

TÍTULO DE LA POLÍTICA: Programa de Pago con Descuento y Atención de Caridad	
DISTRIBUCIÓN: Organización, página web, HCAI, Agencias de deudas incobrables	PÁGINA: 1 de 15
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 1 de enero de 2025	FECHA DE LA PRÓXIMA REVISIÓN: 1 de enero de 2027
REEMPLAZA A LA POLÍTICA CON FECHA: 1 de mayo de 2024	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA ORIGINAL: 1 de junio de 2004
AUTOR/PROPIETARIO: Karen Dostart, directora de Facturación a Pacientes y Contratación de Pagadores del Hospital	APROBADO POR: Director financiero y Consejo Directivo

ALCANCE: Personal de registro, recepción y asesoramiento financiero.

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:

Este documento describe la política de Pago con Descuento y Atención de Caridad de Marshall Medical Center ("Marshall") para su hospital y sus clínicas afiliadas. Marshall ofrece Pago con Descuento y Atención de Caridad a Pacientes Elegibles Financieramente. Esta política describe el modo en que Marshall revisa los recursos financieros del paciente para determinar su elegibilidad financiera para los servicios de Pago con Descuento y Atención de Caridad. Esta política también establece los lineamientos administrativos y contables para la identificación, clasificación y presentación de informes de las cuentas de los pacientes como Pago con Descuento o Atención de Caridad.

DESCRIPCIÓN GENERAL:

Marshall tiene el compromiso de ofrecer Pago con Descuento y Atención de Caridad a Pacientes Elegibles Financieramente. Marshall determina la elegibilidad de un paciente para el Pago con Descuento y la Atención de Caridad en función de lo siguiente: (1) los ingresos del paciente; (2) los servicios prestados; (3) la disponibilidad de otra cobertura o seguro; y (4) si el paciente incurrió en Costos Médicos Altos.

Es la intención de Marshall garantizar que, al momento de emitir la factura y antes del alta, a cada paciente se le dé un aviso por escrito que incluya información sobre la disponibilidad del Programa de Pago con Descuento y Atención de Caridad de Marshall, lo que incluye información sobre la elegibilidad y datos de contacto de una oficina del hospital en la cual la persona pueda obtener más información sobre estas políticas.

Los pacientes pueden pedir los servicios de Pago con Descuento y Atención de Caridad presentándole a Marshall una solicitud de Pago con Descuento o Atención de Caridad en línea o en persona, también conocida como Declaración de Condición Financiera. Marshall revisará la solicitud y tomará una determinación de elegibilidad aplicando las normas establecidas en esta política. Luego de la determinación de elegibilidad, a la persona elegible no se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención Médicamente Necesaria de lo que Marshall recibiría por

los servicios de Medicare o Medi-Cal, lo que sea mayor. Los pacientes que no estén conformes con la determinación de elegibilidad pueden apelar mediante el proceso de apelación del Pago con Descuento/la Atención de Caridad que se define más abajo.

INFORMACIÓN DE RESPALDO:

Marshall se compromete a proporcionar, sin discriminación, atención a afecciones médicas de emergencia para nuestros pacientes, sin importar su elegibilidad según este Programa de Pago con Descuento y Atención de Caridad. Las solicitudes de Pago con Descuento y Atención de Caridad pueden hacerse verbalmente o por escrito en cualquier momento antes, durante o después de la prestación de la atención.

La confidencialidad de la información y la dignidad individual se mantendrán para todos los que soliciten Pago con Descuento o Atención de Caridad en virtud de estas políticas. El manejo de la información médica personal cumplirá con los requisitos de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Información Médica de California (sección 56 *et seq.* del título 56 del Código Civil de California).

DEFINICIONES:

Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés) significa el monto máximo facturado por Marshall a personas elegibles para el Pago con Descuento o la Atención de Caridad, según lo determinado en esta política. Marshall determina los AGB utilizando un método permitido por las reglamentaciones federales, a saber, el método “prospectivo de Medicare”. El método prospectivo permite a Marshall usar el proceso de facturación y codificación que el hospital usaría si el paciente fuera beneficiario de la tarifa por servicio de Medicare o de Medi-Cal, y facturar el monto que pagaría Medicare por la emergencia u otra atención médica necesaria como si el Paciente Elegible Financieramente fuera beneficiario de tarifa por servicio de Medicare. El término “tarifa por servicio de Medicare” incluye solo el seguro de salud disponible en virtud de las partes A y B de Medicare del título ZXVII de la Ley del Seguro Social (secciones 1395c a 1395w-5 del título 42 del Código de Estados Unidos [U.S.C., por sus siglas en inglés]) y no los planes de seguro de salud administrados por Medicare Advantage. En casos poco frecuentes en los que la tarifa de Medicare supere el monto de tarifa por servicio de Medi-Cal o que Medicare no tenga una tarifa establecida para un servicio, el descuento se basará en el esquema tarifario de tarifa por servicio de Medi-Cal al momento del servicio. Cualquier pregunta debe dirigirse a los asesores financieros llamando al 530-626-2618.

