Centro Médico Marshall

- ***Atención en el hogar***
- ***Hospital***
- ***Lineamientos para los procedimientos de los servicios de la Fundación Médica***

Aprobado: Karen R Dostart
Directora de Facturación de Pacientes del
Aprobado: Mariam Blankenbiller, RN
Directora de Atención en el Hogar
Aprobado: Melanie Hadsell
Directora de Facturación de la Clínica de
Aprobado: Pam Carlin
Vpdte. de Finanzas de la MMF
Aprobado: Lisa Kissel
Encargada del Cumplimiento
Aprobado: Laurie Eldridge
Directora Financiera
Fecha original: 1 de junio de 2004
Fecha de revisión 22 de noviembre de 2019

Programa de Asistencia Financiera
Pago de descuentos y política de atención de caridad

POLÍTICAS:

La declaración de la misión del Centro Médico Marshall (de "Marshall"), "mejorar la salud de nuestra comunidad y ofrecer servicios de salud de valor y calidad superiores centrados en las metas y necesidades de nuestros pacientes", refleja la responsabilidad social de Marshall con los residentes de la comunidad del área de servicio en la que nos ubicamos. Proporcionar pago descontado, así como atención de caridad, junto con otros servicios de beneficio comunitario, es evidencia importante del logro de la misión de Marshall.

Marshall tiene la intención de garantizar que al momento de facturar y antes del alta, a cada paciente se le dé una notificación por escrito que incluya información relacionada con la disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera de Marshall, lo que incluye información sobre la elegibilidad, así como información de contacto de una oficina del hospital en la cual la persona podrá obtener mayor información sobre estas políticas. La ley exige que los médicos de emergencia que ofrezcan servicios médicos de emergencia en Marshall proporcionen descuentos para los pacientes no asegurados o los que tengan gastos médicos altos que estén por debajo del 350 por ciento del nivel federal de pobreza.

Marshall se compromete a proporcionar, sin discriminación, atención a condiciones médicas de emergencia para nuestros pacientes sin importar su elegibilidad según esta política de asistencia financiera.

El pago descontado y la atención completa de caridad se proporcionarán con base en la capacidad del individuo de pagar, según se defina en la AB774 y en la SB1276, en los Lineamientos de Ingreso Familiar Federal de Pobreza Federal y en la escala proporcional adjunta. Luego de la determinación de elegibilidad para asistencia financiera, no se le cobrará un monto superior al facturado usualmente a personas con seguros que cubran dicha atención a individuos elegibles por emergencias u otros servicios médicos necesarios.

La confidencialidad de la información y la dignidad individual se mantendrán para todos los que busquen el pago descontado o la atención de caridad de estas políticas. El manejo de la información médica personal cumplirá con las exigencias de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es definir los criterios de elegibilidad para pago descontado y servicios de atención de caridad, los lineamientos administrativos y de contabilidad para la identificación, clasificación y notificación de cuentas de pacientes como pago descontado y atención de caridad.

DEFINICIONES:

Atención de caridad (sin cobros al paciente):

Se define como servicios de atención médica que se proporcionan sin cobros al paciente. Los pacientes sin cobertura de seguro o que no puedan obtenerla o pagarla son elegibles para este descuento.

Alcance limitado de la atención de caridad (con base en la atención que sea necesaria médicamente y por emergencia frente a la atención que no sea necesaria médicamente ni de emergencia):

Se define como servicios de atención médica que se proporcionan sin cobros o con cobros reducidos al paciente. Los pacientes deben tener “beneficios de Medi-Cal de alcance limitado” y no tener la capacidad de pagar para ser elegibles para este descuento.

Pacientes fallecidos:

Se considerará automáticamente cubierto como atención de caridad al paciente que haya fallecido y que no tenga cónyuge / tutor vivo y que no tenga bienes que un acreedor haya reclamado. Se garantizará la validación mediante la verificación del estado civil y de la investigación por parte del tribunal de avisos de bienes.

Pago descontado:

Se define como todo servicio de atención médica que se proporciona con cobro reducido, con base en la situación financiera del paciente que, según esta política, no pueda pagar la responsabilidad total.

Balance elegible:

Es el balance indicado en el sistema adecuado de facturación del paciente como la responsabilidad de este en el momento de aplicación. El pago de descuentos o la atención de caridad aprobada no reducirá los montos que haya pagado el paciente o su designado como parte de la deuda del paciente.

Cuando la responsabilidad de consulta de un solo paciente sobrepase los $50,000.00, el balance superior a $50,000.00 se descontará en un 50% como ajuste catastrófico de manera automática por parte del Asesor Financiero al momento de la facturación final. A los pacientes no se les exige solicitar este programa para poder recibir el descuento de 50% sobre los $50,000.00. Si el paciente solicita el Programa de Asistencia Financiera y es elegible, se le hará la reducción apropiada al balance restante, además del ajuste catastrófico.

Atención médica de emergencia:

Se refiere a 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 emergencia, o lo que de otro modo se clasifique como "servicios de emergencia" según la Ley federal de Tratamiento y Trabajo Activo Médico de Emergencia (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) 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 de alta, se le haya transferido o que su tratamiento se haya terminado.

Gastos básicos de subsistencia: ***(Ver el Anexo C)***

Se definen como la renta o el pago y 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 de vehículo, lo que incluye el seguro, el combustible y las reparaciones; pagos por cuotas, ropa sucia y limpieza y otros gastos extraordinarios.

Nivel federal de pobreza: ***(Ver el Anexo A)***

Se refiere a los lineamientos de la pobreza para las familias actualizados periódicamente por el Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Sociales en el Registro Federal bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código Estadounidense.

Pacientes económicamente elegibles que sean residentes:

Se refiere a los pacientes que vivan en el área de servicio del Centro Médico Marshall (ver la definición del área de servicio más adelante) que tengan un ingreso familiar que no sobrepase el 350 por ciento del nivel federal de pobreza, que hayan llenado y enviado una solicitud cuya revisión por parte de Marshall demuestre que son elegibles para la caridad o la asistencia financiera.

Pacientes económicamente elegibles que no sean residentes:

Se refiere a los pacientes que no vivan en el área de servicio del Centro Médico Marshall, que tengan un ingreso familiar que no sobrepase el 350 por ciento del nivel federal de pobreza, que hayan llenado y enviado una solicitud cuya revisión por parte de Marshall demuestre que son elegibles para la caridad o la asistencia financiera, las cuales se ofrecerán únicamente por servicios necesarios médicamente y por emergencias.

Gastos médicos altos:

Se refiere a los pacientes cuyo ingreso familiar no sobrepase el 350 por ciento del nivel federal de pobreza. Con estos fines, los "gastos médicos altos" se definen como cualquiera de las siguientes:

- Los gastos propios anuales que ya han sido pagados en este centro son superiores al 10% de su ingreso bruto familiar y sus gastos básicos de subsistencia en los últimos 12 meses;
- Los gastos propios anuales superiores al 10% de su ingreso bruto familiar y sus gastos básicos de subsistencia, en caso de que el paciente proporcione documentos de sus gastos médicos que haya pagado por sí mismo o su familia en los últimos 12 meses;
- Esto no incluye las gastos propios para cubrir primas de seguro.

