

Marshall Medical Center

- ◆ *Home Care*
- ◆ *Hospital*
- ◆ *Medical Foundation Services*

Procedure Guidelines

Approved: Karen R Dostart Director Hospital Patient Billing
Approved: Mariam Blankenbiller, RN Director Home Care
Approved: Melanie Hadsell Director MMF Physician Clinic Billing
Approved: Pam Carlin MMF VP of Finance
Approved: Lisa Kissel Compliance Officer
Approved: Laurie Eldridge Chief Financial Officer
Original Date: June 01, 2004
Review / Revision Date November 22, 2019

Financial Assistance Program
Discount Payment and Charity Care Policy

POLICIES:

Marshall Medical Center’s (“Marshall’s”) mission statement, “To improve the health of our community and offer health services of superior value and quality, centered on the goals and needs of our patients”, reflects Marshall’s social accountability to the community residents of our service area in which we are located. Providing discounted payment, as well as charity care, along with other community benefit services is important evidence of Marshall’s mission fulfillment.

It is Marshall’s intention to ensure that every patient of Marshall will be presented before discharge and at time of billing with written notice that includes information regarding the availability of Marshall Financial Assistance Program, including information about eligibility, as well as contact information for a hospital office from which the person may obtain further information about these policies. An emergency physician who provides emergency medical services at Marshall is required by law to provide discounts to uninsured patients or patients with high medical costs who are at or below 350 percent of the Federal poverty level.

Marshall is committed to providing, without discrimination, care for emergency medical conditions to our patients regardless of their eligibility under this Financial Assistance Policy.

Discounted payment and full charity care will each be based on the individual's ability to pay as defined by AB774 and SB1276, the Federal Poverty Family Income Guidelines, and the attached sliding scale. Following a determination of financial assistance eligibility, an eligible individual will not be charged more for emergency or other medically necessary care than the amounts generally billed to individuals who have insurance covering such care.

Confidentiality of information and individual dignity will be maintained for all that seek discounted payment or charity care under these policies. The handling of personal health information will meet all HIPAA requirements.

PURPOSE:

The purpose of this policy is to define the eligibility criteria for discounted payment and charity care services, administrative, and accounting guidelines for the identification, classification, and reporting of patient accounts as discounted payment or charity care.

DEFINITIONS:

Charity Care (no charge to the patient):

Is defined as health care services provided at no charge to the Patient. Patients without insurance coverage or the inability to obtain insurance coverage and the inability to pay are eligible for this discount.

Charity Care Limited Scope (based on emergency and medical necessary care vs. non-emergency non-medically necessary care):

Is defined as health care services provided at no or reduced charge to the Patient. Patients must have "limited scope Medi-Cal benefits" and the inability to pay to be eligible for this discount.

Deceased Patients:

A patient that has expired and has no living spouse / guardian, and does not have an estate that a creditor's claim filed against will be considered automatically covered as Charity Care. Validation will be secured through verification of marital status and court research of estate notices.

Discounted Payment:

Is defined as health care services provided as a reduced charge, based on the patient's financial situation, under this policy, and has an inability to pay the total liability.

Eligible Balance:

The balance stated on the appropriate patient billing system as the patients' responsibility at the time of application. Approved discount payment or charity care will not reduce an amount previously paid by the patient or their designee on behalf of the patients' debt.

When any patient's single visit responsibility exceeds \$50,000.00 the balance above \$50,000.00 will be discounted by 50% as catastrophic adjustment automatically by the Financial Counselor upon final bill. Patients are not required to apply for this program to be entitled to this 50% over \$50,000.00 discount. If the patient applies and qualifies for the Financial Assistance Program, the remaining balance will receive the appropriate reduction in addition to the catastrophic adjustment.

Emergency Medical Care:

Refers to Emergency Services and Care required to stabilize a patient's medical condition initially provided in the emergency department or otherwise classified as "emergency services" under the federal EMTALA Law or Section 1317.1 et.seq of the California, Health & Safety Code, and continuing until the patient is medically stable and discharged, transferred, or otherwise released from treatment.

Essential Living Expenses: (See Attachment C)

Are defined as rent or house payment and maintenance; food and household supplies; utilities and telephone; clothing; medical and dental payments; insurance; school or child care; child or spousal support; transportation and auto expenses, including insurance, gas, and repairs; installment payments; laundry and cleaning; and other extraordinary expenses.

Federal Poverty Level: (See Attachment A)

The poverty guidelines for families updated periodically in the Federal Register by the United States Department of Health and Human Services under the authority of subsection (2) of Section 9902 of Title 42 of the United States Code.

Financially Qualified Resident Patients:

Applies to a patient who is a resident of Marshall Medical Center's service area (see service area definition) and has a family income that does not exceed 350 percent of the federal poverty level and has completed and submitted an application, and review of the application by Marshall shows that the individual qualifies for either Charity or Financial Assistance.

Financially Qualified Non-resident Patient:

Applies to a patient who is not a resident of Marshall Medical Center's service area and has a family income that does not exceed 350 percent of the federal poverty level and has completed and submitted an application, and review of the application by Marshall shows that the individual qualifies for either Charity or Financial Assistance will be granted for emergency and medically necessary services only.

High Medical Cost:

Applies to patient whose family income does not exceed 350 percent of the federal poverty level. For these purposes "high medical costs" is defined to mean any of the following:

- Annual out-of-pocket costs that have already been paid at this facility exceed 10% of such patients' family gross income and essential living expenses in the prior 12 months;
- Annual out-of-pocket expenses that exceed 10% percent of such patient's family gross income and essential living expenses, if the patient provides documentation of the patient's medical expenses paid by the patient or the patient's family in the prior 12 months;
- This shall not include out of pocket expenses for insurance premiums

Interest:

Marshall Medical Center shall reimburse the patient any amount actually paid in excess of the amount due under this policy, including interest. Interest owed by the Marshall Medical Center to the patient shall accrue at the rate set forth in Section 685.010 <http://www.leginfo.ca.gov/cgi-bin/calawquery?codesection=ccp&codebody=685.010&hits=20> of the Code of Civil Procedure, beginning on the date payment by the patient is received by the facility. However, Marshall Medical Center is not required to reimburse the patient or pay interest if the amount due is less than five dollars (\$5.00). Marshall Medical Center shall give the patient a credit for the amount due for at least 60 days from the date the amount is due.