Atención de Caridad significa los servicios de atención médica gratuita proporcionados sin esperar el pago de los Pacientes Elegibles Financieramente. Los pacientes sin cobertura de seguro o que no puedan obtenerla y que no puedan pagar son elegibles para este descuento.

Agencia de Cobro significa un proveedor de cobro de deudas contratado por Marshall que intenta cobrar el pago de una deuda vencida.

Paciente Fallecido significa un paciente que haya muerto y que no tenga cónyuge ni tutor vivo, y que no tenga bienes que un acreedor pueda reclamar. El Paciente Fallecido se considerará automáticamente cubierto por el Pago con Descuento o Atención de Caridad en virtud de esta política. Se garantizará la validación mediante la verificación del estado civil y de la investigación por parte del tribunal de avisos de bienes.

Pago con Descuento significa una reducción en el pago de artículos y servicios de atención médica que se espera que pague un Paciente Elegible Financieramente de acuerdo con las secciones 127405 (b) y 127405 (d) del Código de Salud y Seguridad. La asistencia del Pago con Descuento de Marshall limita los cargos de atención médica que se espera que un Paciente Elegible Financieramente pague al monto del pago que el hospital esperaría de buena fe recibir por la prestación de servicios de Medicare o Medi-Cal, lo que sea mayor. El Pago con Descuento puede aplicarse al monto total adeudado a pacientes Sin Seguro/Que Pagan con Recursos Propios, así como a la responsabilidad del paciente para los pacientes con seguro, incluidos los cargos determinados como no asegurados por la estadía en el hospital, el coaseguro, el copago, los montos de deducible y otras responsabilidades por servicios médicos hospitalarios necesarios.

Servicios Médicos de Emergencia significa los servicios y la atención de emergencia que se requieren para estabilizar la condición médica de un paciente y que se proporcionan inicialmente en el departamento de emergencias, o lo que de otro modo se clasifique como “servicios de emergencia” según la Ley Federal de Tratamiento y Trabajo Activo Médico de Emergencia (EMTALA, por sus siglas en inglés) o en la sección 1317.1 *et seq.* del Código de Salud y Seguridad de California, y que continúen hasta que el paciente esté estable y sea dado de alta o se lo transfiera, o que su tratamiento se haya terminado.

Gastos Básicos de Subsistencia significa la renta, o el pago y el mantenimiento de una vivienda; comida y materiales domésticos; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y odontológicos; seguro; escuela o guardería; manutención infantil o conyugal; gastos de transporte o del vehículo, lo que incluye el seguro, el combustible y las reparaciones; pagos en cuotas; lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.

Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) significa los lineamientos de pobreza actualizados periódicamente por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos en el Registro Federal con la facultad del inciso (2) de la sección 9902 del título 42 del Código de Estados Unidos. Se puede acceder a la información del FPL aquí: [Lineamientos Federales de Pobreza del HHS](#).

Los Lineamientos de Pobreza del HHS en vigencia a partir del 11 de enero de 2024 son:

LINEAMIENTOS DE POBREZA DE 2024	PARA LOS 48 ESTADOS CONTINENTALES Y EL DISTRITO DE COLUMBIA
Personas en la familia/en el hogar	Lineamiento de pobreza
1	\$15,060
2	\$20,440
3	\$25,820
4	\$31,200
5	\$36,580
6	\$41,960
7	\$47,340
8	\$52,720

Para familias/hogares con más de 8 personas, añadir \$5,380 por cada persona adicional.

Los Pacientes Elegibles Financieramente son pacientes que: (1) tienen un ingreso familiar que no supera el 450 por ciento del Nivel Federal de Pobreza, o tienen Costos Médicos Altos determinados

de acuerdo con los procesos que establece esta política; (2) han completado y enviado una solicitud; y (3) Marshall ha determinado que reúnen los requisitos para el Pago con Descuento o la Atención de Caridad.