Intereses:

El Centro Médico Marshall le reembolsará al paciente los montos que realmente se hayan pagado por encima del monto que establece esta política, incluyendo los intereses. Los intereses que le deba el Centro Médico Marshall al paciente se acumularán en la medida que establece la Sección 685.010 http://www.leginfo.ca.gov/cgi-bin/calawquery?codesection=ccp&codebody=685.010&hits=20 del Código de Procedimiento Civil a partir de la fecha en la que el centro reciba el pago por parte del paciente. Sin embargo, el Centro Médico Marshall no tiene la obligación de reembolsarle al paciente o pagarle intereses si el monto que se debe es menor a cinco dólares ($5.00). El Centro Médico Marshall le dará al paciente un crédito por el monto que se le deba durante al menos 60 días luego de la fecha de la deuda.

Servicios necesarios médicamente:

Servicios médicos en el hospital que se determinen con base en una evaluación médica y que sean necesarios para preservar la vida de un paciente, para prevenir una enfermedad o discapacidad significativa o para aliviar dolor grave.

Activos monetarios:

Los activos incluyen todos activos líquidos, las cuentas bancarias y acciones comercializadas públicamente, pero no incluyen la jubilación, los planes de compensación diferida según el código de Ingresos Internos, los planes de compensación diferida que no califiquen o activos que no puedan convertirse a efectivo, como bienes inmuebles. Para evaluar los activos monetarios, puede que el Centro Médico Marshall requiera una autorización por parte del paciente o de su familia para poder obtener información de cuentas en instituciones financieras o comerciales, o en otras entidades que mantengan los activos monetarios para verificar su valor. Puede que se consideren los activos monetarios en relación con la elegibilidad para la política de atención de caridad y no la de pago descontado. Para determinar la elegibilidad para la política de atención de caridad, no se contarán los primeros $10,000 de los activos monetarios del paciente y Marshall no contará tampoco el 50% de los activos monetarios del paciente que sobrepasen los $10,000. Los activos monetarios que sobrepasen los criterios anteriores se dividirán entre 12 y se sumarán a los ingresos familiares mensuales del paciente.

La información obtenida no se usará con fines de cobro. Este párrafo no prohíbe el uso de la información que obtenga el hospital, la agencia de cobro o sus designados, independientemente del proceso de elegibilidad para atención de caridad o pago descontado.

Servicios que no sean de emergencia:

Son servicios necesarios médicamente pero no son de emergencia.

Servicios no necesarios médicamente:

- Es el caso de las personas de 18 años o mayores: cónyuge, pareja, según se define en la Sección 297 del Código Familiar, e hijos dependientes menores de 21 años, vivan en el hogar o no.
- Es el caso de las personas menores de 18 años: padres, parientes responsables y otros hijos de los padres o parientes cuidadores que sean menores de 21 años.

Plan de pago:

Marshall se compromete a trabajar con el paciente o con su responsable para permitir el pago efectivo de la deuda pendiente al tomar en consideración el ingreso familiar y los gastos básicos de subsistencia del paciente. Se marcarán los planes de pago en los que el pago mensual sea de menos del 10% del ingreso mensual de la familia luego de los gastos básicos de subsistencia para reconsiderarlos con el paciente o su responsable cada 6 (seis) meses en el caso de poder aumentar los pagos mensuales. Todos los planes de pago se realizarán en documentos por escrito que firma el paciente o su responsable.

Si Marshall y el paciente o su responsable no pueden ponerse de acuerdo respecto al plan de pago, Marshall dispondrá el plan de pago según se define en la SB1276 SEC 5, Sección 127454(k) del Código de Salud y Seguridad, como "fórmula razonable de pago", lo que describe pagos mensuales que no pasan del diez (10) por ciento del ingreso familiar del paciente durante un mes, sin incluir las deducciones de los gastos básicos de subsistencia. Los "gastos básicos de subsistencia" se definen, con los fines de esta subdivisión, como gastos en lo siguiente: la renta o el pago y 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 de auto, lo que incluye el seguro, el combustible y las reparaciones; pagos por cuotas, ropa sucia y limpieza y otros gastos extraordinarios.

Evidencia de ingreso:

Según se define en la "Ley de Precios Justos": Código de Salud y Seguridad, Sección 127400 et.seq., la evidencia de ingreso es una de las siguientes:

- Declaración de impuestos de los últimos ingresos
- 3 de los talonarios de pago más recientes
- Ganancias y pérdidas financieras preparadas por un contador
- Se debe entregar declaración de impuestos de los últimos ingresos por trabajo temporal

Pacientes que pagan por sí mismos:

El paciente que no tenga una cobertura aparte de un seguro médico, de un plan de servicios de atención médica, de Medicare o de Medicaid y cuya lesión no es compensable para compensación al trabajador, seguro automóvil u otros seguros, según lo determine y documente el Centro Médico Marshall. Los pacientes que pagan por sí mismos pueden ser pacientes de atención de caridad.

Área de servicio:

El área de servicio del Centro Médico Marshall se define como el área geográfica (según el código postal) de la que el centro recibe un máximo de 80% de altas.

Código postal	Comunidad	Código postal	Comunidad
95614	Cool	95667	Placerville
95619	Diamond Springs	95672	Rescue
95623	Kingsville/Nashville	95675	River Pines
95633	Garden Valley	95682	Shingle Springs/ Cameron Park
95634	Georgetown	95684	Somerset
95635	Greenwood	95709	Camino
95636	Grizzly Flats	95726	Pollock Pines
95651	Lotus	95762	El Dorado Hills
95664	Pilot Hill		

EXCLUSIONES:

Procedimientos cosméticos:

Estos servicios se definen como procedimientos que modifican o mejoran la apariencia de los rasgos físicos, de irregularidades o defectos, y que el paciente o su responsable solicitan como un servicio electivo. Los procedimientos cosméticos no se considerarán como un servicio elegible para las políticas de pago descontado y de atención de caridad.

Servicios electivos: Servicios de la clínica de médicos:

Los servicios que no se consideren beneficios del programa de Medi-Cal no se considerarán elegibles para este programa.

Prótesis y accesorios auditivos:

Las prótesis y accesorios auditivos no se consideran un servicio elegible para el Programa de Asistencia Financiera.

Proveedores excluidos: (Ver el Anexo I)

Estos proveedores individuales, grupos de consulta y otros organismos que proveen atención de emergencia o atención médica necesaria en el hospital facturarán sus servicios por separado, y no entran en la política de Asistencia Financiera de Marshalls.

Proveedores incluidos: (Ver el Anexo I.1)

Los proveedores clínicos del Centro Médico Marshall que brinden atención de emergencia o atención médicamente necesaria en un hospital o una clínica son servicios calificados y están cubiertos por esta política.

Balance inelegible:

Un paciente que tenía cobertura a través de una organización del mantenimiento de la salud

(Health Maintenance Organization, HMO) o que sea elegible para un programa de Medi-Cal no será elegible para la atención de caridad o para la asistencia financiera al decidir no seguir los protocolos de orientación y atención de dicho seguro.

Incumplimiento:

Si el paciente o su responsable no coopera con los procesos de evaluación y solicitud de los medios alternativos de financiación para cubrir los gastos de los servicios, ello hará al paciente inelegible para el programa de Asistencia Financiera. Las excepciones de esta exclusión deberán presentarse por escrito en el siguiente departamento:

Atención de facturación de pacientes del hospital: Servicio al cliente
PO Box 872
Placerville, CA 95667
Teléfono: 530-626-2618 – Fax: 530-626-2631

PROCEDIMIENTOS:

Criterios de elegibilidad:

A. Solicitud: ***(Ver el Anexo B)***

1. Para la asistencia de caridad o de pago descontado solo se considerarán elegibles los servicios que se ofrezcan en el Centro Médico Marshall. Estos servicios incluyen los del hospital y los servicios profesionales que proporcionen proveedores de la Fundación Médica Marshall y Marshall HomeCare (atención en el hogar).