Medically Necessary Services:

Hospital-based medical services determined based upon a medical evaluation, to be necessary to preserve a patient's life, to prevent significant illness or significant disability, or to alleviate severe pain.

Monetary Assets:

Assets include all liquid assets, including bank accounts and publicly traded stocks, but will not include retirement, deferred-compensation plans qualified under the Internal Revenue Code, no-qualified deferred-compensation plan, or assets that are not readily convertible to cash, such as real property. In reviewing monetary assets Marshall Medical Center may require a waiver or release from the patient or the patient's family authorizing the facility to obtain account information from the financial or commercial institution, or other entities that hold or maintain the monetary assets to verify their value. Monetary Assets may be considered in connection with eligibility under the charity care policy only and not for eligibility under the discounted payment policy. In determining eligibility under the charity care policy, the first \$10,000 of a patient's monetary assets shall not be counted, nor shall Marshall count 50% of the patient's monetary assets above \$10,000. The monetary assets that exceed the preceding criteria will be divided by 12 and added to the monthly patient family income.

Information obtained shall not be used for collections activities. This paragraph does not prohibit the use of information obtained by the hospital, collection agency, or assignee independently of the eligibility process for charity care or discounted payment.

Non-emergency Services:

Medically necessary services and are not Emergency Services.

Non-medically Necessary Services:

- For persons 18 years of age and older, spouse, domestic partner, as defined in Section 297 of the Family Code, and dependent children under 21 years of age, whether living at home or not .
- For persons under 18 years of age, parent, caretaker relatives and other children under the age of 21 years of age of the parent or caretaker relative.

Payment Plan:

Marshall is committed to work with the patient or guarantor to allow for the successful payment of the outstanding debt taking into consideration the patient's family income and essential living expenses. Payment plans where the monthly payment is less than 10% of the families monthly income after essential living expenses will be flagged to be revisited with the patient or guarantor every 6 (six) months for ability to increase monthly payments. All payment plans will be executed in written document signed by the patient or guarantor.

If Marshall and the patient or their guarantor cannot agree on the payment plan, Marshall shall set the payment plan as defined in SB1276 SEC 5 Section 127454(k) of the Health and Safety Code means “reasonable payment formula” which means monthly payments that are not more than ten (10) percent of a patient’s family income for a month, excluding deductions for the essential living expenses. “Essential living expenses” means, for the purpose of this subdivision, expenses for all of the following: rent or house payment and maintenance, food and household supplies, utilities and telephone, clothing, medical and dental payments, insurance, school or child care, child or spousal support, transportation and auto expenses, including insurance, gas, and repairs, installment payments, laundry and cleaning, and other extraordinary expenses.

Proof of Income:

As defined under the “Fair Pricing Law”: Health & Safety Code Section 127400et.seq. proof of income is one of the following:

- Latest Income Tax Return
- 3 of the most recent pay stubs
- Financial Profit and Loss as prepared by accountant
- Seasonal works must supply last Income Tax Return

Self-Pay Patient:

A patient who does not have third-party coverage from a health insurer, health care service plan, Medicare, or Medicaid and whose injury is not a compensable injury for purposes of workers’ compensation, automobile insurance, or other insurance as determined and documented by Marshall Medical Center. Self-pay patients may include charity care patients.

Service Area:

Marshall Medical Center’s service area is defined as the geographic area (by zip code) from which the facility receives it top 80% of discharges.

Zip Code	Community	Zip Code	Community
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		

EXCLUSIONS:

Cosmetic Procedures:

These services are defined as procedures that modify or improve the appearance of the physical features, irregularity, or defect that is requested by the patient or their guarantor as an elective service. Any cosmetic procedure will not be considered as an eligible service under either the discount payment or charity care policy.

Elective Services – Physician Clinic Services:

Those services that are considered not a benefit of the Medi-Cal program will not be considered as eligible under this program.

Hearing Aids and Accessories:

Hearing aids and accessories are not considered a service eligible under this Financial Assistance Program.

Excluded Providers: (See Attachment I)

These individual providers, practice groups or any other entities that are providing emergency or medical necessary care in the hospital will bill their services separately and do not qualify under Marshalls Financial Assistance policy.

Included Providers: (See Attachment I.1)

The Marshall Medical Center Clinic Providers whether providing emergency or medically necessary care in the hospital or clinic setting are qualified services and covered under this policy.

Ineligible Balance:

A patient who had coverage through and HMO or qualified under a Medi-Cal program will not be eligible for Charity Care of Financial Assistance when not electing to adhere to the guidance or care protocols of said insurer.