Medi-Cal de Alcance Completo es una atención médica gratuita o de bajo costo para algunas personas que viven en California y es proporcionada por Medi-Cal. Medi-Cal de Alcance Completo cubre más que solo la atención médica de emergencia. Ofrece cobertura médica, odontológica, de salud mental, tratamiento por consumo de alcohol y drogas, planificación familiar y atención oftalmológica (de la vista).

Costos Médicos Altos significan:

- Costos de Desembolso Personal anuales que realiza el paciente por servicios y artículos proporcionados en Marshall que exceden el diez (10) por ciento de los ingresos actuales del paciente o de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores;
- Costos de Desembolso Personal anuales que exceden el diez (10) por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de sus gastos médicos pagados por él o su familia en los 12 meses anteriores, o
- Un nivel más bajo determinado por Marshall en virtud de esta política.

El descuento por Costos Médicos Altos se aplica a los pacientes cuyos ingresos familiares no superan el 450 por ciento del Nivel Federal de Pobreza y que no son pacientes Sin Seguro/Que Pagan con Recursos Propios. Los pacientes asegurados son elegibles para descuentos de su responsabilidad, incluidos los montos de copago, coaseguro y deducible, y otras responsabilidades para servicios hospitalarios Médicamente Necesarios.

Pacientes Sin Hogar/Falta de Hogar incluye a los pacientes que, según la definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. (HUD, por sus siglas en inglés), están “sin hogar”, “en riesgo de quedarse sin hogar” y “sin hogar en forma crónica”. Los pacientes sin una fuente de pago se clasifican automáticamente como caridad si no tienen trabajo, dirección de correo, residencia o seguro. También se debe considerar la posibilidad de clasificar únicamente a los pacientes de la sala de emergencias que no brindan información adecuada sobre su situación financiera. En muchos casos, estos pacientes no tienen hogar y tienen pocos recursos para cubrir los gastos de su atención. La certificación de Falta de Hogar debe proporcionarse cada seis meses para continuar con la cobertura en virtud de esta política.

Presunta Elegibilidad Hospitalaria (HPE, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal es un programa estatal que brinda a las personas beneficios de Medi-Cal temporales y gratuitos durante un plazo máximo de dos meses. Para reunir los requisitos, las personas deben cumplir ciertos criterios, como tener un límite de ingresos mensuales para el tamaño del hogar, ser residente de California y no tener actualmente Medi-Cal.

Médicamente Necesario significa servicios de atención médica que son necesarios para preservar la vida de un paciente, prevenir una enfermedad o discapacidad significativa, o aliviar dolores intensos. Se presume que los servicios hospitalarios son atención Médicamente Necesaria, a menos que el proveedor que remitió al paciente a los servicios hospitalarios o el proveedor de atención médica que supervisa los servicios hospitalarios certifique que los servicios hospitalarios no eran médicamente necesarios.

Costos de Desembolso Personal significa cualquier gasto de atención médica que no sea Programa de Pago con Descuento y Atención de Caridad

reembolsado por el seguro o un programa de cobertura de salud, como copagos de Medicare o costos compartidos de Medi-Cal.

Familia del Paciente incluye:

- Para las personas de 18 años o más: cónyuge, pareja de hecho, según la definición de la sección 297 del Código Familiar, e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen discapacidad, ya sea que vivan o no en el hogar.
- Para personas menores de 18 años, incluidos hijos dependientes de 18 a 20 años: padre o madre, parientes cuidadores, u otros hijos dependientes del padre o la madre, o de parientes cuidadores menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen discapacidad.

Evidencia de Ingresos significa (1) declaraciones de impuestos recientes que documenten los ingresos del paciente del año en que se le facturó por primera vez o de los 12 meses anteriores a dicha fecha; o (2) recibos de sueldo recientes de los 6 meses anteriores o posteriores a la primera factura del hospital, o en caso de un preservicio, al momento de presentar la solicitud.

Plan de Pago Razonable significa un plan de pago en el cual los pagos mensuales no superen el 10 % del ingreso mensual familiar del paciente, sin incluir las deducciones de los Gastos Básicos de Subsistencia. Un Plan de Pago Razonable se crea cuando Marshall y el paciente o su garante no pueden acordar un plan de pago.

Medi-Cal de Alcance Restringido significa Medi-Cal que cubre servicios limitados y no cubre medicamentos ni atención primaria. Si una paciente tiene Medi-Cal de Alcance Limitado por un embarazo, tiene los beneficios de Medi-Cal de Alcance Completo si los servicios son Médicamente Necesarios.