2. Se considerarán medios alternativos de financiación para cubrir los gastos de los servicios antes de aprobarse la atención de caridad o asistencia financiera. Puede que los pacientes a los que se les apruebe la asistencia según esta política tengan que aceptar cooperar en el proceso necesario para obtener reembolsos de servicios de Marshall por parte de fuentes externas como los fondos de Víctimas de Crimen de California.

3. Marshall hará las remisiones necesarias a las agencias de Medi-Cal del condado local u otros programas para determinar la posible elegibilidad. Actualmente, The Gardner Group sirve de designado de Marshall para asistir en este aspecto del apoyo al paciente.

4. Se determinará la atención de caridad según lo siguiente:
    a. Pacientes que pagan por sí mismos, cuyo ingreso familiar no sobrepase el 138 por ciento del nivel federal de pobreza.
    b. Evidencia validada de ingresos
    c. Activos monetarios que puedan convertirse a efectivo, incluyendo cuentas bancarias y acciones comercializadas públicamente.
    d. Gastos básicos de subsistencia

5. Se determinará la atención de caridad según lo siguiente:
    a. Tiene una evidencia validada de ingresos familiares entre el 139 y el 350 por ciento del nivel federal de pobreza.
    b. No se considerarán los activos

6. La ausencia de datos financieros no impide la elegibilidad para la asistencia financiera o de caridad. Puede que Marshall, al 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 elegibilidad para la asistencia financiera o de caridad a falta de los documentos exigidos, o que sugiera documentos alternativos que el paciente pudiese obtener.

7. El formulario estandarizado de solicitud de Marshall se usará para documentar la situación financiera general de cada paciente. Esta solicitud estará disponible en el o los idiomas principales en el área de servicio. El Centro Médico Marshall aceptará una copia llenada del formulario de Sistemas Automatizados Estatales de Ayuda Social-1 del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services Statewide Automated Welfare Systems-1, DHCS SAWS-1) como reemplazo de la Declaración de Condición Financiera.

8. El paciente, o su representante legal, que solicite atención de caridad, atención con descuento u otra asistencia financiera, debe hacer todo el esfuerzo posible por proporcionarle a Marshall los documentos de ingreso, gastos básicos de subsistencia y cobertura de beneficios de salud en el plazo exigido. No hacer el esfuerzo necesario para proporcionar la información que sea razonable y necesaria para tomar una decisión respecto a la atención de caridad o con descuento puede tomarse en consideración por parte de Marshall para tomar sus decisiones.
9. Una vez tomada una decisión, se le enviará un formulario de notificación a cada solicitante, para comunicarle la decisión. ***(Ver el Anexo D)***

10. Los datos que se usen para tomar una decisión respecto a la elegibilidad para pago descontado o atención de caridad se deberían verificar en la medida de lo posible en relación con el monto involucrado. La información usada no se compartirá o usará con fines de cobro relacionados con la deuda de la familia del paciente.

Determinación del nivel de servicios de caridad y con descuento	
Atención de caridad	**138% del nivel federal de pobreza o inferior**
Alcance limitado de la atención	**138% del nivel federal de pobreza o inferior**
Asistencia financiera de nivel 1	**Entre el 139% y el 238% del nivel federal de**
Asistencia financiera de nivel 2	**Entre el 239% y el 300% del nivel federal de**
Asistencia financiera de nivel 3	**Entre el 301% y el 350% del nivel federal de**

Los pacientes pueden enviar una solicitud de las siguientes maneras:

- Solicitud impresa
  - Enviar por correo a Facturación de Pacientes del Hospital
  - El solicitante puede presentarla en cualquier oficina del Centro Médico Marshall
- En línea
  - www.marshallmedical.org
    - La sección Patients & Visitors (Pacientes y visitantes) en la parte superior de la página
      - Financial Assistance (Asistencia financiera)
        - Enlace a Charity Care (Atención de caridad)

        O
      - Online Bill Payment (Pago de facturas en línea)
        - Barra del lado derecho - Financial Assistance (Asistencia

financiera)
- Enlace a Charity Care (Atención de caridad)

O

- Insurance & Billing Information (Información sobre seguros y facturación)
  - Business Office (Oficina de negocios)
  - Financial Assistance (Asistencia financiera)
    - Enlace a Charity Care (Atención de caridad)

- Financial Assistance (Asistencia financiera) en la parte inferior de la página
  - Enlace a Charity Care (Atención de caridad)

B. Período de elegibilidad:

Pacientes económicamente elegibles que sean residentes:
La aprobación inicial de la atención de caridad y pago descontado de los pacientes elegibles económicamente es válida por seis (6) meses luego de otorgarse, o desde el primer día de inscripción abierta para el Intercambio de Beneficios de Salud de California, lo que ocurra antes.

Luego de seis (6) meses, se debe llenar una nueva solicitud y el paciente debe buscar fuentes alternativas de financiación mediante el Intercambio de Beneficios de Salud de California, de Medi-Cal o de otros programas de cobertura financiada por el estado o el condado.

Pacientes económicamente elegibles que no sean residentes:
La aprobación de la atención de caridad y pago descontado de los pacientes económicamente elegibles que no sean residentes es válida en las fechas de la emergencia y las médicamente necesarias únicamente y finalizará inmediatamente después.

Empleados del Centro Médico Marshall económicamente elegibles que no sean residentes:
La aprobación inicial de la atención de caridad y pago descontado de los pacientes elegibles económicamente es válida por seis (6) meses luego de otorgarse, o desde el primer día de inscripción abierta para el Intercambio de Beneficios de Salud de California, lo que ocurra antes.

Luego de seis (6) meses, se debe llenar una nueva solicitud y el paciente debe buscar fuentes alternativas de financiación mediante el Intercambio de Beneficios de Salud de California, de Medi-Cal o de otros programas de cobertura financiada por el estado o el condado.

Pacientes sin hogar y Atención de caridad:
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 clasificación de los pacientes exclusivos de la sala de emergencias que no proporcionen la información necesaria referente a su situación financiera. En muchos casos, estos pacientes no tienen hogar y tienen pocos recursos para cubrir los gastos de su atención. Se debe firmar el certificado de falta de hogar. ***(Ver el Anexo F)***

C. <u>Agencia de cobro o designado:</u>

Si una agencia de cobro u otro designado identifica a un paciente que cumpla con los criterios de elegibilidad del pago descontado o la atención de caridad del hospital, su cuenta de paciente podrá considerarse atención de caridad o elegible para pago descontado, incluso si se le hubiese clasificado antes como deuda incobrable o si no hubiese solicitado atención de caridad o pago descontado durante el período especificado de elegibilidad. Las cuentas de pacientes de agencias de cobro que cumplan con los criterios del Programa de Asistencia Financiera se remitirán a la oficina de facturación del hospital y se evaluará su elegibilidad.

D. <u>Circunstancias especiales:</u>

1. Los pacientes muertos, sin bienes o cobertura aparte, serán automáticamente elegibles para atención de caridad.

2. En casos raros, las circunstancias personales de un paciente pueden ser tales que, si bien no cumplen con los criterios regulares de la atención de caridad o del pago descontado, no pueden pagar su factura del hospital. En estas situaciones, con la aprobación del Director de Finanzas o su designado, puede que se anule parte o todos sus gatos de atención médica como pago descontado 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 regulares.

3. Los menores que busquen atención a través de servicios que se consideren “protegidos” por agencias federales y estatales son automáticamente elegibles para la atención de caridad.