Non-Compliance:

Patient or guarantors failure to cooperate with the screening and application processes for alternative means of funding to cover the costs of services will preclude the patient from eligibility under the Financial Assistance program. Exceptions to this exclusion may be placed in writing to the following department:

Hospital Patient Billing Attention: Customer Service
PO Box 872
Placerville, CA 95667
Phone: 530-626-2618 – Fax: 530-626-2631

PROCEDURES:

Eligibility Criteria:

A. Application: (See Attachment B)

1. Only services provided at Marshall Medical Center will be considered eligible for Charity or Discounted Payment Assistance. These services will include hospital services, professional services provided by Marshall Medical Foundation providers and Marshall HomeCare.
2. Alternative means of funding to cover the cost of services will be explored before Charity or Financial Assistance is approved. Patients approved for assistance under this policy may need to agree to cooperate in the process needed to obtain reimbursement for Marshall services from third party sources such as California Victims of Crime funds.
3. Marshall will make appropriate referrals to local county agencies Medi-Cal or other programs to determine potential eligibility. Currently Marshall utilizes The Gardner Group as assignee to assist in this aspect of patient support.
4. Charity Care will be determined on the basis of the following:
 - a. A Self-Pay Patient whose family income is at or below 138 percent of the Federal Poverty Level.
 - b. Validated proof of income
 - c. Monetary Assets those that are readily convertible to cash, including bank accounts, and publically traded stocks.
 - d. Essential living expenses
5. Financial Assistance will be determined on the basis of the following:
 - a. Has a validated proof of family income between 139 and 350 percent of the Federal Poverty Level
 - b. Assets will not be considered
6. The absence of financial data does not preclude eligibility for Charity or Financial Assistance. Marshall may, in meeting its charitable mission, provide services to patients for whom Marshall is unable to obtain personal financial data. In evaluating all factors pertaining to the patient's personal and demographic situation, Marshall may grant Charity or Financial Assistance eligibility in the absence of requested documents or suggest alternative documents that may be available to the patient.
7. The Marshall Medical standardized application form will be used to document each patient's overall financial situation. This application will be available in the primary language(s) of the service area. Marshall Medical Center will accept a copy of the completed DHCS SAWS-1 as a substitute of the Statement of Financial Condition
8. A patient or patient's legal representative requesting charity care, discounted care, or other financial assistance must make every reasonable effort to provide Marshall with documentation of income, essential living expenses, and health benefits coverage within the requested time frame. The failure to make a reasonable effort to provide information that is reasonable and necessary to make a determination concerning charity care or discounted care may be considered by Marshall in making its determination.

9. Once a determination has been made, a notification form will be sent to each applicant, advising him or her of the decision. **(See Attachment D)**
10. The data used in making a determination concerning eligibility for discount payment or charity care should be verified to the extent practical in relation to the amount involved. The information used will not be shared or used in any collection efforts related to the patients' family debt.

Charity and Discounted Services Level Determination	
Charity Care	138% Federal Poverty Level and below
Charity Care Limited Scope	138% Federal Poverty Level and below
Level 1 Financial Assistance	139% to 238% Federal Poverty Level
Level 2 Financial Assistance	239% to 300% Federal Poverty Level
Level 3 Financial Assistance	301% to 350% Federal Poverty Level

Patients have the ability to submit an application the following ways:

- Paper Application
 - Mail to Hospital Patient Billing
 - Submit by applicant at any Marshall Medical Center Location
- Online
 - www.marshallmedical.org
 - Patients & Visitors at the top of page
 - Financial Assistance
 - Charity Care Link
 - OR**
 - Online Bill Payment
 - Right side bar- Financial Assistance
 - Charity Care Link
 - OR**
 - Insurance & Billing Information
 - Business Office
 - Financial Assistance
 - Charity Care Link
 - Financial Assistance at bottom of page
 - Charity Care Link

B. Eligibility Period:

Financially Qualified Resident Patient:

The initial Charity and Discounted Payment for financially qualified patients' approval is valid for six (6) months from the date approved, or the first day of open enrollment for the California Health Benefit Exchange whichever comes first.

After six (6) months, a new application must be completed and the patient must screen for alternative funding sources through California Health Benefit Exchange, Medi- Cal, or other state – county funded coverage programs.

Financially Qualified Non-resident Patient:

The Charity and Discounted Payment for financially qualified non-resident patients' approval is valid for the emergency and medical necessary dates of service only and will terminate immediately thereafter.

Financially Qualified Non-resident Marshall Medical Center Employees:

The initial Charity and Discounted Payment for financially qualified patients' approval is valid for six (6) months from the date approved, or the first day of open enrollment for the California Health Benefit Exchange whichever comes first.

After six (6) months, a new application must be completed and the patient must screen for alternative funding sources through California Health Benefit Exchange, Medi-Cal, or other state – county funded coverage programs.

Homeless Patients – Charity Care:

Patients without a payment source are automatically classified as charity if they do not have a job, mailing address, residence, or insurance. Consideration must also be given to classifying emergency room only patients who do not provide adequate information as to their financial status. In many instances, these patients are homeless and have few resources to cover the cost of their care. Certification of Homelessness must be signed. **(See Attachment F)**

C. Collection Agency or Assignee:

If a collection agency or other assignee identifies that a patient meeting the hospital's discount payment or charity care eligibility criteria, their patient account may be considered charity care or eligible for discounted payment, even if they were originally classified as a bad debt or otherwise failed to apply for charity care or discounted payment within the specified eligibility period. Collection agency patient accounts meeting Financial Assistance Program criteria will be referred to the hospital billing office and reviewed for eligibility.

D. Special Circumstances:

1. Deceased patients without an estate or third party coverage will be automatically eligible for charity care.
2. In rare occasions, a patient's individual circumstances may be such that while they do not meet the regular charity care or discounted payment criteria in these policies, they do not have the ability to pay their hospital bill. In these situations, with the approval of the CFO or designee, part or all of their cost of care may be written off as discounted payment or charity care. There must be complete documentation of why the decision was made to do so and why the patient did not meet the regular criteria.
3. Minors seeking care for services deemed "protected" by Federal and State agencies are automatically qualified for charity care.
4. Medi-Cal patients are automatically eligible for charity care write-offs related to:
 - a. Non-benefit non-elective services.
 - b. Denied days
 - c. Unbillable services as defined by Medi-Cal Billing manual
 - d. Patients deemed eligible for Medi-Cal and Ineligible services prior to establishment of eligibility will be deemed Charity Care eligible. An application is not required for these services.