Declaración de Condición Financiera significa la solicitud para la cual el paciente o su garante proporcionará toda la información relevante requerida para que comience el proceso de determinación.

Sin Seguro/Que Paga con Recursos Propios significa un paciente que no tiene cobertura de seguro para servicios de atención médica, o un paciente con seguro que no tiene cobertura para servicios que recibió y no es elegible para programas estatales, federales ni locales. Las personas Sin Seguro/Que Pagan con Recursos Propios con un ingreso familiar/del hogar inferior al 450 % del FPL reunirán los requisitos para un Descuento para Personas Sin Seguro, reduciendo la responsabilidad del paciente a no más del cien (100) por ciento de los AGB.

PROGRAMA DE PAGO CON DESCUENTO Y ATENCIÓN DE CARIDAD:

A. Proveedores y servicios cubiertos

Servicios cubiertos:

Solo (1) los servicios hospitalarios y profesionales Médicamente Necesarios prestados por los proveedores de Marshall Medical Foundation y (2) los servicios de salud a domicilio prestados por Marshall Home Care se considerarán elegibles para el Pago con Descuento y Atención de Caridad. Todos los servicios se considerarán Médicamente Necesarios, a menos que exista una certificación del proveedor o profesional de atención médica que supervisa que indique que los servicios no eran Médicamente Necesarios.

Servicios excluidos:

Salvo que lo exija la ley, los siguientes servicios están excluidos de esta política por no ser elegibles para el Pago con Descuento y Atención de Caridad de Marshall:

- Compras en establecimientos minoristas del hospital, como tiendas de regalos y cafetería.
- Atención médicamente innecesaria.

Proveedores cubiertos:

En virtud de esta política, están cubiertos los servicios Médicamente Necesarios proporcionados por los siguientes proveedores:

Dirección del lugar	Oficina	Teléfono
Clínica de Salud Rural Divide Wellness Center, 6065 State HWY 193, Georgetown		530-333-2548
Cardiología de Marshall, 1004 Fowler Way, Placerville	Oficina 4	530-626-9488
Cardiología de Marshall, 3501 Palmer Drive, Cameron Park	Oficina 204	530-626-9488
Cardiología de Marshall, 5137 Golden Foothill Parkway, El Dorado Hills		530-626-9488
Marshall CARES, 1045 Marshall Way, Placerville		530-621-7965
Marshall ENT, 4300 Golden Center Drive, Placerville	Oficina D	530-344-2010
Medicina Familiar de Marshall, 1095 Marshall Way, Placerville	Oficina 100	530-626-2920
Medicina Familiar de Marshall, 3581 Palmer Drive, Cameron Park	Oficina 602	530-672-7000
Medicina Familiar de Marshall, 5137 Golden Foothill Parkway, El Dorado Hills	Oficina 120	916-933-8010
Cirugía General de Marshall, 1095 Marshall Way, Placerville	Oficina 202	530-626-3682
Gastroenterología de Marshall, 3501 Palmer Drive, Cameron Park	Oficina 201	530-672-7040
Hematología/Oncología de Marshall, 3581 Palmer Drive, Cameron Park	Oficina 400	530-676-6000
Obstetricia y Ginecología de Marshall, 1095 Marshall Way, Placerville	Oficina 201	530-344-5470
Ortopedia de Marshall, 4300 Golden Center Drive, Placerville	Oficina C	530-344-2070
Ortopedia de Marshall, 5137 Golden Foothill Parkway, El Dorado Hills	Oficina 120	916-805-2320
Clínica Pediátrica de Salud Rural de Marshall, 4341 Golden Center, Placerville	Edificio A	530-626-1144
Reumatología de Marshall, 3501 Palmer Drive, Cameron Park	Oficina 201	530-672-7040
Medicina Primaria de Marshall Sierra, 4341 Golden Center Drive, Placerville	Edificio B	530-621-3600
Urología de Marshall, 3501 Palmer Drive, Cameron Park	Oficina 204	530-676-6131

Los médicos de emergencia que ofrezcan servicios médicos de emergencia en el hospital también están obligados por ley a proporcionar descuentos a los pacientes sin seguro, o a aquellos con Costos Médicos Altos y que estén por debajo del 400 por ciento del nivel federal de pobreza. Esta declaración no se interpretará de modo que imponga responsabilidades adicionales al hospital de acuerdo con la sección 127405(a)(1)(B) del Código de Salud y Seguridad.

Proveedores excluidos:

Los siguientes proveedores individuales, grupos de práctica y otros organismos que proveen atención de emergencia o Médicamente Necesaria en el hospital facturarán y harán descuentos en función de sus servicios por separado, y no reúnen los requisitos para la política de Pago con Descuento y Atención de Caridad de Marshall.