4. Los pacientes de Medi-Cal son automáticamente elegibles para anulaciones de atención de caridad en relación con:
    a. Servicios no electivos que no sean beneficios.
    b. Días negados
    c. Servicios no facturables, según los defina el manual de facturación de Medi-Cal
    d. Los pacientes que se consideren elegibles para Medi-Cal y para servicios inelegibles antes del establecimiento de la elegibilidad se considerarán elegibles para la atención de caridad. No se exige solicitud para estos servicios.

E. <u>Asistencia gubernamental:</u>

1. ***Atención de caridad y pago descontado*** Para determinar si cada individuo es elegible para pago descontado o atención de caridad, se tomarán en consideración otros programas de asistencia gubernamentales o del condado, así como el Intercambio de Beneficios de Salud de California. Todas las solicitudes que se aprueben con el 350% o menos del nivel federal de pobreza tendrán la obligación de solicitar asistencia gubernamental. La elegibilidad inicial y la continua para el Programa de Asistencia Financiera requieren evidencia de negación de Medi-Cal. La aceptación de la asistencia gubernamental dará como resultado su exclusión del programa de pago descontado o atención de caridad, a excepción de lo que se describe en E.4. Se les informará a los individuos de cualquier asistencia gubernamental u otra, que esté disponible para ellos.

2. ***Atención de caridad*** *Las* personas elegibles para programas como Medi-Cal, u otro seguro subsidiado por el gobierno a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California, pero cuyo estado de elegibilidad no se establece para el período durante el cual se prestaron los servicios médicos, podrán recibir atención de caridad por estos servicios. El período de elegibilidad será de seis (6) meses <u>o hasta el primer día de la inscripción abierta del</u>

Intercambio de Beneficios de Salud de California, lo que ocurra antes. El Centro Médico Marshall hará que la atención de caridad dependa de la solicitud de asistencia de programas gubernamentales y de que el paciente proporcione evidencia de negación de beneficios.

F. Requisitos de tiempo para la determinación:

1. Si bien es beneficioso determinar el monto de pago descontado o atención de calidad para el que el paciente es elegible lo más cerca posible de la fecha del servicio, no hay un límite rígido en el plazo de determinación. En algunos casos, la elegibilidad es clara y se puede hacer la determinación antes o poco después de la fecha de servicio. En otros casos, puede necesitarse investigar para determinar la elegibilidad, especialmente cuando el paciente tiene capacidad o voluntad limitada de proporcionar la información necesaria. El Centro Médico Marshall se compromete a trabajar con el paciente en cualquier punto del proceso, en la fecha del servicio o antes de esta.

2. Se harán todos los esfuerzos para determinar la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera. En algunos casos, la elegibilidad del paciente, ya sea para el pago descontado o para la atención de caridad, puede no haberse iniciado antes de iniciar el cobro externo. Bajo solicitud del paciente, para la consideración del pago descontado o de la atención de caridad, todos los esfuerzos de cobro se detendrán hasta tomada la determinación. Si se determina que el paciente es elegible para el pago descontado o para la atención de caridad, la cuenta se devolverá al Centro Médico Marshall para reiniciar el proceso de facturación.

G. Matriz de ajuste autorizado de monto de atención de caridad y pago descontado:

Posición	Límite de aprobación
Personal (capacitado), Asesor Financiero, Supervisor	Hasta $20,000
Director de Departamento o designado	De $20,001.00 hasta $59,999.99
Director Financiero, Director General,	$60,000 y más

H. <u>Contabilidad de atención de caridad y pago descontado:</u>

Para permitir el seguimiento y la supervisión apropiados del monto de atención de caridad y del de pago descontado que se otorguen, cada afiliado contabilizará las anulaciones de asistencia financiera en cuentas separadas del libro de contabilidad general de Deducciones de Ingresos, como se muestra a continuación:

CUENTA	CÓDIGO DE AJUSTE	GUÍA DE AJUSTE		EL PACIEN	TIPOS DE ELEGIBILIDAD
5870-	86050	100%		0%	• Ajuste de atención de caridad
5870-	86050	100%		0%	• Alcance limitado de la atención de caridad
5870	86073 Nivel 1	Deuda por visita 25% de	Tabla de cuotas de instituciones de Medicare	25%	• No es emergencia, no es necesario médicamente • Ajuste de pago descontado
5780	86074 Nivel 2	Deuda por visita 50% de	Tabla de cuotas de instituciones de Medicare	50%	• Ajuste de pago descontado
5870-	86075 Nivel 3	Deuda por visita 100% de	Tabla de cuotas de instituciones de Medicare	100%	• Ajuste de pago descontado
5870-	86071	ES UN AJUSTE DEL 50% DEL BALANCE DE CUALQUIER PACIENTE QUE SOBREPASE LOS 50,000.00		EL BALANCE COMPLETO HASTA 50,000 Y LUEGO 50% DEL BALANCE QUE	• Ajuste catastrófico

HOSP = Hospital
MMF = Fundación Médica Marshall, incluye: Centro Marshall de Atención Primaria, Pediatría, Centro de Bienestar Divide, Atención Especializada
HC = Home Care
MCR = Medicare

*En casos raros en los que la tasa de Medicare sobrepase los cobros facturados, el descuento se basará en la tasa de pago de Medi-Cal en la fecha del servicio.

El Director de Finanzas revisará los códigos de transacción que se usen para contabilizar el pago descontado y la atención de caridad y su asignación en el libro de contabilidad general para garantizar la exactitud.

I. Roles y responsabilidades:

En el momento del servicio o antes del alta, el paciente que haya indicado que puede pagar por sí mismo o que exprese inquietudes respecto a su capacidad de pagar recibirá el siguiente paquete de materiales:

1. Folleto para pacientes con efectivo ***(Ver el Anexo E)***
2. Solicitud de Medi-Cal / Intercambio de Beneficios de Salud de California
3. El paciente, o su representante legal, que solicite atención de caridad, atención con descuento u otra asistencia financiera para cumplir con su obligación de pago con la organización, debe hacer todo el esfuerzo posible por proporcionarle a esta organización los documentos de ingreso y cobertura de beneficios de salud. Si la persona solicita pago descontado o atención de caridad y no proporciona la información que es razonable y necesaria para que la organización tome su decisión, la organización tomará esto en consideración al tomar su decisión.

Las determinaciones de elegibilidad se harán de acuerdo con los lineamientos que se describen anteriormente en A, B, C, D, E y F.

La notificación de determinación se les enviará a los pacientes a través de correo estadounidense en menos de 48 horas luego de la determinación y se registrará según los registros descritos en la sección L.

Las cuentas sin pagar de pago descontado serán revisadas por Servicio al cliente.

Se revisará cada cuenta para garantizarse
1. 150 días desde que se envió la notificación de determinación al paciente
2. El paciente no ha hecho los intentos razonables por hacer los pagos
3. El paciente no se ha comunicado por cartas ni por teléfono respecto a su deuda pendiente

Si el paciente se ha comunicado o ha hecho intentos razonables por reducir la deuda, se le contactará para establecer un acuerdo de pago consistente.

Planes de pagos sin pagar
Además de la revisión descrita anteriormente de cuentas sin pagar de pago descontado, los planes de pago se considerarán incumplidos al ocurrir lo siguiente:
- No hacer pagos consecutivos durante un período de 90 días.
- Antes de declarar que la cuenta ya no está en funcionamiento, Marshall, su designado, o la agencia de cobro harán un intento razonable de contactar al paciente por:
    - Vía teléfonica, según se indique en los registros y
    - De avisar por escrito a la última dirección registrada
    - Puede que el pago ya no esté en funcionamiento, en caso tal, se ofrecerá la oportunidad de renegociar el plan de pago.