E. Governmental Assistance:

1. **Charity Care and Discounted Payment.** In determining whether each individual qualifies for discounted payment or charity care, other county or governmental assistance programs, as well as California Health Benefit Exchange, will be considered. All applications approved at 350% or lower of the federal poverty level will be required to apply for Governmental Assistance. Initial and continued eligibility under the Financial Assistance Program require proof of denial for Medi-Cal. Acceptance by Governmental Assistance will result in exclusion from the Discount Payment or Charity Care Program except as described in E.4. Individuals will be informed of any governmental or other assistance that may be available to them.
2. **Charity Care.** Persons eligible for programs such as Medi-Cal, or other government-subsidized insurance through California Health Benefit Exchange, but whose eligibility status is not established for the period during which the medical services were rendered, may be granted charity care for those services. The eligibility period will be for six (6) months or until first day of California Health Benefit Exchange open enrollment whichever comes first. Marshall Medical Center will make the granting of charity contingent upon applying for governmental program assistance and patient providing proof of denial of benefits.

F. Time Requirements for Determination:

1. While it is desirable to determine the amount of discount payment or charity care for which a patient is eligible as close to the time of service as possible, there is no rigid limit on the time when the determination is made. In some cases, eligibility is readily apparent and a determination can be made before, on, or soon after the date of service. In other cases, it can take investigation to determine eligibility, particularly when the patient has limited ability or willingness to provide needed information. Marshall Medical Center is committed to work with a patient and any point in the process beginning at or before the time of service.
2. Every effort will be made to determine a patient's eligibility for Financial Assistance. In some cases, a patient eligibility for either the discount payment or charity care may not have been identified prior to initiating external collection action. Upon request of the patient for consideration of either the discount payment or charity care, all collection efforts will halt until determination can be made. If a patient is determined to be eligible for discounted payment or charity care, the account will be returned to Marshall Medical Center to restart billing process.

G. Matrix for authorized adjustment amount for Charity Care and Discount Payment:

Position	Approval limit
Staff (trained), Financial Counselor, Supervisor	Up to \$20,000
Department Director or designee	\$20,001.00 - \$59,999.99
CFO, CEO, COO or designee	\$60,000 and greater

H. Accounting for Charity Care and Discount Payment:

To allow the appropriate tracking and monitoring the amount of Charity Care and the amount of Discount Payment being granted, each affiliate will account for the financial assistance write-offs in separate Deduction from Revenue general ledger accounts as follows:

GL ACCT	ADJUSTMENT CODE	ADJUSTMENT GUIDANCE		PATIENT PAYS	ELIGIBILITY TYPES
5870-	86050	100%		0%	<ul style="list-style-type: none"> Charity Care Adjustment
5870-	86050	100%		0%	<ul style="list-style-type: none"> Charity Care Limited Scope
5870	86073 Level 1	Make visit owe 25% of	Medicare Facility Fee Schedule	25%	<ul style="list-style-type: none"> Non-emergency, Non-medically necessary Discount Payment Adjustment
5780	86074 Level 2	Make visit owe 50% of	Medicare Facility Fee Schedule	50%	<ul style="list-style-type: none"> Discount Payment Adjustment
5870-	86075 Level 3	Make visit owe 100% of	Medicare Facility Fee Schedule	100%	<ul style="list-style-type: none"> Discount Payment Adjustment
5870-	86071	IS A 50% ADJUSTMENT OF ANY PATIENT BALANCE ABOVE 50,000.00		THE ENTIRE BALANCE UP TO 50,000 AND THEN 50% OF THE BALANCE OVER 50,000.00	<ul style="list-style-type: none"> Catastrophic Adjustment

HOSP = Hospital
MMF = Marshall Medical Foundation includes : Marshall Center for Primary Care, Pediatrics, Divide Wellness Center, Specialty Care
HC = Home Care
MCR = Medicare

*In rare cases where the Medicare rate is more than billed charges, the discount will be based on the Medi-Cal payment rate at the time of service.

The transaction codes used for accounting of the discount payment and charity care and their mapping to the General Ledger will be reviewed periodically to ensure accuracy by the Director of Finance.

I. Roles and Responsibilities:

At the time of service or prior to discharge any patient that has indicated they are self-pay or expresses concern regarding their ability to pay will be provided the following packet of materials:

1. Cash Patient Handout **(See Attachment E)**
2. Application for Medi-Cal / California Health Benefits Exchange
3. Any patient, or patients' legal representative, who requests a discounted payment, charity care, or other assistance in meeting their financial obligation to this organization shall make every reasonable effort to provide the organization with documentation of income and health benefits coverage. If the person requests discounted payment or charity care and fails to provide information that is reasonable and necessary for the organization to make a determination, the organization will consider that failure in making its determination.

Eligibility Determinations will be made in accordance with the guidelines as outlined in A, B, C, D, E & F Above.

Determination Notification will be sent by US mail to the patients within 48 hours of determination and recorded according to the recordkeeping outline in section L.

Unpaid discount payment accounts will be reviewed by Customer Service.

Will review each account to ensure

1. 150 days since determination notification was sent to the patient
2. The patient has not made reasonable attempts to make payments
3. The patient has not made contact by letter or phone regarding the outstanding debt

If the patient has made any contact or reasonable attempt to reduce the debt, the patient will be contacted to establish a consistent payment arrangement agreement.

Unpaid Payment Plans

In addition to the review stated above in unpaid discount payment accounts payment plans will be deemed defaulted when the following have occurred:

- Failure to make consecutive payments during a 90-day period
- Before declaring the account no longer operative the Marshall, assignee, or collection agency shall make a reasonable attempt to contact the patient by:
 - Telephone as indicated on the records and
 - To give notice in writing to last known address on record
 - The payment plan may become inoperative, and will offer the opportunity to renegotiate the payment plan

Marshall Medical Center, its collection agencies or assignees, in good faith, will not report adverse information to a consumer credit reporting agency or commence a civil action against the patient or responsible party for nonpayment prior to effective date of the cancellation of the payment plan.

