California y sus regulaciones de implementación, la sección 501 (r) del Código de Rentas Internas y la guía de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos con respecto a la asistencia financiera a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente.

Esta política solo se aplica a pacientes individuales y no afecta la responsabilidad de ningún tercero pagador u otras entidades de realizar el pago de la atención brindada por el Hospital.

## **I. Propósito**

Esta política tiene como objetivo:

- Definir las formas de asistencia financiera disponibles y los criterios de elegibilidad asociados;
- Establecer los procesos que los pacientes deben seguir para solicitar asistencia financiera y el proceso que seguirá el hospital para revisar las solicitudes de asistencia financiera;
- Proporcionar un medio de revisión en caso de una disputa acerca de una determinación de Asistencia Financiera;
- Proporcionar normas administrativas y de contabilidad para ayudar a identificar, clasificar y reportar la asistencia financiera;
- Establecer el proceso que MH debe seguir para proporcionar a los pacientes una estimación de la responsabilidad financiera por los servicios; y
- Definir los descuentos disponibles para los pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios que hayan recibido servicios realizados en MH.

## **II. Alcance / Aplicabilidad**

Esta política se aplica a todos los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios facturados por MH (en la mayoría de los casos incluye los honorarios profesionales del médico). Además, los médicos de emergencia, como se define en el Código de Salud y Seguridad de California §127450, que brindan servicios médicos de emergencia en MH están obligados por ley a proporcionar descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con altos costos médicos que están en o por debajo del 400 por ciento del nivel federal de pobreza.

MH brinda, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia a las personas, independientemente que sean elegibles para recibir asistencia bajo esta política, como se detalla en el Subcapítulo G del Capítulo IV del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (o cualquier regulación sucesora).

Los siguientes servicios están excluidos como no elegibles para la aplicación de Asistencia Financiera bajo esta política, excepto según lo exija la ley:

- Servicios no médicamente necesarios, es decir, servicios que no son Servicios cubiertos; y
- Compras en la cafetería del Hospital.

## **III. Proceso de asistencia financiera**

### **A. Determinación de asistencia financiera: proceso de solicitud estándar**

#### **1. Aplicación**

Un paciente que indique la incapacidad financiera para pagar una factura por el Servicio cubierto recibirá más información sobre la disponibilidad de Asistencia financiera.

El formulario de solicitud estandarizado de MH, "Solicitud de asistencia financiera", se utilizará para que MH pueda realizar una evaluación de buena fe de la elegibilidad de cada paciente para recibir asistencia financiera. Esta solicitud deberá estar disponible en el idioma principal del área de servicio de MH. Tanto para la atención caritativa como para la atención con descuento, la solicitud de asistencia financiera debe ir acompañada de una de las siguientes formas de documentación de ingresos:

- Declaración de impuestos federales sobre la renta (Formulario 1040) para el paciente y su cónyuge o pareja de hecho del año en que se facturó al paciente por primera vez o 12 meses antes de que se le facturó por primera vez, o
- Recibos de pago recientes de los 6 meses anteriores o posteriores a la facturación inicial del paciente (o en preservicio cuando se envía la Solicitud).

Si se recibe una solicitud de asistencia financiera, pero está incompleta, MH se comunicará con el paciente describiendo lo que falta en la solicitud. Si la información adicional no se recibe dentro de un plazo razonable, MH enviará una carta de denegación al paciente indicando que la solicitud no estaba completa y que no se recibió la información faltante.

MH determinará la elegibilidad en función de la Solicitud de Asistencia Financiera de cada solicitante y los criterios de elegibilidad descritos en la sección IV. La elegibilidad para pagos con descuento o atención caritativa se puede determinar en cualquier momento en que el hospital reciba la Solicitud de asistencia financiera y la documentación de respaldo.

Un paciente, o el representante legal del paciente, que solicite atención con descuento o atención caritativa, deberá hacer todos los esfuerzos razonables para proporcionar al hospital documentación de ingresos y cobertura de beneficios de salud. MH puede considerar la falta de proporcionar esta información al tomar su determinación. Estos documentos proporcionados para la Solicitud solo se utilizarán para llegar a una determinación de Asistencia Financiera y no se utilizarán para actividades de cobro.

## 2. Aviso de determinación

MH hará todo lo posible para determinar la cantidad de asistencia financiera para la cual un paciente es elegible lo más cerca posible del momento del servicio. Una vez que se haya tomado una determinación de atención caritativa o atención con descuento, se enviará una "Carta de determinación de elegibilidad de asistencia financiera" a cada solicitante informándole de la decisión de MH.