El Centro Médico Marshall, sus agencias de cobro o sus designados, de buena fe, no dará información adversa a agencias de notificación de crédito de consumidores ni iniciará procedimientos civiles en contra del paciente o parte responsable en caso de impago anterior a la fecha de entrada en vigor de la anulación del plan de pago.

J. <u>Esfuerzos de cobranza:</u>

Lo siguiente se refiere a los plazos y a la autoridad bajo la cual se adelanta la deuda para su cobro. Solamente la agencia externa de cobro del Centro Médico Marshall realizará todas estas actividades.

1. Cada agencia externa de cobro aceptará por escrito que seguirá los estándares y el alcance de las prácticas de Marshall en consideración de las actividades de cobro, incluyendo, sin limitaciones, las condiciones de planes de pago de esta política.

2. Al tratar con los pacientes elegibles según esta política, Marshall y sus designados no usarán embargos de salario ni contactos con la residencia principal como medios para cobrar facturas sin pagar de Marshall.

3. Al tratar con cualquier paciente, las agencias de cobro de Marshall u otros designados no usarán lo siguiente como medios para cobrar facturas sin pagar de Marshall:
    a. Un embargo de salario, excepto por orden de un tribunal luego de una moción notificada que se apoye en una declaración que tramite el solicitante, la cual identifique los motivos por los que cree que el paciente tiene la capacidad de hacer los pagos según el juicio de embargo de salario, lo cual el tribunal considerará en vista de la magnitud del juicio y de la información adicional que haya proporcionado el paciente antes o durante la audiencia con respecto a la capacidad de pago del paciente, incluyendo información sobre los gastos médicos futuros probables, con base en la condición actual y en otras obligaciones del paciente.
    b. Notificar o llevar a cabo la venta de la residencia principal del paciente durante la vida de este o de su cónyuge o durante el período durante el cual un hijo del paciente sea un menor, o que un hijo del paciente que haya cumplido la mayoría de edad no sea capaz de cuidarse a sí mismo y para el que dicha residencia sea la principal. En el caso de que una persona protegida por este párrafo deba más de una vivienda, la residencia principal será la vivienda actual del paciente, según se define en la Sección 704.710 del Código de Procedimiento Civil de California, o la que fuese su vivienda en el momento de la muerte de una persona que no fuese el paciente pero que reciba la protección de este párrafo.
    c. Esta exigencia no impide que una agencia de cobro de Marshall, u otro designado, busque reembolso o cualquier medio o medios de cumplimiento mediante acuerdos de responsabilidad externa, por parte de autores del daño o de otras partes legalmente responsables.

4. El Centro Médico Marshall y sus agencias no darán información adversa a agencias de notificación de crédito de consumidores ni iniciará procedimientos civiles en contra del paciente o parte responsable en caso de impago anterior a la fecha en la que un plan de pago se declare fuera de funcionamiento o que hayan pasado 180 días luego de la primera declaración al paciente o parte responsable.

K. <u>Registros:</u>

El historial de paciente se actualizará de la siguiente manera:

1. Uso de alertas o sus equivalentes que se hayan creado para la persona para notificarle al personal de la determinación y de las fechas de inicio y finalización.

2. Asignación de un código de plan adecuado al nivel de pago descontado o atención de caridad con las fechas de entrada en vigor y de finalización apropiadas de la cobertura de pago descontado o atención de caridad del paciente.

3. Todos los registros correspondientes a la solicitud, documentación y determinación final se escanearán y se harán disponibles para su verificación y revisión. Además, las notas relacionadas con la solicitud y aprobación o negación de pago descontado o de atención de caridad se registrarán en la cuenta del paciente en la función de notas de crédito.

L. <u>Aplicación de estas políticas:</u>

Las políticas de atención de caridad y pago descontado descritas anteriormente no constituyen una obligación de parte del Centro Médico Marshall de pagar por cobros o servicios no incluidos en la factura del hospital, de los servicios de la clínica de médicos o de Home Care en el momento del servicio. Dichas políticas de atención de caridad y pago descontado no aplican a los servicios proporcionados en el hospital por parte de médicos u otros proveedores, incluyendo anestesiólogos, radiólogos, patólogos y el Centro Quirúrgico El Dorado, etc.

M. <u>Aviso público:</u>

1. El aviso público de la disponibilidad de la asistencia a través de estas políticas se colocará en las siguientes áreas:
   - Departamento de emergencias
   - Estación de soluciones
   - Oficina de admisiones
   - Todas las áreas de servicios ambulatorios

2. La señalización incluirá lo siguiente:

Aviso de disponibilidad de las políticas de pago descontado y atención de caridad del Centro Médico Marshall

Según la Secciones 127400 et seq. del Código de Salud y Seguridad de California, el Centro Médico Marshall descuenta el pago u ofrece atención de caridad para pacientes económicamente elegibles. Según nuestras políticas, los pacientes elegibles para estos descuentos o para recibir atención de caridad son aquellos que cumplen con los siguientes requisitos:

1. El paciente puede pagar por sí mismo tuvo tiene gastos médicos altos, según se define en nuestras políticas de pago descontado y atención de caridad, Y

2. El paciente tuvo un ingreso familiar (según se define en estas políticas) que no sobrepasa el 350% del nivel federal de pobreza.

PARA RECIBIR UNA COPIA DE NUESTRAS POLÍTICAS DE PAGO DESCONTADO Y ATENCIÓN DE CARIDAD O PARA SOLICITAR PAGO DESCONTADO O ATENCIÓN DE CARIDAD, CONTACTE A NUESTROS ASESORES FINANCIEROS AL 530-626-2618.

3. Las facturas de los pacientes que pagan por sí mismos incluirán lo siguiente: ***(Ver el Anexo G)***
   - Una descripción de los cobros por los servicios prestados
   - Una solicitud de que el paciente le informe al centro si tiene seguro médico privado, Medicare, Medi-Cal, Servicios para Niños de California u otra cobertura.
   - Una declaración de que si el paciente no tiene cobertura de seguro, puede que este sea elegible para seguro subsidiado por el gobierno a través de Covered CA (Intercambio de Beneficios de Salud de California), Medicare, Medi-Cal, el Programa de Servicios para

Niños de California, el programa de descuento o la atención de caridad.

- Una declaración de que el Centro Médico Marshall puede proporcionar y proporcionará solicitudes para Medi-Cal y para el pago descontado y atención de caridad de la organización, así como información de contacto.
- Información referente a las solicitudes de pacientes elegibles económicamente y de atención de caridad, incluyendo (a) una declaración de que, si el paciente no tiene seguro o el que tiene no es adecuado y cumple con ciertos requisitos de ingreso entre bajo y moderado, dicho paciente puede ser elegible para pago descontado o atención de caridad; y (b) una declaración de que el paciente puede obtener información sobre las políticas de pago descontado y de atención de caridad del hospital y de cómo solicitar dicha asistencia al contactar a la oficina de servicio al cliente del hospital a través del (530) 626-2618.

DERECHO A APELACIÓN:

Cada paciente o su representante puede solicitar una apelación de la decisión tomada al contactar a la Oficina de Servicio al Cliente al (530) 626-2618 y solicitar un formulario de apelación.
(Ver el Anexo H)

Laurie E Eldridge

Firma(s) de aprobación

Directora Financiera

Fecha: 22/11/2019

ANEXO A:

PAUTAS DE POBREZA DEL HHS PARA 2019

Los lineamientos de pobreza 2019 están en vigor a partir del 11 de enero de 2019.
El aviso del Registro Federal sobre los lineamientos de pobreza 2019 se publicó el 1 de febrero de 2019.