J. Collections efforts:

The following address the timing and under whose authority patient debt is advanced for collection. Any collection activity shall only be conducted by Marshall Medical Center external collection agency.

1. Each external collection agency shall agree in writing that it will adhere to Marshall's standards and scope of practices with regards to collection activities, including, without limitations, the Payment Plan provisions of the policy.
2. Marshall and its assignees shall not, in dealing with patients eligible under this policy use wage garnishments or liens on primary residence as a means of collecting unpaid Marshall bills.
3. Marshall collection agencies or other assignees shall not, in dealing with any patient, use any of the following as a means of collection unpaid Marshall bills:
 - a. A wage garnishment, except by order of the court upon noticed motion, supported by a declaration filed by the movant identifying the basis for which it believes that the patient has the ability to make payments on the judgment under wage garnishment, which the court shall consider in light of the size of the judgment and additional information provided by the patient prior to, or at, the hearing concerning the patient's ability to pay, including information about probable future medical expenses based on current condition of the patient and other obligations of the patient
 - b. Notice or conduct a sale of the patient's primary residence during the life of the patient or his or her spouse, or during the period a child of the patient is a minor, or a child of the patient who has attained the age of majority is unable to take care of him/herself and resides in the dwelling as his or her primary residence. In the event a person protected by this paragraph owns more than one dwelling, the primary residence shall be the dwelling that is the patient's current homestead, as defined in Section 704.710 of the California Code of Civil Procedure, or was the patient's homestead at the time of the death of a person other than the patient who is asserting the protections of the paragraph.
 - c. This requirement does not preclude a Marshall collection agency, or other assignee from pursuing reimbursement and any enforcement remedy or remedies from third-party liability settlements, tortfeasors, or other legally responsible parties.
4. Marshall and its agents shall not report adverse information to a consumer credit reporting agency or commence a civil action against a patient or responsible party for nonpayment prior to the time a payment plan is declared to be no longer operative or 180 days have elapsed from first statement to the patient or responsible party.

K. Recordkeeping:

The patients' record will have the following updates:

1. Have an alert or its equivalent created on the person to notify staff of the determination and the start and end date.
2. Assign a plan code appropriate level of discount payment or charity care with the appropriate effective and end date of the patient discount payment of charity care coverage.
3. All records pertaining to the application, documentation, and final determination will be scanned and available for audit and review. In addition, notes relating to discount payment or charity application and approval or denial will be entered on the patient's account by the credit notes function.

L. Application of these Policies:

The charity care and discount payment policies described herein do not create an obligation on the part of Marshall Medical Center to pay for any charges or services not included in the Hospital, Physician Clinic Services, or Home Care bill at the time of service. These charity care and discount payment policies do not apply to services provided within the hospital by physicians or other medical providers including Anesthesiologists, Radiologists, Pathologist, and El Dorado Surgery Center, etc.

M. Public Notice of Posting:

1. Public notice of the availability of assistance through these polices will be posted in the following areas:
 - Emergency department
 - Solution Station
 - Admissions office
 - All Outpatient service areas
2. Signage will include the following:

**Notice of Availability of Marshall Medical Center's
Discount Payment and Charity Care Policies**

In accordance with California Health and Safety Code Sections 127400 et seq., Marshall Medical Center discounts payment or provides charity care to financially qualified patients. Patients who qualify for these discounts or charity care under our policies included patients who meet both of the following qualifications:

1. The patient either is a self-pay patient or had high medical costs, as defined in our discount payment and charity care policies, AND
2. The patient had a family income (as defined in the policies) that does not exceed 350% of the federal property level

TO RECEIVE A COPY OF OUR DISCOUNT PAYMENT AND CHARITY CARE POLICIES OR TO APPLY FOR A DISCOUNTED PAYMENT OR CHARITY CARE, PLEASE CONTACT OUR FINANCIAL COUNSELORS AT 530-626-2618.

3. Self-pay patient billings will include the following: **(See Attachment G)**
 - A statement of charges for services rendered
 - A request that the patient inform the facility if they have private health insurance, Medicare, Med-Cal, California Children Services or other coverage.
 - A statement that if the patient does not have insurance coverage, they may be eligible for a government-subsidized insurance through Covered CA (California Health Benefits Exchange), Medicare, Medi-Cal, California Children Services Program, discount program or charity care.
 - A statement that Marshall Medical Center can and will provide applications for Medi-Cal, and the organizations discount payment and charity care along with contact information.

- Information regarding the financially qualified patient and charity care application, including (a) a statement that, if the patient lacks, or has inadequate, insurance, and meets certain low-and moderate-income requirements, the patient may qualify for a discounted payment or charity care; and (b) a statement that the patient may obtain information about the hospital's discount payment and charity care policies, and how to apply for that assistance by contacting the hospital's customer service office at (530) 626-2618.

RIGHT TO APPEAL:

Each patient or their representative may request an appeal or the decision made by contacting the Customer Service Office at (530) 626-2618, and request and appeal form.

(See Attachment H)

Laurie E Eldridge

Approval Signature(s)

Chief Financial Officer

Date: 11.22.2019

ATTACHMENT A:

HHS POVERTY GUIDELINES FOR 2019

The 2019 poverty guidelines are in effect as of January 11, 2019.

The [Federal Register notice for the 2019 Poverty Guidelines](#) was published February 1, 2019.