En caso de una disputa sobre la aplicación de esta política, un paciente puede solicitar una revisión del hospital notificándole al director financiero de MH, o su designado, la base de cualquier disputa y la reparación deseada. La comunicación escrita debe enviarse dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación del paciente de las circunstancias que dieron lugar a la disputa. El director financiero o la persona designada revisará las inquietudes e informará al paciente de cualquier decisión por escrito. El director financiero o la persona designada es el nivel final de apelación.

## 3. Efecto de la determinación de asistencia financiera

Si se determina que es elegible para la atención con descuento, MH proporcionará a la persona un estado de cuenta que indique la cantidad que la persona ahora debe por la atención, después de la aplicación de los descuentos otorgados de conformidad con la Carta de determinación de elegibilidad de asistencia financiera.

Si se determina que es elegible para la atención con descuento, el paciente puede ingresar a un plan de pago extendido para permitir el pago a lo largo del tiempo. MH y el paciente negociarán los términos del plan de pago y tendrán en cuenta los ingresos familiares y los gastos de vida esenciales del paciente. Si MH y el paciente no pueden ponerse de acuerdo sobre el plan de pago, el hospital creará un plan de pago en el que los pagos mensuales no superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del

paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos de vida esenciales. Todos los planes de pago extendidos estarán libres de intereses.

Si corresponde, MH reembolsará a la persona cualquier cantidad superior a \$5.00 que haya pagado por la atención (ya sea a MH o a cualquier otra parte a la que MH haya remitido la deuda de la persona para la atención) que exceda la cantidad que se determine que es personalmente responsable de pagar después de que se haya aplicado la Asistencia Financiera más intereses. MH realizará cualquier reembolso bajo esta sección dentro de los 30 días posteriores a la determinación de elegibilidad para Asistencia Financiera. Cualquier interés adeudado por el hospital al paciente se acumulará a la tasa establecida en la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil, a partir de la fecha en que el hospital reciba el pago por parte del paciente. Sin embargo, MH puede optar por no reembolsar al paciente si MH determina que el paciente habría calificado para recibir asistencia financiera en el momento en que se le facturó por primera vez al paciente y (i) han pasado cinco años o más desde el último pago al hospital o cesionario, o (ii) la deuda del paciente se vendió antes del 1 de enero, 2022, de acuerdo con la ley de entonces.

La aprobación de la Asistencia Financiera y cualquier ajuste al monto adeudado se aplicarán a todos los saldos de las cuentas de pacientes elegibles, incluidos los recibidos antes de la fecha de aprobación de la solicitud. La Aprobación de Asistencia Financiera se aplicará por elegibilidad presunta durante 180 días. Para las facturas recibidas después del período de asistencia financiera de 180 días, se deberá completar una nueva solicitud de asistencia financiera si el paciente está buscando asistencia financiera para esas facturas.

#### 4. Otras formas de cobertura de salud

MH puede ayudar a la persona a determinar si es elegible para recibir asistencia gubernamental o de otro tipo, incluidos Medi-Cal, Servicios para Niños de California, Covered California o la Junta de Compensación de Víctimas de California. MH no hará que la aprobación de la Asistencia Financiera dependa de que un paciente solicite asistencia del programa gubernamental. Si un paciente solicitó o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que el paciente solicita Asistencia Financiera, ninguna solicitud detendrá la elegibilidad para el otro programa.

La asistencia financiera no exime al paciente o al garante de la responsabilidad de garantizar el pago de los servicios de atención médica. MH alienta a los pacientes a cooperar con MH para encontrar otras fuentes de pago o cobertura de programas de pago públicos y / o privados. El paciente o garante es responsable de cumplir con las condiciones de cobertura de su seguro o plan de salud si tiene un seguro o plan de salud de terceros.

## **B. Elegibilidad presuntiva**

MH entiende que es posible que ciertos pacientes no puedan completar una solicitud de asistencia financiera, cumplir con las solicitudes de documentación o no responder al proceso de solicitud. Como resultado, puede haber circunstancias en las que se pueda establecer la calificación de un paciente para la asistencia financiera sin completar la solicitud formal de asistencia. MH puede otorgar elegibilidad presunta basada en una determinación objetiva y de buena fe de la necesidad financiera, teniendo en cuenta las circunstancias individuales del paciente, el costo de vida local, los ingresos del paciente, el tamaño de la familia del paciente y / o el alcance y la extensión de las facturas médicas del paciente, según métodos razonables para determinar la necesidad financiera.