LINEAMIENTOS DE POBREZA DEL 2019 PARA LOS 48 ESTADOS Y DISTRITOS CONTIGUOS DEL DISTRITO DE COLUMBIA	
PERSONAS EN LA FAMILIA/EN EL HOGAR	LINEAMIENTO DE POBREZA
Para familias/hogares con más de 8 personas, añadir $4,420 por cada persona adicional.	
1	$12,490
2	$16,910
3	$21,330
4	$25,750
5	$30,170
6	$34,590
7	$39,010
8	$43,430

ANEXO B:

Centro Médico Marshall
Atención: Asesores Financieros
PO BOX 872
Placerville CA 95667

MARSHALL MEDICAL CENTER

Declaración de Condición Financiera

Sección 1, instrucciones:

Para poder procesar su solicitud, por favor, asegúrese de haber completado **TODAS** las secciones de esta solicitud, incluyendo la página de firma, y de suministrar cualquier prueba de ingreso que le concierne.

Las pruebas de ingreso que se consideran aceptables son las siguientes:

- Tres de los talonarios de pago más recientes
- Formulario de declaración fiscal más reciente
- Formulario de calendario fiscal C más reciente (para pacientes autónomos)
- Resumen del Seguro Social actual
- Resumen de desempleo actual
- Resumen de discapacidad actual

Se devolverá cualquier solicitud incompleta y no se procesará hasta que se reciban **todos** los documentos necesarios. Los procedimientos de facturación normal continuarán durante este tiempo.

Sección 2, solicitantes:

Solicitante		**Cónyuge / pareja**	
Nombre:	_____	Nombre:	_____
Dirección:	_____	Dirección:	_____
	_____		_____
Fec. Nac.:	_____	Fec. Nac.:	_____
SS#:	_____	SS#:	_____
Teléfono:	_____		

Sección 3, dependientes:

** **Señale SOLO aquellos dependientes que figuran en su declaración federal de impuestos sobre la renta. Para dependientes mayores de 18 años, por favor proporcione su declaración fiscal más reciente mostrando pruebas de dependencia.** **

Nombre	**Fecha de nacimiento**	**Parentesco**	**N.° de Seguro Social**
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sección 4, ingreso familiar: Si no hay ingresos, consulte la sección 5.

Ingreso mensual actual	**Paciente**	**Cónyuge**	**Conjunto**
Remuneración bruta	$	$	$
Ingreso de negocios (si es autónomo)	$	$	$
Intereses y dividendos	$	$	$
De inmuebles e inmuebles propios	$	$	$
Seguro Social / ingresos de jubilación	$	$	$
De pensión alimenticia, pagos de apoyo	$	$	$
Otros ingresos	$	$	$
Ingreso mensual total	**$**	**$**	**$**

Activos (si aplica)	**Paciente**	**Cónyuge**	**Conjunto**
Acciones y bonos	$	$	$
Cuentas del mercado monetario	$	$	$
Cuentas de corretaje	$	$	$
Certificados de depósito / cuenta de ahorros	$	$	$
Activos totales	**$**	**$**	**$**

Sección 5, información adicional/medios de apoyo

Por favor, utilice esta sección para proporcionar información adicional que pueda ser pertinente para su elegibilidad para un descuento Si no recibe ningún ingreso, por favor, explique sus medios de apoyo. Ejemplo: ¿Cómo paga la comida, el alquiler u otras cuentas?

Sección 6, información del seguro:

¿Actualmente posee cobertura de seguro médico?

Si es así, nombre del seguro / plan de salud:

_____

Número de identificación:

_____

Suscriptor / nombre del titular de la póliza:

_____

Seguro del **dependiente** si difiere:

Si es así, nombre del seguro / plan de salud:

_____

Número de identificación:

_____

Suscriptor / nombre del titular de la póliza:

_____

Si no tiene seguro activo, de acuerdo con las políticas del Centro Médico Marshall, necesitamos que haga una solicitud para Medi-cal y nos proporcione una carta de resolución. Puede hacer su solicitud en www.coveredca.com o llamando a la oficina local de Medi-cal al 530-642-7300. Si Medi-cal lo rechaza, por favor, busque cobertura a través de Covered California.

Sección 7, lista de solicitud de ayuda financiera/firmas

Para prevenir que su solicitud sea rechazada debido a información faltante, por favor, revise la siguiente lista.

Revise todo lo que haya completado.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame a nuestros Asesores Financieros al 530-626-2618. Nuestro representante está disponible para ayudarlo de lunes a viernes entre las 8:00 AM y las 4:00 PM.

- ☐ Secciones 1-7 completas en esta solicitud.
- ☐ Prueba de ingreso aceptable incluida, consulte la sección 1 si tiene alguna pregunta.
- ☐ Carta de resolución de Medi-cal incluida. (si aplica)
- ☐ Firma y fecha por el solicitante.
- ☐ Firma y fecha por el cónyuge y pareja. (si aplica)
- ☐ Firma para dependientes mayores de 18 años. (si aplica)
- ☐ Formulario de impuestos federales sobre la renta si tiene dependientes mayores de 18 años.

_____ _____

Firma del solicitante *Fecha*

_____ _____

Firma del cónyuge/pareja *Fecha*

_____ _____

Firma del dependiente mayor de 18 años *Fecha*

**Si es mayor de 18 años y está reclamado en esta solicitud, necesitamos que firme indicando que da permiso para incluirlo a usted y a cualquier saldo pendiente en el Centro Médico Marshall para un descuento, así como en la carta de resolución de Ayuda Financiera que se enviará una vez que se complete esta solicitud. Si se rehúsa a firmar no será elegible para este descuento.*

ANEXO C:

Marshall Medical Center
Attention: Financial Counselors
PO BOX 872
Placerville CA 95667

Gastos básicos de subsistencia

Para usar en el cálculo de los descuentos por Asistencia financiera

Gasto	Paciente	Cónyuge	Conjunto
Alquiler o hipoteca			
Impuestos sobre inmuebles			
Servicios básicos			
Manutención pagada			
Pagos de arrendamiento/crédito automotriz			
Educación			
Alimentos			
Deducciones de nómina			
Médicos, dentales, medicamentos			
Otros gastos			
Gastos mensuales totales			
Ingreso mensual neto después de gastos			

Al firmar este formulario, usted acepta que los gastos arriba expuestos son verdaderos.

_____ _____

Firma del solicitante Fecha

_____ _____

Firma del cónyuge/pareja Fecha

ANEXO D:

FECHA EN QUE SE IMPRIME LA CARTA

APELLIDO, NOMBRE
DIRECCIÓN
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA DESCUENTO
N.° de historial médico

El Centro Médico Marshall (Marshall Medical Center) ha revisado su Declaración de Condición Financiera completa. Nuestra resolución cumple con el Proyecto de Ley 774 de la Asamblea que ordena a los hospitales a ofrecer ayuda financiera a los pacientes que tengan un ingreso igual o menor a 350% según el índice federal de pobreza o a quienes tengan costos médicos de su bolsillo que superen el 10% de sus ingresos anuales. Basados en nuestra revisión, hemos adoptado la siguiente resolución:

☐ Fecha de la resolución: y se vence el:
La Responsabilidad Financiera se basará en: descuento completo de caridad; usted no tiene responsabilidad financiera

La cantidad real del descuento variará dependiendo del servicio ofrecido. Consulte sus estados de facturación individuales para el descuento aplicado.