2019 POVERTY GUIDELINES FOR THE 48 CONTIGUOUS STATES AND THE DISTRICT OF COLUMBIA	
PERSONS IN FAMILY/HOUSEHOLD	POVERTY GUIDELINE
For families/households with more than 8 persons, add \$4,420 for each additional person.	
1	\$12,490
2	\$16,910
3	\$21,330
4	\$25,750
5	\$30,170
6	\$34,590
7	\$39,010
8	\$43,430

ATTACHEMENT B:

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



Statement of Financial Condition

Section 1, Instructions:

In order to process your application, please make sure that you have completed **ALL** sections of this application, including the signature page and provide any proof of income that pertains to you.

Acceptable proof of income is as follows:

- Three most recent paycheck stubs
- Most current Tax Return Form
- Most current Schedule C Tax Form (for self-employed patients)
- Current Social Security Summary
- Current Unemployment Summary
- Current Disability Summary

An incomplete application will be returned and will not be processed until **all** required documents are received. Normal billing procedures will continue during this time.

Section 2, Applicant(s):

Applicant

Name: _____
Address: _____
DOB: _____
SSN: _____
Phone: _____

Spouse / Significant Other

Name: _____
Address: _____
DOB: _____
SSN: _____

Section 3, Dependents:

****List ONLY those dependents that are claimed on your Federal Income Tax return. For dependents over the age of 18, please provide your most recent tax return showing proof of dependency.****

Name	Date of Birth	Relationship	Social Security #
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MARSHALL MEDICAL CENTER
STATEMENT OF FINANCIAL CONDITION

Section 4, Family Income: If no income, see section 5.

Current Monthly Income	Patient	Spouse	Joint
Gross Pay	\$	\$	\$
Income from Business (if self-employed)	\$	\$	\$
Interests and Dividends	\$	\$	\$
From Real Estate and Personal Property	\$	\$	\$
Social Security/Retirement Income	\$	\$	\$
From Alimony, support payments	\$	\$	\$
Other Income	\$	\$	\$
Total Monthly Income	\$	\$	\$

Assets (if applicable)	Patient	Spouse	Joint
Stocks and Bonds	\$	\$	\$
Money Market Accounts	\$	\$	\$
Brokerage Accounts	\$	\$	\$
Certificates of Deposit/Savings Accounts	\$	\$	\$
Total Assets	\$	\$	\$

Section 5, Additional Information/ Means of support

Please use this section to provide additional information that may be pertinent to your eligibility for a discount. If you do not receive any income please explain your means of support. Example: How are you paying for food, rent, or other bills?

Section 6, Insurance Information:

Do you currently have health insurance coverage?

Dependent Insurance if it differs:

If yes, name of Insurance/Health Plan: _____
Identification Number: _____
Subscriber/Policy Holder Name: _____

If yes, name of Insurance/Health Plan: _____
Identification Number: _____
Subscriber/Policy Holder Name: _____

If you do not have active insurance, per Marshall Medical Center's policy, we require you to apply for Medi-cal and provide us with a determination letter. You can apply at www.coveredca.com or by calling the local Medi-cal office at 530-642-7300. If Medi-cal denies you, please pursue coverage through Covered California.

Section 7, Financial Assistance Application Checklist/Signatures

In order to prevent your application from being returned due to missing information, please review the checklist below.

Check all that you have completed.

If you require assistance in completing this application, please call our Financial Counselors at 530-626-2618. Our representative is available to assist you Monday through Friday between the hours of 8:00AM and 4:00PM.

- Completed sections 1-7 on this application.
- Included acceptable proof of income, refer to section 1 if you have any questions.
- Included Medi-cal determination letter. (If applicable)
- Signature and date for applicant.
- Signature and date for spouse and significant other. (If applicable)
- Signature for dependent over the age of 18. (If applicable)
- Federal Tax Income form if you have dependents over the age of 18.

Signature of Applicant

Date

Signature of Spouse/Significant Other

Date

Signature of Dependent over the age of 18

Date

*If you are over the age of 18 and being claimed on this application, we require your signature stating that you give permission to include you and any outstanding balances with Marshall Medical Center for this discount as well as on the Financial Assistance determination letter that will be sent out once the application is complete. If you decline to sign you will not be eligible for this discount.

MARSHALL MEDICAL CENTER
STATEMENT OF FINANCIAL CONDITION

ATTACHMENT C:

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



Essential Living Expenses

For use in calculating Financial Assistance discounts

Expenditure	Patient	Spouse	Joint
Rent or Mortgage			
Real Estate Taxes			
Utilities			
Alimony/Support Paid			
Auto Loan/Lease Payment			
Education			
Food			
Payroll Deductions			
Medical, Dental, Medicines			
Other Expenses			
Total Monthly Expenses			
Net Monthly Income after expenses			

By signing this form you agree that the above expenses are true.

Signature of Applicant

Date

Signature of Spouse/Significant other

Date

ATTACHMENT D:



DATE THE LETTER IS PRINTED

LAST NAME, FIRST NAME
ADDRESS
CITY, STATE, ZIP

ELIGIBILITY DETERMINATION FOR DISCOUNT MR#

Marshall Medical Center has reviewed your completed Statement of Financial Condition. Our determination is in accordance with Assembly Bill 774 which directs hospitals to offer financial assistance to patients who are at or below 350% of the Federal Poverty level or who have out-of-pocket medical costs exceeding 10% of their annual income. Based on our review we have made the following determination:

Determination date: _____ and expires on: _____
Financial Responsibility will be based on: full charity discount; you have no financial responsibility

The actual discount amount will vary based on the service provided. Refer to your individual billing statements for the discount applied.

- Discount applies to the following members of your household:

- Discount is applicable to bills for services rendered at all Marshall Medical Center facilities including Marshall Medical Physician Clinic Service and Home Care. This does not apply to services obtained at Marshall Surgery Center, or services provided by other physicians/providers in conjunction with services obtained at a Marshall Medical Center facility.
- Discount does not apply to elective services.
- During the discount period your statements should reflect your discount. If for any reason it does not appear please contact the customer service number noted on your statement.
- Please contact our Financial Counselors directly to set up a payment plan at (530)626-2618. Be sure to inform them that you have been approved for a discount.