En estas circunstancias, MH puede utilizar otras fuentes de información, incluida una herramienta de evaluación financiera automatizada (Experian), para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera. Esta información permitirá a MH tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no responden utilizando las mejores estimaciones disponibles en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente. El asesor financiero está autorizado a acceder a la información crediticia del paciente con el único propósito de determinar la elegibilidad para la atención caritativa/asistencia financiera. Esta información es estrictamente confidencial y debe ser utilizada únicamente por los asesores financieros, el director de Gestión del Ciclo de Ingresos y el director Financiero junto con la política de asistencia financiera de MH para determinar la elegibilidad.

La elegibilidad presuntiva también se puede otorgar en ciertas circunstancias especiales. El hospital debe documentar la decisión, incluidas las razones por las que el paciente no cumplió con los criterios regulares. La siguiente es una lista no exhaustiva de algunas situaciones que pueden calificar para la atención caritativa presunta:

- Elegibilidad previa: Pacientes a los que se les otorgó asistencia financiera en los últimos 180 días.
- Bancarrota: Pacientes que están en bancarrota o recientemente completaron bancarrota (es decir, descarga del deudor);
- Pacientes indigentes: Pacientes sin una fuente de pago si no tienen trabajo, dirección postal, residencia o seguro.
- Fallecidos: Pacientes fallecidos sin seguro, patrimonio o cobertura de terceros.
- Medi-Cal: Los pacientes de Medi-Cal elegibles por ingresos pueden solicitar asistencia financiera por estadías negadas, días de atención negados, y servicios no cubiertos. Las personas elegibles para programas como Medi-Cal pero cuyo estado de elegibilidad no está establecido para el período durante el cual se prestaron los servicios médicos pueden solicitar Asistencia Financiera.

Los servicios no cubiertos y negados y los servicios relacionados proporcionados a los beneficiarios elegibles para Medicaid se consideran una forma de atención caritativa. Los beneficiarios de Medicaid no son responsables de ninguna forma de responsabilidad financiera del paciente además de "Compartir el costo". Ejemplos de esto incluyen, entre otros, servicios prestados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido, cuentas pendientes de Medicaid, denegaciones de Medicaid u otros programas de atención a indigentes, cargos relacionados con días que exceden los límites de duración de la estadía, reclamos de Medicaid (incluidos los reclamos de Medicaid de otros estados) "sin pagos" y cualquier servicio brindado a un paciente elegible para Medicaid sin cobertura y sin pago. Los costos compartidos de Medi-Cal no se pueden renunciar y no son elegibles para recibir asistencia financiera.

La elegibilidad presuntiva en forma de atención caritativa o atención con descuento está sujeta a la aprobación del director financiero ("CFO") de MH o su designado. El director financiero o la persona designada considerará la solicitud de servicio de manera oportuna y proporcionará una respuesta a la solicitud por escrito.

Si MH determina que el paciente es presuntamente elegible para la atención caritativa, no se requerirá que el paciente tome más medidas y la asistencia se aplicará a las facturas anteriores del paciente.

Si MH determina que el paciente es elegible para la atención con descuento, MH notificará a la persona sobre la base de la presunta determinación de asistencia financiera y la forma de solicitar una asistencia más generosa disponible bajo esta Política de asistencia financiera.

#### **IV. Criterios de elegibilidad**

El nivel de asistencia financiera, como la atención caritativa (sin cargo para el paciente) o la atención con descuento (un descuento para el paciente) se basa en varios factores. Se aplican diferentes políticas de descuento según el nivel de ingresos familiares y el estado del seguro del paciente. El nivel federal de pobreza se describe con más detalle en el Apéndice 1.

MH autoriza la Asistencia Financiera según lo establecido en esta Política.

**Tabla 1: Elegibilidad para la asistencia financiera del paciente**

	<b>Pacientes sin seguro</b>	<b>Pacientes asegurados</b>
Ingresos del hogar	Responsabilidad del paciente	Responsabilidad del paciente
200% o menos del nivel federal de pobreza	Zero (Caridad completa)	Zero (Caridad completa)
201-250% del nivel federal de pobreza	10% de los cargos	10% de la responsabilidad restante del paciente
251-300% del nivel federal de pobreza	20% de los cargos	20% de la responsabilidad restante del paciente
301-350% del nivel federal de pobreza	35% de los cargos	35% de la responsabilidad restante del paciente
351-400% del nivel federal de pobreza	50% de los cargos	50% de la responsabilidad restante del paciente
401-450% del nivel federal de pobreza	60% de los cargos	60% de la responsabilidad restante del paciente
> el 451% del nivel federal de pobreza	30% de descuento	Sin descuento

MH limitará la responsabilidad total del paciente explicado en la Tabla 1 para pacientes elegibles para atención caritativa o atención con descuento (es decir, con ingresos familiares por debajo del 450% del nivel federal de pobreza) a la cantidad de pago que el hospital esperaría, de buena fe, recibir por brindar servicios de Medicare o Medi-Cal, lo que sea mayor. Si el hospital proporciona un servicio para el cual Medicare o Medi-Cal no establece un pago, el hospital establecerá un pago con descuento apropiado. Esta cantidad siempre es inferior a la cantidad que generalmente se factura.