Barley, William P., Jr., MD, consultorio médico	(530) 626-8003
Boston, Keith J., MD	(530) 622-4884
California Kidney Disease Associates	(916) 500-4706
Capitol Endocrinology	(916) 677-0700
Capital Nephrology Medical Group	(916) 929-8564
Capital Pediatric Cardiology Associates, Inc.	(916) 750-2328
Cedar Eye Center	(530) 344-2020

Dermatology Center of Northern California	(916) 983-3373
Drummer, Harriet L., DO/PhD	(530) 295-6100
El Dorado Anesthesia Medical Group, Inc.	(775) 747-5050
El Dorado Community Health Center	(530) 621-7700 Ext. 5115
El Dorado Pain Management Center	(530) 672-1311
El Dorado Pathology Medical Group, Inc.	(530) 626-5421
El Dorado Surgery Center	(530) 344-1680
Emergency Medicine Physicians Partners of El Dorado County, Inc.	(330) 493-4443
Gastroenterology Medical Center	(916) 983-4444
Golden Foothill Oral and Facial Surgery	(916)941-9860
Larsen, Raymond W., DDS	(530) 622-3050
Lawrence J. Ellison Ambulatory Care Center	(916) 734-3588
Placerville Radiology Medical Group, Inc.	(775)747-5050
Rice, Reginald D., Jr., MD, The Esthetics Center of El Dorado Hills	(916) 941-9400
Robert, Jarka, MD	(530) 344-1680
Sacramento Eye Consultants	(916) 983-4550
Sevaro Health Inc.	(866) 239-1650
Sierra Hematology & Oncology	(916) 984-6230
Singh, Kulwant, MD	(916) 984-6111
Snowline Hospice	(530) 621-7820
StatRad	(858) 546-3800
Sucheski, Victor R., DPM	(530) 626-5062
Sutter Medical Group	(916) 781-1225
Tong, Mark L., MD	(530) 344-9200
Proveedores de UC Davis Medical Center	(916) 734-5440
University of California Davis	(916) 734-7224
VeeOne	(866) 377-6260
Western Sierra Medical Center	(530) 647-9762
Wolff, Thomas W., DPM	(530) 621-7700
Zimmerman, Terry J., MD	(916)573-1561

B. Evaluación

Otras formas de cobertura de salud:

Se considerarán medios alternativos de financiación para cubrir los gastos de los servicios antes de aprobarse el Pago con Descuento o la Atención de Caridad. Marshall hará las remisiones necesarias a las agencias locales de Medi-Cal del condado o a otros programas para la obtención de asistencia financiera. Actualmente, Marshall utiliza un proveedor externo como designado para asistir en este aspecto del apoyo al paciente.

Además, todos los pacientes Sin Seguro/Que Pagan con Recursos Propios registrados en el departamento de emergencias se evaluarán para determinar su Presunta Elegibilidad Hospitalaria (HPE) de Medi-Cal una vez que se complete el examen médico. Cuando no se pueda completar el

Programa de Pago con Descuento y Atención de Caridad

HPE debido a la condición de los pacientes, se intentará la evaluación antes del alta. Si no es posible, se derivará al paciente a un proveedor de elegibilidad externo para su seguimiento.

Cobertura de pagadores no contratados:

Los analistas sénior de contratos de planes de salud de Marshall o quienes designen negociarán con las compañías de seguros sin contratos escritos con Marshall que involucren relaciones contractuales inferidas para los pacientes asegurados. Aunque Marshall puede estar de acuerdo con los términos de las negociaciones con las compañías de seguros, una relación contractual inferida no es representativa de un paciente “con contrato”.

Un paciente que tenía cobertura a través de una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) no será elegible para la Atención de Caridad si no se adhiere a los protocolos de orientación y atención de dicha aseguradora.

C. Requisitos financieros

Requisitos para Pago con Descuento y Atención de Caridad:

Un paciente debe reunir requisitos financieros para recibir los servicios de Pago con Descuento o Atención de Caridad. Se determinará el Pago con Descuento y la Atención de Caridad según lo siguiente:

- La Evidencia de Ingresos del paciente.
- La disponibilidad de otra cobertura u otro seguro.
- Para los Pacientes Sin Seguro/Que Pagan con Recursos Propios, los Costos Médicos Altos.