The discount has been applied to the following accounts:

If you have balances with Marshall Home Care or Marshall Medical Physician Clinic Service, please contact them directly to determine your balance

- Discount Denied. Based on our review of your application, you do not meet the income requirements for financial assistance. Please contact our payment processing center for a payment plan (530) 626-2618.
- Discount Denied. In order to extend your discount, we require a valid denial from Medi-cal. To date we have not received that information. If you have completed the eligibility process and been denied on the basis on income or assets, forward the denial to our office for review.
- Discount denied. Failure to comply.
- Additional Instructions:

If you disagree with this determination, would like a copy of our Charity Care/Discount Policy, or have any questions please call our office between the hours of 8:00 AM and 4:30 PM at (530) 626-2618. Thank you for choosing Marshall Medical Center for your healthcare needs.

Sincerely,

Financial Counselors
Marshall Medical Center

ATTACHMENT E:

As part of our mission, Marshall Medical Center is committed to providing access to quality health care for the community, and to treating all patients with dignity, compassion and respect. It is our policy to provide services without charge, or at significantly discounted prices, to eligible patients who cannot afford to pay for part or all of their care. In addition, we offer our patients a variety of payment plan options to meet their financial needs. These financial assistance policies and programs are tailored to balance a patients' need for financial assistance with our responsibility to maintain financial viability so that we may continue to serve the community.

GOVERNMENTAL PROGRAMS

Marshall Medical participants in several governmental assistance programs, such as ACCEL, Medicare, Medi-Cal, California Tobacco Control Program (Prop 99), California Children Services, and Victims of Crime, assistance is available to help patients in identifying eligibility for these programs. Information regarding these programs, please contact our Financial Counselors at 530-626-2618.

MEDI-CAL: State/County funded program that is determined by eligibility. Applications may be obtained at Marshall Medical Center at any registration area or by contacting our in-house eligibility representative at 530-626-2798.

COVERED CA: A marketplace for people to find out if they are eligible for and buy health insurance, including Medi-Cal: individuals may even qualify for low-cost insurance. www.coveredca.com or 1-800-300-1506

FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS

Financial Assistance is based on the patients' income. This requires completion of a Statement of Financial Condition form and a screening process to determine eligibility for the program. Eligibility is not exceeding 350% of the Federal Poverty Level and dependent on the verification of the family income. Applications and the policy can be obtained in any registration area or please contact our Financial Counselors at 530-626-2618.

EMERGENCY PHYSICIANS SERVICES: For patients that receive emergency physician related services Financial Assistance and Discounted Payment Options are also available to qualified patients. Emergency Medicine Physicians offers no-cost or discounted services. Eligibility is based on the family income not exceeding 350% of the Federal Poverty Level and dependent on verification of the family income. Application and their policy can be obtained by contacting their Call Center Representative at 1-800-982-8177. *No other discounts or payment option listed on this sheet is representation of the options available through Emergency Medicine Physicians.*

SELF-PAY PROMPT PAY DISCOUNT: For patients who do not have third-party coverage from a health insurer, health care service plan, third party liability, Medicare, or Medi-Cal. We offer a 50% reduction at the time of service. Certain exclusions do apply. Please ask any registration area or please contact our Financial Counselor at 530-626-2618.

CREDIT COUNSELING SERVICES

Non-profit Credit Counseling Services available through Legal Services of Northern California at 1-888-354-4474

If you apply or have a pending application for another health care program at the same time that you have applied for our hospital Financial Assistance Program. Neither application shall preclude eligibility for the other program.

We do refer some delinquent accounts to third-party debt collection agencies. State and Federal law requires debt collectors to treat you fairly and prohibit debt collectors from making false statements or threats of violence, using obscene or profane language, and making

improper communications with third parties, including your employer. Except under usual circumstances, debt collectors may not contact you before 8:00am or after 9:00pm. In general, a debt collector may not give you information about your debt to another person to confirm your location or to enforce a judgment. For more information about debt collection activities, you may contact the Federal Trade Commission by telephone at 1-877-FTC-HELP (1-877-382-4537) or online at www.ftc.gov/os/statutes/fdcpajump.shtm. Additionally, in the event your account is referred to a collection agency and you have Problems with that agency, please contact us immediately at 530-626-2618.

ATTACHMENT F:

**CERTIFICATION OF HOMELESSNESS
and
ELIGIBILITY VERIFICATION**

Marshall Medical Center requires that certain patients asking for forgiveness of debt of services rendered under the criteria of "Homeless". Marshall Medical Center defines the homeless population as those who are:

1. Sleeping in shelters or in places not meant for human habitation, such as cars, parks, sidewalks, or abandoned buildings.
2. Have no subsequent residences identified
3. Lack of resources and support networks needed to obtain access to housing

Patient Information:

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____

Phone: _____

Date of Birth: _____

CERTIFICATION:

I do hereby certify that I meet one of the above descriptions of "Homelessness" and that all statements made by me in this application are true and correct. I understand that in the event that I have knowingly and willfully made any false statements, I will be liable for all charges incurred

Signed

Dated

ATTACHMENT G:



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

At the time our records indicate that you do not have any third party insurance coverage, if our records are incorrect please contact us immediately with your insurance coverage information. We want to remind you that you may be eligible for coverage through the following programs.

GOVERNMENTAL PROGRAMS

Marshall Medical participants in several governmental assistance programs, such as ACCEL, Medicare, Medi-Cal, California Tobacco Control Program (Prop 99), California Children Services, and Victims of Crime, assistance is available to help patients in identifying eligibility for these programs by contacting our Financial Counselors at 530-626-2618.