## **V. Procedimientos adicionales**

### **A. Informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera**

MH pone a disposición información sobre su Política y Solicitud de Asistencia Financiera a través de numerosos medios de conformidad con las leyes y regulaciones

estatales y federales aplicables. La información sobre esta política está disponible durante la preadmisión o el registro, en el sitio web del hospital, publicándola en áreas del hospital que son accesibles al público, como el departamento de emergencias, en cada estado de cuenta, y mediante resúmenes en lenguaje sencillo proporcionados a todos los pacientes. El personal del hospital indicará a los pacientes, tutores o familiares que soliciten Asistencia Financiera o información sobre Asistencia Financiera, o que el personal del hospital crea que pueden ser elegibles para Asistencia Financiera a los Representantes de Acceso de Pacientes que reciban una copia impresa de esta Política y un formulario de solicitud. MH se asegurará de que esta Política se traduzca a cada idioma hablado por el menor de 1,000 personas o el cinco por ciento de la población que reside en su área de servicio y se haga accesible mediante interpretación o formatos alternativos para garantizar el acceso de personas con dominio limitado del inglés y discapacitados.

Si el paciente no puede recibir esta información en el momento del servicio, se proporcionará durante el proceso de alta. Si el paciente no es admitido, esta información se proporcionará cuando el paciente abandone el centro. Si el paciente abandona el centro sin recibir esta información, el hospital se la enviará por correo dentro de las 72 horas posteriores a la prestación de los servicios. Si no se proporciona previamente, MH proporcionará a los pacientes sin seguro solicitudes de Medi-Cal, Healthy Families, California Children's Services y/o Covered California.

Excepto en el caso de los servicios de emergencia, MH está obligado por ley a proporcionar a todos los pacientes sin seguro una estimación de buena fe de la responsabilidad financiera por los servicios hospitalarios. Las estimaciones se escribirán y proporcionarán durante el horario comercial normal. Las estimaciones proporcionarán al paciente una estimación de la cantidad que el MH requerirá que el paciente pague por los servicios, procedimientos y suministros de atención médica que el hospital espera razonablemente que el paciente le proporcione, en función de la duración promedio de la estadía y los servicios proporcionados para el diagnóstico del paciente.

## **B. Contacto para información y asistencia**

Puede obtener información adicional sobre la Política de asistencia financiera y asistencia con el proceso de la solicitud de nuestros asesores financieros para pacientes de la siguiente manera:

- Llamando al (760) 924-4148 o al (800) 753-0414
- Enviando un correo electrónico a [Billing@MammothHospital.com](mailto:Billing@MammothHospital.com)
- Visitando a un asesor financiero para pacientes en Mammoth Hospital en 85 Sierra Park Road, Mammoth Lakes, CA 93546

Si necesita ayuda en su idioma u otras adaptaciones de comunicación, comuníquese al (760) 924-4148 o al (800) 753-0414, envíe un correo electrónico a [Billing@MammothHospital.com](mailto:Billing@MammothHospital.com) o visite la oficina de Servicios Financieros para Pacientes de Mammoth Hospital. La oficina está abierta de 8 a.m. a 4 p.m. y está

ubicada en 85 Sierra Park Road, Mammoth Lakes, CA 93546. También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.

## **VI. Definiciones**

Cualquier término utilizado en esta política que no se defina a continuación hará referencia a la definición de la sección 127400 del Código de Salud y Seguridad de California y el Título 22 de la sección 96051 del Código de Regulaciones de California.