Determinaciones del nivel de Pago con Descuento y la Atención de Caridad

Atención de Caridad	149 % del FPL y menos	El paciente no tiene responsabilidad
Pago con descuento de Nivel 1 (asegurados)	149 % del FPL y menos	El paciente no tiene responsabilidad
Pago con Descuento de Nivel 2 (asegurados y sin seguro)	150 % a 249 % del FPL	Responsable del 25 % de los AGB
Pago con Descuento de Nivel 3 (asegurados y sin seguro)	250 % a 349 % del FPL	Responsable del 50 % de los AGB
Pago con Descuento de Nivel 4 (asegurados y sin seguro)	350 % a 450 % del FPL	Responsable del 100 % de los AGB

Pago con Descuento y Atención de Caridad presuntos:

Marshall puede otorgar Pago con Descuento o Atención de Caridad en ausencia de una solicitud completa en las situaciones en las que el paciente no presenta la solicitud, pero otra información disponible confirma una dificultad financiera. El motivo de la presunta elegibilidad se reflejará en el código de transacción utilizado para adjudicar la reclamación del paciente. Se pueden incluir notas adicionales del paciente. Al considerar esta información, Marshall tomará una decisión informada y de buena fe sobre la necesidad financiera del paciente utilizando las mejores estimaciones disponibles si el paciente no proporciona o no puede proporcionar la información

solicitada. Ejemplos de esta excepción, en la que se eximen requisitos de documentación, incluyen, entre otros, casos en los que una herramienta independiente de evaluación financiera basada en el crédito indica indigencia o un asesor financiero determina de forma independiente la calificación financiera del paciente. O bien se aplica una determinación automática de Pago con Descuento o Atención de Caridad de asistencia del 100 % en las siguientes situaciones, siempre que se cumplan otros criterios de elegibilidad:

- El paciente tiene un plan activo de Medi-Cal.
- El paciente es elegible para Medi-Cal.

Circunstancias especiales:

Las circunstancias especiales incluyen lo siguiente como Atención de Caridad:

- Pacientes Fallecidos sin bienes ni cobertura de terceros.
- Menores que buscan atención a través de servicios que se consideran “protegidos” por agencias federales y estatales.
- Pacientes de Medi-Cal automáticamente elegibles para condonaciones de atención de caridad en relación con:
 - Servicios no electivos que no sean beneficios.
 - Días negados.
 - Servicios no facturables, según la definición del Manual de facturación de Medi-Cal.

Otras circunstancias habilitantes:

Los pacientes que reúnen los requisitos para Medi-Cal de Alcance Completo también los reúnen para Atención de Caridad. En el caso de servicios recibidos antes de la elegibilidad para Medi-Cal, los servicios se procesarán como Atención de Caridad. No se exige solicitud en los casos de Atención de Caridad en circunstancias especiales.

En ocasiones poco frecuentes, las circunstancias personales de un paciente pueden ser tales que, si bien no cumple con los criterios normales de Atención de Caridad o Pago con Descuento, no puede pagar su factura del hospital. En estas situaciones, con la aprobación del director financiero o quien este designe, puede que se condone parte o la totalidad de sus costos de atención médica como Pago con Descuento o Atención de Caridad. Debe haber documentación completa de por qué se tomó tal decisión y de por qué el paciente no cumplió con los criterios normales.

La ausencia de datos financieros no impide la elegibilidad de acuerdo con esta política. Puede que Marshall, para lograr su propósito de caridad, les proporcione servicios a pacientes cuya información financiera no pueda obtenerse. Al evaluar todos los factores relacionados con la situación personal y demográfica del paciente, puede que Marshall otorgue la elegibilidad para el Pago con Descuento o Atención de Caridad a pesar de la ausencia de los documentos exigidos, o que sugiera documentos alternativos que el paciente pudiese obtener.

Los datos que se usen para tomar una decisión respecto de la elegibilidad para Pago con Descuento o Atención de Caridad se deben verificar en la medida de lo posible en relación con el monto involucrado. La información usada no se comparte ni usa con fines de cobro relacionados con la deuda de la familia del paciente.

