
**MADERA COMMUNITY HOSPITAL
Policy / Procedure**

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|
| SUBJECT: | <u>Financial Assistance Program</u> | DATE: | <u>10/01/04</u> |
| DEPARTMENT: | <u>Administration</u> | REVISED: | <u>1/1/07, 9/1/10, 4/1/11, 4/1/14, 1/1/15, 6/15/16, 1/1/20</u> |
| DEPARTMENTS AFFECTED: | <u>Hospital-Wide and Specifically - Emergency Department, Family Health Services, Chowchilla Medical Center, Case Management, Admissions, Credit & Collections and Business Office</u> | | |
| SUBMITTED BY: | <u>VP-Finance/CFO</u> | DEPT. # | <u>8610</u> |

REFERENCES:

AB 774, as amended, (Chan, 2006), AB 1503 (2010), SB 1276 (2014), Office of Statewide Health Planning and Development Hospital Technical Letters, California Hospital Association *Voluntary Principles and Guidelines for Assisting Low-Income Uninsured Patient* (2004), *Hospital Finance Assistance Policy & Community Benefit Law* (2016); Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General *Hospital Discounts Offered to Patients Who Cannot Afford to Pay their Hospital Bills* (2004); California Department of Public Health All facilities Letter 14-25.1 (2014); American Hospital Association *Hospital Billing and Collection Practices*; Various letters and publications from other sources. **IRC § 501(r)(1 through 6), TD9708 (12/31/14).**

PURPOSE:

To promote equal and compassionate access for all individuals needing emergent or imminently necessary healthcare services. To establish guidelines for the authorization of discounts to patients/guarantors who are low-income, underinsured, uninsured or have high medical costs for services provided by Madera Community Hospital (MCH).

POLICY:

Introduction

Consistent with the Mission and Vision Statements of Madera Community Hospital, the Hospital shall have policies and procedures in place, approved by its Board of Trustees, to assist low-income, underinsured, uninsured patients/guarantors, or patients with high medical costs, who claim to not have the ability to pay for their needed healthcare services and who have verifiable family income up to 350% of the published Federal Poverty Level. This policy shall consider the unique cultural, diversity and economic needs of the community at large. The Financial Assistance Program, sometimes also referred to as a Charity Care Program, will be available to all qualified individuals regardless of age, gender, race, socio-economic, sexual orientation or religious affiliation, that meet residency requirements.

This policy shall not prohibit the Hospital's treatment of patients who present themselves at the Emergency Department and does not supersede the rules and regulations set forth in the EMTALA legislation. Only patients with an immediate or imminent need for necessary healthcare services, as determined by a physician or other licensed healthcare practitioner, shall qualify for this program. Services that are deemed optional or of a cosmetic nature do not qualify for a discount under this policy. The Hospital's Chief Executive Officer or VP-Finance/CFO may make an exception to this policy for certain individuals who would not normally qualify, based on their specific individual circumstances.

Information Available to the Public and Methods of Communication

The following information shall be made available to patients/guarantors or other interested parties by the Hospital, upon request:

- A copy of this Policy in English or Spanish.
- A copy of the Application and Instructions in English or Spanish.
- Information explaining State and Federal Public Benefit Programs available and the benefits available under the Hospital's Financial Assistance Program, which are included with the Conditions of Admission and Authorization for Treatment available to all self-pay patients at time of registration.

The Hospital shall inform the public of its financial assistance program by the following methods:

- Post a notice about the Financial Assistance Program in public areas for patients to see.
- Include information on statements and other collection correspondence sent to self-pay patients about the availability of the program.
- Communicated by the Case Management staff, Credit & Collections staff, financial counselors and all registration personnel when a patient or guarantor indicates they do not have the ability to pay for their care.
- On the Hospital's website (www.maderahospital.org).

All public notices, including this policy, the application & instructions shall be made available in English & Spanish.