MEDI-CAL: State/County funded program that is determined by eligibility. Applications may be obtained at Marshall Medical Center at any registration area or by contacting our in-house eligibility representative at 530-626-2798.

COVERED CALIFORNIA: A marketplace for people to find out if they are eligible for and buy health insurance, including Medi-Cal: individuals may even qualify for low-cost insurance. www.covered.ca.com or 1-800-300-1506

FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAMS

Financial Assistance is based on the patients' income. This requires completion of a Statement of Financial Condition form and a screening process to determine eligibility for the program. Eligibility is not exceeding 350% of the Federal Poverty Level and dependent on the verification of the family income. Applications and the policy can be obtained in any registration area or please contact our Financial Counselors at 530-626-2618.

2019 Federal Poverty Guidelines (source Federal Register published by February each year)		
Family Size	Gross Yearly Income	Gross Monthly Income
1	\$12,490	\$1,041
2	\$16,910	\$1,409
3	\$21,330	\$1,778
4	\$25,750	\$2,146

SELF-PAY PROMPT PAY DISCOUNT: For patients who do not have third-party coverage from a health insurer, health care service plan, third party liability, Medicare, or Medi-Cal. We offer a 50% reduction at the time of hospital services, and 20% for Physician Office visits. Certain exclusions do apply. Please ask any registration area or please contact our Financial Counselor at 530-626-2618.

CREDIT COUNSELING SERVICES

Non-profit Credit Counseling Services available through Legal Services of Northern California at 1-888-354-4474

If you apply or have a pending application for another health care program at the same time that you have applied for our hospital Financial Assistance Program. Neither application shall preclude eligibility for the other program.

ROSENTHAL FAIR DEBT COLLECTION ACT

We do refer some delinquent accounts to third-party debt collection agencies. State and Federal law requires debt collectors to treat you fairly and prohibit debt collectors from making false statements or threats of violence, using obscene or profane language, and making improper communications with third parties, including your employer. Except under usual circumstances, debt collectors may not contact you before 8:00am or after 9:00pm. In general, a debt collector may not give you information about your debt to another person to confirm your location or to enforce a judgment. For more information about debt collection activities, you may contact the Federal Trade Commission by telephone at 1-877-FTC-HELP (1-877-382-4537) or online at www.ftc.gov/os/statutes/fdcpajump.shtml. Additionally, in the event your account is referred to a collection agency and you have Problems with that agency, please contact us immediately at 530-626-2618.

ATTACHMENT H:



FINANCIAL ASSISTANCE APPEAL

Name: _____

Address: _____

City : _____ State: _____

Phone Number: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Account #: _____ Date of Service: _____

Additional information for this appeal:

Signature
Approved by

Date

ATTACHMENT I:

EXCLUDED PROVIDERS:

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

ATTACHMENT I.1:

INCLUDED PROVIDERS: Marshall Medical Center Clinic Providers

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

Updated 11.22.2019

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 Hospital
Aprobado: Mariam Blankenbiller, RN
Directora de Atención en el Hogar
Aprobado: Melanie Hadsell
Directora de Facturación de la Clínica de Médicos
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 los 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:

J. 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 usan 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)
 - Online Bill Payment (Pago de facturas en línea)
 - Barra del lado derecho - Financial Assistance (Asistencia financiera)
 - Enlace a Charity Care (Atención de caridad)
 - Insurance & Billing Information (Información sobre seguros y facturación)

o

o

- 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)

K. 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 medicamente 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)*

L. Agencia de cobro o designado:

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.

M. Circunstancias especiales:

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 gastos 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.

N. Asistencia gubernamental:

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 o hasta el primer día de la inscripción abierta del

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.

O. Requisitos de tiempo para la determinación:

1. Si bien es beneficioso determinar el monto de pago descontado o atención de caridad 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.

P. 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, Jefe	\$60,000 y más

Q. Contabilidad de atención de caridad y pago descontado:

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 DEL ADEL	CÓDIGO DE AJUSTE	GUÍA DE AJUSTE		EL PACIENTE PAGA	TIPOS DE ELEGIBILIDAD
5870-	86050	100%		0%	<ul style="list-style-type: none"> Ajuste de atención de caridad
5870-	86050	100%		0%	<ul style="list-style-type: none"> Alcance limitado de la atención de caridad
5870	86073 Nivel 1	Deuda por visita 25% de	Tabla de cuotas de instituciones de Medicare	25%	<ul style="list-style-type: none"> 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%	<ul style="list-style-type: none"> Ajuste de pago descontado
5870-	86075 Nivel 3	Deuda por visita 100% de	Tabla de cuotas de instituciones de Medicare	100%	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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.

R. 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

4. 150 días desde que se envió la notificación de determinación al paciente
5. El paciente no ha hecho los intentos razonables por hacer los pagos
6. 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 telefónica, 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.

K. Esfuerzos de cobranza:

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.

5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

N. Registros:

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.

O. Aplicación de estas políticas:

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.

P. Aviso público:

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:

4. 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
5. 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.

6. 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:

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:

<u>Solicitante</u>	<u>Cónyuge / pareja</u>
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.º 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.*

**MARSHALL MEDICAL CENTER
STATEMENT OF FINANCIAL CONDITION
(SPANISH)**

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:



It's about you

FECHA EN QUE SE IMPRIME LA CARTA

APELLIDO, NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA DESCUENTO

N.º 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:

- instalaciones del ce 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 pagar por 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:

4. Duermen en albergues o en lugares no destinados al alojamiento de seres humanos, como automóviles, parques, aceras o edificios abandonados.
5. No tienen residencia subsecuente identificada.
6. 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:



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:



It's about you

APELACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad : _____ Estado: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de cuenta: _____ Fecha del servicio: _____

Información adicional sobre esta apelación:

Firma
Aprobado _____

Fecha

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. Roachat, 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