Servicios sin cobertura/denegados de Medi-Cal o del Programa de Atención para Indigentes

Los servicios sin cobertura y denegados proporcionados a beneficiarios elegibles para Medi-Cal se consideran una forma de Atención de Caridad. Los beneficiarios de Medi-Cal no son responsables de ninguna forma de obligación financiera del paciente; y todos los cargos relacionados con los servicios sin cobertura, incluidas todas las denegaciones, son Atención de Caridad. Los ejemplos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Servicios brindados a beneficiarios de Medi-Cal con Medi-Cal de Alcance Restringido (es decir, pacientes que solo pueden tener beneficios por embarazo o emergencia, pero reciben otra atención hospitalaria).
- Cuentas pendientes de Medi-Cal.
- Denegaciones de Medi-Cal u otros programas de atención para indigentes.
- Cargos relacionados con días que excedan el límite de duración de la estadía.
- Reclamaciones de Medi-Cal (incluidas las reclamaciones de Medicaid fuera del estado) “sin pago”.
- Cualquier servicio que se le brinde a un paciente elegible para Medi-Cal sin cobertura y sin pago.

Cargos sin cobertura/denegados para todos los pagadores:

Cualquier cargo no reembolsado de servicios sin cobertura o denegados de cualquier pagador, como cargos por días que exceden el límite de duración de la estadía, beneficios agotados, saldo de cobertura de Medi-Cal de Alcance Restringido, cuentas pendientes de Medi-Cal y denegaciones del pagador, se consideran una forma de asistencia financiera al paciente en Marshall. Los cargos relacionados con estas denegaciones/montos sin cobertura condonados durante el año fiscal se informan como atención no compensada.

Pacientes asegurados por una compañía que no tiene contrato con Marshall:

Cuando la aseguradora de un paciente no tiene contrato con Marshall (Marshall está fuera de la red) y esta paga menos del 25 % del monto total cobrado por Marshall, los costos restantes se considerarán un evento de caridad y constituyen una forma de asistencia financiera al paciente. El costo se determina multiplicando los cargos hospitalarios totales por los servicios prestados por la relación costo-cargo de Marshall, según el último informe de costos de Medicare de Marshall. Todos los montos no reembolsados son una forma de asistencia financiera para el paciente y se determinan como la diferencia entre los cargos hospitalarios brutos y el reembolso hospitalario.

D. Proceso de solicitud

Para recibir Pago con Descuento o Atención de Caridad, un paciente debe enviar a Marshall una Declaración de Condición Financiera. El formulario de Declaración de Condición Financiera se usará para documentar la situación financiera general de cada paciente. Los pacientes pueden enviar una solicitud de las siguientes maneras:

1. La solicitud impresa se puede dejar en cualquier lugar de registro de Marshall o enviar por correo a P.O. Box 872, Placerville, CA 95667; o

2. Se puede presentar en línea en el siguiente sitio web de Marshall:
<https://www.marshallmedical.org/patients-visitors/patient-information/financial-assistance>

La Declaración de Asistencia Financiera estará disponible en los idiomas principales en el área de servicio. Marshall aceptará una copia completa del formulario de Sistemas Automatizados Estatales de Ayuda Social-1 del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS SAWS-1, por sus siglas en inglés) como reemplazo de la Declaración de Condición Financiera.

El paciente, o su representante legal, que solicite un Pago con Descuento, Atención de Caridad, u otra asistencia para cumplir con su obligación financiera con Marshall debe hacer todo el esfuerzo posible por proporcionarle a Marshall los documentos de ingresos y de cobertura de beneficios de salud. Si la persona solicita Pago con Descuento o Atención de Caridad y no proporciona la información que es razonable y necesaria para que Marshall tome su determinación, Marshall tomará esto en consideración al tomar su determinación. La elegibilidad para Pago con Descuento o Atención de Caridad se puede determinar en cualquier momento en que Marshall tenga en su poder la información descrita arriba.

Si bien es beneficioso determinar el monto de Pago con Descuento o Atención de Caridad para el que el paciente es elegible lo más cerca posible de la fecha del servicio, el plazo de revisión puede ser de varios meses. En algunos casos, la elegibilidad es clara y se puede hacer la determinación antes, en la fecha del servicio o poco después de ella. En otros casos, puede necesitarse investigar para determinar la elegibilidad, especialmente cuando el paciente tiene capacidad o voluntad limitada de proporcionar la información necesaria. Marshall se compromete a trabajar con el paciente en cualquier punto del proceso, en la fecha del servicio o antes de ella.

E. Efecto de la determinación financiera

Una vez tomada la determinación, se le enviará una carta de determinación a cada solicitante, para comunicarle la decisión. Si se determina que el paciente es elegible para Pago con Descuento o Atención de Caridad, Marshall le entregará un estado de cuenta que indica el monto adeudado por la atención, cómo se determinó el monto y cómo puede obtener información sobre los Montos Generalmente Facturados ("AGB") por la atención.