- A. Atención caritativa:** La atención caritativa es la atención gratuita que se brinda cuando no se espera que el paciente pague la obligación de pago del paciente por los artículos y servicios proporcionados por MH. La atención caritativa se basa en la necesidad financiera y está disponible para pacientes cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 200% del nivel federal de pobreza más reciente.
- B. Servicios cubiertos:** Los servicios cubiertos son todos los servicios que son médicamente necesarios. Se supone que un servicio que se realiza en el hospital es "médicamente necesario" a menos que el hospital proporcione una certificación de que los servicios hospitalarios en cuestión no eran médicamente necesarios. Una certificación se considera válida si está firmada por el proveedor que remitió al paciente para los servicios hospitalarios en cuestión en la queja o el proveedor de atención médica supervisor para los servicios hospitalarios en cuestión en la queja. El hospital deberá obtener la certificación requerida antes de que pueda negar a un paciente la elegibilidad para el programa de pago de descuento sobre la base de que los servicios en cuestión no eran médicamente necesarios.
- C. Atención con descuento:** La atención con descuento es una deducción de las obligaciones de pago de artículos y servicios que se brinda a ciertas categorías de pacientes, por ejemplo, pacientes sin seguro.
- D. Gastos esenciales de vida:** Gastos como alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos, suministros para el hogar, lavandería y limpieza, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o cuidado de niños, manutención de niños o cónyuge, gastos de transporte y automóvil, incluidos seguros, gasolina, reparaciones y pagos a plazos, y otros gastos extraordinarios.
- E. Ingresos familiares:** Los ingresos familiares son los ingresos familiares anuales de los 12 meses anteriores o del año fiscal anterior, como se muestra en los talones de pago recientes o las declaraciones de impuestos sobre la renta, menos los pagos realizados por pensión alimenticia y manutención de los hijos. La prueba de ingresos puede

determinarse anualizando los ingresos familiares del año hasta la fecha, teniendo en cuenta las tasas de ingresos actuales.

- F. Nivel federal de pobreza:** Las pautas de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo su autoridad legal. Los límites para 2025 se encuentran en el apéndice 1.
- G. Asistencia financiera:** La asistencia financiera es atención caritativa o atención con descuento.
- H. Costos médicos altos:** incluye cualquiera de los siguientes:
1. Costos anuales de bolsillo incurridos por la persona en el hospital que excedan el menor de los 10 por ciento de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los 12 meses anteriores.
  2. Gastos anuales de bolsillo que excedan el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores.
  3. Los costos y gastos de bolsillo se refieren a cualquier gasto de atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura de salud, como los copagos de Medicare.
- I. Familia del paciente:** La familia de un paciente se define como:
1. Para personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja de hecho, hijos dependientes menores de 21 años, o cualquier edad si están discapacitados, ya sea que vivan en casa o no, y
  2. Para personas menores de 18 años o para un hijo dependiente de 18 a 20 años, padres, parientes cuidadores y otros niños menores de 21 años, o cualquier edad si está discapacitado, del padre o pariente cuidador.
- J. Paciente sin seguro:** Un paciente sin seguro es un paciente que no tiene una fuente de pago para ninguna parte de sus gastos médicos, incluidos, entre otros, seguros comerciales o de otro tipo, programas de beneficios de atención médica patrocinados por el gobierno o responsabilidad de terceros, o cuyos beneficios bajo el seguro se han agotado antes de la admisión. Los pacientes sin cobertura pueden ser evaluados para determinar su elegibilidad para los programas gubernamentales estatales y federales.

## **VII. Departamento responsable**

La implementación, la capacitación y el seguimiento del cumplimiento de esta política y procedimiento son responsabilidad del director de Gestión del Ciclo de Ingresos y del Administrador de Acceso de Pacientes del Hospital.

## **VIII. Renovación/Revisión**

Esta política y procedimiento se revisarán a intervalos planificados y se evaluarán según sea necesario, pero al menos cada dos años para determinar si cumplen con las recomendaciones, pautas, mandatos, estatutos, prácticas y operaciones de MH actuales. Si se requieren cambios, la política y el procedimiento se actualizarán según sea necesario.

## APÉNDICE 1

### TABLA FEDERAL DE NIVELES DE POBREZA

Nivel federal de pobreza de 2025 para los 48 estados contiguos (ingreso anual)

	<b>200%</b>	<b>250%</b>	<b>300%</b>	<b>350%</b>	<b>400%</b>	<b>450%</b>
Tamaño del hogar/familia						
1	\$31,300	\$39,125	\$46,950	\$54,775	\$62,600	\$70,425
2	\$42,300	\$52,875	\$63,450	\$74,025	\$84,600	\$95,175
3	\$53,300	\$66,625	\$79,950	\$93,275	\$106,600	\$119,925
4	\$64,300	\$80,375	\$96,450	\$112,525	\$128,600	\$144,675
5	\$75,300	\$94,125	\$112,950	\$131,775	\$150,600	\$169,425
6	\$86,300	\$107,875	\$129,950	\$151,025	\$172,600	\$194,175
7	\$97,300	\$121,625	\$145,950	\$170,275	\$194,600	\$218,925
8	\$108,300	\$135,375	\$162,450	\$189,525	\$216,600	\$243,675
Cada persona mayor de 8 años agregue	\$11,000	\$13,750	\$16,450	\$19,250	\$22,000	\$24,750