- El descuento aplica a los siguientes miembros de su núcleo familiar:

- El descuento se puede aplicar a facturas por servicios prestados en las instalaciones del Centro Médico Marshall, incluidos Marshall Medical Physician Clinic Service y Home Care. Esto no aplica a los servicios obtenidos en Marshall Surgery Center o a los servicios ofrecidos por otros médicos o proveedores en conjunto con los servicios obtenidos en las instalaciones del Centro Médico Marshall.

- El descuento no aplica a los servicios electivos.

- Durante el período de descuento, sus estados de cuenta deben reflejar su descuento. Si por alguna razón no aparece, por favor, contacte al servicio al cliente a través del número anotado en su declaración.

- Por favor, contacte directamente a nuestros Asesores Financieros al (530) 626-2618 para establecer un plan de pago. Asegúrese de informarles que usted ha sido aprobado para tener un descuento.

☐ El descuento se aplicó a las siguientes cuentas:

Si tiene saldos con Marshall Home Care o Marshall Medical Physician Clinic Service, por favor contáctelos directamente para determinar su saldo

☐ Descuento rechazado. Basados en nuestra revisión de su solicitud, usted no cumple con los requisitos de ingreso para ayuda financiera. Por favor, contacte a nuestro centro de procesamiento de pagos al (530) 626-2618 para un plan de pago.

☐ Descuento rechazado. Para extender su descuento, necesitamos un rechazo válido de Medi-cal. Hasta la fecha no hemos recibido esa información. Si ha completado el proceso de elegibilidad y ha sido rechazado con base en los ingresos o activos, envíe el informe de rechazo a nuestra oficina para una revisión.

☐ Descuento rechazado. No cumple con los requisitos.

☐ Instrucciones adicionales:

Si no está de acuerdo con esta resolución, si desea una copia de nuestra Póliza de Cuidado de Caridad/Descuento o tiene alguna pregunta, por favor, llame a nuestra oficina entre las 8:00 AM y las 4:30 PM al (530) 626-2618. Gracias por escoger al Centro Médico Marshall para sus necesidades médicas.

Atentamente,

Asesores Financieros
Centro Médico Marshall

ANEXO E:

OPCIONES DE PAGO EN EFECTIVO

Como parte de nuestra misión, en el Centro Médico Marshall estamos comprometidos a brindar acceso a atención médica de calidad a toda la comunidad, y a tratar a todos los pacientes con dignidad, compasión y respeto. Nuestra política es brindar servicios sin costo, o con descuentos importantes, a los pacientes elegibles que no puedan para su atención, ya sea de manera parcial o total. Además, ofrecemos a nuestros pacientes una variedad de opciones de planes de pago para satisfacer sus necesidades financieras. Estas políticas y programas de asistencia financiera están dirigidos a equilibrar la necesidad de asistencia financiera de un paciente con nuestra responsabilidad de mantener nuestra viabilidad financiera, para poder seguir sirviendo a la comunidad.

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

El Centro Médico Marshall participa en varios programas de asistencia gubernamental, como ACCEL, Medicare, Medi-Cal, el Programa de Control de Tabaco de California (Proposición 99), Servicios para Niños de California y Víctimas del Delito, y tenemos disponible asistencia para ayudar a los pacientes a determinar su elegibilidad para estos programas. Para obtener información sobre estos programas, comuníquese con nuestros asesores financieros al 530-626-2618.

MEDI-CAL: Programa financiado por el estado/condado que se determina mediante elegibilidad. Puede pedir una solicitud en cualquier área de registro del Centro Médico Marshall o llamando a nuestro representante de elegibilidad al 530-626-2798.

COVERED CA: Un mercado en donde las personas pueden averiguar si son elegibles y contratar seguros de salud, incluyendo a Medi-Cal; las personas incluso pueden calificar para seguros de bajo costo. **www.coveredca.com o 1-800-300-1506**

PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

La Asistencia financiera depende de los ingresos del paciente. Para ello es necesario contestar un formulario de Declaración de Condición Financiera y seguir un proceso de selección para determinar su elegibilidad para el programa. Para ser elegible es necesario no tener ingresos superiores al 350% del nivel federal de pobreza, y depende de la verificación del ingreso familiar. Puede obtener las solicitudes y la política en cualquier área de registro, o llame a nuestros **asesores financieros al 530-626-2618.**

SERVICIOS DE MÉDICOS DE EMERGENCIA: En el caso de pacientes que recibieron servicios de médicos para una emergencia, también hay opciones de asistencia financiera y pagos con descuento para los pacientes calificados. Los médicos de emergencias ofrecen servicios sin costo o con descuento. La elegibilidad se basa en que los ingresos de la familia no excedan el 350% del nivel federal de pobreza, y depende de la verificación del ingreso familiar. Puede obtener la solicitud y la política llamando a su **representante del centro de llamadas al 1-800-982-8177.**
Ninguna otra opción de pagos o descuentos que aparezca en esta hoja es representativa de las opciones disponible para el pago a médicos de emergencias.

DESCUENTO POR PRONTO PAGO CON RECURSOS PROPIOS: Para pacientes que no tienen cobertura de terceros, ya sea de un seguro de salud, un plan de servicios de salud, un seguro de responsabilidad civil, Medicare o Medi-Cal. Ofrecemos un descuento del 50% en el momento del servicio. Aplican ciertas exclusiones. Por favor pregunte en cualquier área de registro, o llame a nuestros asesores financieros al 530-626-2618.

SERVICIOS DE ASESORÍA CREDITICIA

Tenemos disponibles servicios de asesoría crediticia sin fines de lucro a través de Legal Services of Northern California al 1-888-354-4474.

Si solicita o tiene una solicitud pendiente con otro programa de servicios de salud al mismo tiempo que ha presentado una solicitud a nuestro Programa de Asistencia Financiera. Ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa.

Remitimos algunas cuentas con incumplimiento de pagos a agencias de cobranza externas. Las leyes federales y estatales exigen a los cobradores que lo traten con justicia, y les prohíben hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, usar lenguaje soez o profano, y comunicarse de manera inapropiada con terceros, incluyendo a su empleador. Salvo en circunstancias inusuales, los cobradores no pueden contactarlo antes de las 8:00 a.m. ni después de las 9:00 p.m. En general, un cobrador no puede darle información sobre su deuda a otra persona para confirmar su ubicación ni para hacer valer un fallo judicial. Para obtener más información sobre las actividades de cobranza, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio llamando al 1-877-FTC-HELP (1-877-382-4537) o en el sitio de internet www.ftc.gov/os/statutes/fdcpajump.shtm. Además, en caso de que su cuenta sea remitida a una agencia de cobranza y usted tenga problemas con dicha agencia, llámenos de inmediato al 530-626-2618.

ANEXO F:

CERTIFICADO DE FALTA DE HOGAR
y
VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

El **Centro Médico Marshall** requiere que ciertos pacientes que solicitan la cancelación de deudas por servicios prestados estén en la categoría de "personas sin hogar". El Centro Médico Marshall define a las personas sin hogar como aquellas que:

1. Duermen en albergues o en lugares no destinados al alojamiento de seres humanos, como automóviles, parques, aceras o edificios abandonados.
2. No tienen residencia subsecuente identificada.
3. No cuentan con los recursos ni las redes de apoyo necesarias para obtener acceso a una vivienda.