Si el paciente es elegible para Pago con Descuento, puede aceptar un Plan de Pago Razonable que le permita realizar pagos a Marshall para saldar su deuda en un plazo. Marshall y el paciente negociarán los términos del plan de pago teniendo en cuenta los ingresos familiares y los Gastos Básicos de Subsistencia del paciente, como se describe en la política del proceso de cobro de deudas. Si Marshall y el paciente no llegan a un acuerdo sobre el plan de pago, Marshall creará un plan de pago razonable en el cual los pagos mensuales no superen el 10 % del ingreso mensual familiar del paciente, sin incluir las deducciones de los gastos básicos de subsistencia.

Si corresponde, Marshall le reembolsará al paciente los montos que realmente se hayan pagado en exceso del monto que establece esta política, incluidos los intereses.

Intereses adeudados:

Los intereses que le deba Marshall al paciente se acumularán en la medida que establece la sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil a partir de la fecha en la que Marshall reciba el pago por parte del paciente.

Sin embargo, Marshall no tiene la obligación de reembolsarle al paciente ni de pagarle intereses si el monto que se debe es menor a cinco dólares (\$5.00). Marshall reembolsará el monto al paciente

dentro de los 30 días.

F. Período de elegibilidad

El Pago con Descuento y la Atención de Caridad se otorgan en incrementos de doce (12) meses. Cuando a un paciente se le otorga Atención de Caridad debido a la falta de hogar, la elegibilidad se otorga por seis (6) meses. Los pacientes deben volver a presentar una solicitud cuando finaliza el período de elegibilidad.

Es posible que algunos pacientes elegibles para Pago con Descuento y Atención de Caridad no hayan sido identificados antes de pasar a una Agencia de Cobro externa. Se le informará a la Agencia de Cobro de Marshall de esta posibilidad y se le solicitará que remita las cuentas de los pacientes que puedan ser elegibles para Pago con Descuento o Atención de Caridad. Cuando se descubre que una cuenta es elegible para Pago con Descuento o Atención de Caridad, Marshall cancelará la cuenta por deuda incobrable y documentará el descuento respectivo en los cargos como Pago con Descuento o Atención de Caridad. Para obtener más información, consulte la Política del proceso de cobro de deudas.

G. Matriz de aprobación

Límite de aprobación	Cargo
<\$20,000	Consejero financiero, consejero financiero principal, supervisor de facturación de cuidados agudos
De \$20,000.01 hasta \$59,999.99	Director de facturación de pacientes del hospital o su designado
>\$60,000.00	Director financiero o quien este designe

H. Libro mayor para Pago con Descuento y Atención de Caridad

Para permitir el seguimiento y la supervisión apropiados del monto de Pago con Descuento o Atención de Caridad que se otorgue, Marshall contabilizará el Pago con Descuento o las condonaciones de la Atención de Caridad en una deducción separada de los ingresos y registrará las transacciones adecuadamente en las cuentas del libro mayor de la siguiente forma:

Cuenta del Libro Mayor
5870-51-600

El director financiero revisará periódicamente los códigos de transacción que se usen para contabilizar el Pago con Descuento y la Atención de Caridad, y su asignación en el Libro Mayor para garantizar la exactitud.

I. Apelación del Pago con Descuento/Atención de Caridad

En caso de disputa, un paciente puede solicitar una revisión de su elegibilidad contactando a los consejeros financieros al (530) 626-2618, en persona en el mostrador principal de admisión en 1100 Marshall Way, Placerville, CA 95667, o en el sitio web en marshallmedical.org, y solicitar un formulario de apelación del Pago con Descuento/Atención de Caridad. La apelación debe demostrar por qué el paciente no está de acuerdo con la forma en que se aplicó esta política en su caso. La apelación se debe presentar a los consejeros financieros dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la carta de determinación. El director financiero o quien este designe revisará las disputas de elegibilidad.

APROBACIÓN:

La aprobación del director financiero indica que la Política ha sido revisada y adoptada por el Comité de Finanzas de la Junta Directiva y la Junta Directiva de Marshall.

REFERENCIAS:

Entre las leyes estatales y federales que se mencionan en esta política, se incluyen, entre otras, las siguientes:

- a) Políticas de Precios Justos y de Hospitales de California (Código de Salud y Seguridad de California, sección 127400 *et seq.*) y sus reglamentaciones de implementación.
- b) Código de Impuestos Internos (IRC, por sus siglas en inglés), sección 501 (r) y secciones 1.501 (r)-0, *et seq.* del título 26 del Código de Reglamentaciones Federales (C.F.R., por sus siglas en inglés).