Staff Training About Availability of Financial Assistance Program

MCH staff who are routinely involved in the registration/admission of patients, those that help manage the healthcare services being received by the patient (such as case managers or social workers) and those in the financial counseling, billing and collection for healthcare services will receive specific training on the availability of the Hospital's Financial Assistance Program to the public. The goal of the training is to make sure that information about the program is available to the public that may qualify for the program and for staff to recognize those patients/guarantors who may qualify for the program but have not yet inquired about it.

Eligibility Criteria and Charges Covered

Those patients/guarantors who claim that they do not have the financial resources to pay for their healthcare services may be eligible for the program if they meet certain income and family size limitations and complete a Financial Assistance Program application. All individuals interested in this program shall cooperate with the Hospital in providing the appropriate information for the Hospital to make a determination of qualification.

This program shall be available to all individuals who meet the qualifications. All amounts due, including co-pays, deductibles, share of costs and non-covered charges remaining after the primary payer (if applicable) has paid, are eligible for discounts under this program.

All Applicants shall first apply for and cooperate with the application process for benefits under State and Federal Public Health Programs, such as California's Medi-Cal/CMSP programs and/or any other public benefit program that they may qualify for. Applicants who refuse to pursue these other benefit programs or are denied eligibility due to an incomplete application will not be eligible for the Financial Assistance Program sponsored by Madera Community Hospital.

Individuals that apply for Medi-Cal/CMSP or other State and Federal programs and are denied due to assets or income levels above qualifying limits may be eligible for coverage under the California Health Benefit Exchange (Covered California). The Madera County Department of Social Services shall forward the patient's information to Covered California once it has been determined that the patient doesn't qualify for Medi-Cal or another Public Benefit Plan.

Residency Requirement:

Only those patients whose primary residence is located in the direct service area of Madera Community Hospital are eligible for this program. The Hospital's direct service area generally includes all of western Madera County, mostly west of State Highway 41. This encompasses the zip codes of 93610, 93636, 93637, 93638 & 93639. Patients may be asked to show proof of current address by providing a government-issued photo ID (such as a valid Driver's License), a utility bill or other proof of residence. The direct service area does not include any parts of Merced or Fresno Counties. Residents of those counties or other areas are encouraged to inquire about the charity care programs of the local hospitals serving those areas.

Income Verification, Approval Process and Discount Amount Determination

Once the residency requirement is met, a qualification determination shall be made based on total family income and the number of family members. Income verification may be done by reviewing pay stubs, tax returns, SSI or other information to help establish income levels.

The Hospital shall inform the applicant within 10 business days of receipt of a properly completed Application (a copy of the Instructions and Application are attached to this Policy and made a part thereof) of their acceptance or not into the program. For Applicants who are denied due to lack of information provided on Application or the Hospital's inability to verify income level or family size, shall have the opportunity to provide additional information for consideration. If the application is again denied, the Applicant can ask for a review by the VP-Finance/CFO for an ultimate determination.

The discount amount shall be determined by a chart developed by the Hospital based on the Family Federal Poverty Guidelines published periodically in the Federal Register. The Hospital's discount chart (a copy which is attached to this Policy and made a part thereof) shall be updated as the Federal Poverty Level amounts are revised. The Hospital shall provide discounts to qualified patients/guarantors at percentages of 100% down to 40% off hospital charges based on verifiable family income levels from 200% to 350% of the published Federal Poverty Level Chart. Generally speaking, people with family income levels below 200% of the Federal Poverty Guidelines will qualify for a 100% discount on their account.

Presumptive Financial Assistance Determination

The Hospital, based on information available at the time, may determine to presume that a patient qualifies for the Financial Assistance Program even though the person has not applied for the program. In some cases where the patient/guarantor is not willing or is unable to apply for the program, the Hospital may presume they would qualify for the program and apply the discounts available to their account(s) as though they had applied and qualified for the program.

Payment of Remaining Balance on Account and Collection Practices

The hospital shall make every reasonable effort to arrange for a reasonable payment plan for that portion of the patient's bill that is not discounted through this program. All payment arrangements with participants in the Financial Assistance Program will be interest free.