Información del paciente:

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____

Teléfono:_____

Fecha de nacimiento:_____

CERTIFICACIÓN:

Por este medio certifico que satisfago una de las descripciones anteriores de "persona sin hogar" y que todas las declaraciones que he hecho en esta solicitud son verdaderas y correctas. Entiendo que en caso de que haya hecho alguna declaración falsa deliberada y voluntariamente, seré responsable de todos los cargos incurridos.

_____ _____

Firma Fecha

ANEXO G:

MARSHALL MEDICAL CENTER
It's about you

{GUARANTOR_FIRST_NAME} {GUARANTOR_LAST_NAME}
{GUAR_ADDR1}
{GUAR_ADDR2}
{GUAR_CITY_ST_ZIP}

Actualmente nuestros registros indican que usted no tiene cobertura de un seguro externo, si nuestros registros son incorrectos por favor llámenos de inmediato para darnos la información de su cobertura de seguro. Queremos recordarle que usted podría ser elegible para cobertura a través de los siguientes programas.

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

El Centro Médico Marshall participa en varios programas de asistencia gubernamental, como ACCEL, Medicare, Medi-Cal, el Programa de Control de Tabaco de California (Proposición 99), Servicios para Niños de California y Víctimas del Delito, y tenemos disponible asistencia para ayudar a los pacientes a determinar su elegibilidad para estos programas si llama a nuestros asesores financieros al 530-626-2618.

MEDI-CAL: Programa financiado por el estado/condado que se determina mediante elegibilidad. Puede pedir una solicitud en cualquier área de registro del Centro Médico Marshall o llamando a nuestro representante de elegibilidad al 530-626-2798.

COVERED CALIFORNIA: Un mercado en donde las personas pueden averiguar si son elegibles y contratar seguros de salud, incluyendo a Medi-Cal; las personas incluso pueden calificar para seguros de bajo costo. www.coveredca.com o 1-800-300-1506

PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

La Asistencia financiera depende de los ingresos del paciente. Para ello es necesario contestar un formulario de Declaración de Condición Financiera y seguir un proceso de selección para determinar su elegibilidad para el programa. Para ser elegible es necesario no tener ingresos superiores al 350% del nivel federal de pobreza, y depende de la verificación del ingreso familiar. Puede obtener las solicitudes y la política en cualquier área de registro, o llame a nuestros asesores financieros al 530-626-2618.

Lineamientos federales de pobreza 2019 (fuente: Registro Federal publicado en febrero de cada año)		
Tamaño de la familia	Ingreso anual bruto	Ingreso mensual bruto
1	$12,490	$1,041
2	$16,910	$1,409
3	$21,330	$1,778
4	$25,750	$2,146

DESCUENTO POR PRONTO PAGO CON RECURSOS PROPIOS: Para pacientes que no tienen cobertura de terceros, ya sea de un seguro de salud, un plan de servicios de salud, un seguro de responsabilidad civil, Medicare o Medi-Cal. Ofrecemos un descuento del 50% en el momento del servicio, y de 20% para consultas médicas. Aplican ciertas exclusiones. Por favor pregunte en cualquier área de registro, o llame a nuestros asesores financieros al 530-626-2618.

SERVICIOS DE ASESORÍA CREDITICIA

Tenemos disponibles servicios de asesoría crediticia sin fines de lucro a través de Legal Services of Northern California al 1-888-354-4474.

Si solicita o tiene una solicitud pendiente con otro programa de servicios de salud al mismo tiempo que ha presentado una solicitud a nuestro Programa de Asistencia Financiera. Ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa.

LEY ROSENTHAL DE COBRANZA JUSTA

Remitimos algunas cuentas con incumplimiento de pagos a agencias de cobranza externas. Las leyes federales y estatales exigen a los cobradores que lo traten con justicia, y les prohíben hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, usar lenguaje soez o profano, y comunicarse de manera inapropiada con terceros, incluyendo a su empleador. Salvo en circunstancias inusuales, los cobradores no pueden contactarlo antes de las 8:00 a.m. ni después de las 9:00 p.m. En general, un cobrador no puede darle información sobre su deuda a otra persona para confirmar su ubicación ni para hacer valer un fallo judicial. Para obtener más información sobre las actividades de cobranza, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio llamando al 1-877-FTC-HELP (1-877-382-4537) o en el sitio de internet www.ftc.gov/os/statutes/fdcpajump.shtm. Además, en caso de que su cuenta sea remitida a una agencia de cobranza y usted tenga problemas con dicha agencia, llámenos de inmediato al 530-626-2618.

ANEXO H:

MARSHALL MEDICAL CENTER
It's about you

APELACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad :_____Estado:_____

Número de teléfono:_____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.° de cuenta:_____Fecha del servicio:_____

Información adicional sobre esta apelación:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma Fecha

Aprobado_____

ANEXO I:

PROVEEDORES EXCLUIDOS:

William Barley, MD	530-626-8003
Keith J. Boston, MD	(530) 622-4884
Judith E. Brandt, DO	530-647-9762
California Kidney Disease Associates	(916) 500-4706
Capitol Endocrinology	916-677-0700
Cedar Eye Center	530-344/2020
Harriet L. Drummer, DO/PhD	530-295-6100
El Dorado Anesthesia Medical Group, Inc.	(775) 747-5050
El Dorado Pathology Medical Group, Inc.	(530) 626-5421
El Dorado Pain Management	530-672-1311
Jeanine M. Ellinwood, MD	(530) 621-7820
Emergency Medicine Physician Partners of El Dorado County, Inc.	(330) 493-4443
Gastroenterology Medical Clinic	(916) 983-4444
Golden Foothill Oral and Facial Surgery	916-941-9860
Raymond W. Larsen, DDS	530-622-3050
Placerville Radiology Medical Group, Inc.	(775) 747-5050
Mark L. Tong, MD	(530) 344-9200
Derald W. Rochat, MD	(530) 622-1283
Kulwant Singh, MD	916-984-6111
Sutter Medical Group	916-454-6600
Victor R. Sucheski, DPM	530-626-5062
The Esthetics Center of El Dorado Hills	916-941-6400
Thomas W. Wolff, DPM	530-387-4975
Terry J. Zimmerman, MD	916-573-1561

ANEXO I.1:

PROVEEDORES INCLUIDOS: Proveedores clínicos del Centro Médico Marshall

Marshall Family & Internal Medicine-Cameron Park	530-672-7000
Marshall Family & Internal Medicine – Placerville	530-626-2920
Marshall Cardiology – Cameron Park- Placerville	530-626-9488
Marshall Podiatry – Cameron Park	530-672-7040
Marshall Sierra Primary Medicine – Placerville	530-621-3600
Marshall Orthopedics & Sports Medicine- El Dorado Hills	916-805-2320
Marshall Urology –Placerville	530-626-9488
Marshall OB/GYN – Cameron Park	530-672-7060
Marshall OB/GYN – Placerville	530-344-5470
Marshall ENT & Hearing Center - Placerville	530-344-2010
Marshall Pediatrics	530-626-1144
Marshall Gastroenterology	530-672-7040
Marshall Psychiatry	530-626-2844
Marshall Orthopedics & Sports Medicine-Placerville	530-344-2070
Marshall General Surgery	530-626-3682
Marshall CARES	530-621-7965
Marshall Family Medicine-El Dorado Hills	916-933-8010
Divide Wellness Center	530-333-2548
Marshall Rheumatology	530-672-7040
Marshall Pulmonology	530-626-9488
Marshall Urology – Cameron Park	530-676-6131
Marshall Hospitalists	530-344-5432
Marshall Hematology & Oncology	530-676-6600
Marshall Whole Child	530-344-5400
Marshall Hearing Center-Cameron Park	530-672-1112