All collection activities being done by the Hospital's Collections Department, or by collection agencies that the Hospital contracts with to perform follow-up collections on unpaid accounts, shall cease when a patient/guarantor claims they do not have the ability to pay these debts. At that time, the patient/guarantor will have the opportunity to apply for the Financial Assistance Program. If the patient/guarantor's application is denied, such collection activities may resume. The Hospital, or it's contracted collection agencies, will not use aggressive collection practices towards any patient/guarantor who has been accepted into the Financial Assistance Program, received a partial discount, and has made arrangements with the hospital to pay the remaining balance of his/her account. If the patient/guarantor fails to fulfill their commitment to pay the balance of their account, the hospital may resume normal collection practices on the account.

Participation Period / Retroactive Covered Services Period

A patient's approved participation in the program will last for three (3) months. When this period expires, the patient may be asked to reapply in order to be considered for the financial assistance program for future services. If reapproved, another 90 day period may be granted to the patient. The limited participation periods are designed to reevaluate the Applicant's financial situation periodically and confirm his/her qualification for the Financial Assistance Program as personal financial circumstances change. The Patient/Guarantor may be asked to apply for Public Health Programs if it appears they may now qualify for such benefits. No additional Financial Assistance periods shall be approved for a patient who has unpaid accounts from the previous period until those accounts are paid in full.

Any services received by the patient within the prior ninety (90) days from the date of the approved Application will be eligible for a discount under the Program unless it is determined that the patient/guarantor's financial situation at the time of the prior service would not have qualified them for the program. This retroactive application of discounts will not apply to accounts of the patient that have already been paid – no refunds will be issued to any payer for payments received by Madera Community Hospital for services provided during the retroactive period.

Non-Covered Services

This policy does not apply to charges for services provided by attending or consulting physicians or other medical providers that are not billed by the Hospital. Patients/guarantors will have to discuss any such discounts with the individual medical practitioner directly. Madera Community Hospital has encouraged other medical providers to have Financial Assistance policies consistent with this one in place and to encourage people who appear to not be able to pay for their healthcare services to apply for such programs, where available.

This policy does not apply to services of a cosmetic nature. Only emergent services, and those that are determined by a physician or other healthcare provider to be imminently needed, will qualify for discounts under this policy.

Availability of Charity Care and Discounted Payments From Emergency Room Physicians:

California Emergency Physicians, the contractor who staffs Madera Community Hospital's Emergency Department with physicians, physician assistants and nurse practitioners, does have a Charity Care program. Patients who would like to inquire about this program for bills received from this provider should do so by calling toll-free to the CEP/MedAmerica billing office at (800) 498-7157.

What Services and Providers are Covered by this Policy:

As required by IRC § 501(r)(1 through 6), TD9708 (12/31/14), Madera Community Hospital is obligated to inform patients which services are covered by this policy and if any providers, other than the hospital itself, are covered under this policy. This policy only covers those services provided by Madera Community Hospital employees and billed directly by Madera Community Hospital. Services provided by Physicians, Physician Assistants, Nurse Practitioners or some other medical professionals that are billed directly by them are generally not covered by this policy. Patients should contact the individual practitioner directly to arrange for discounts to billings for services they have provided in the course of treatment at Madera Community Hospital.

Attached to this policy, and accurate as of the date of the policy, is a list of all physicians and other providers that may provide professional services to patients seen at Madera Community Hospital. **As noted on the list, none of the services provided by these professionals are covered by this policy.** Patients are encouraged to contact the professional directly, the medical group they may be a member of or their billing company to discuss their ability to pay for such services received.

Other

All Financial Assistance Program records shall be kept for a minimum of five (5) years in confidential storage by the Manager, Credit & Collections. No information about the patient/guarantor or the Application shall be distributed to any party outside the hospital without prior written authorization of the patient/guarantor, except in the process of verifying information on the Application. The information contained on the Application or attached thereto as supporting documentation shall not be used for any reason other than the determination of qualification in the Hospital's Financial Assistance Program.

The hospital's Chief Executive Officer or VP-Finance/CFO are authorized to make exceptions to this policy based on individual circumstances.

PROCEDURE:

I. Patient Admissions/Registrars and Financial Counselors (excluding Emergency Room Personnel):

1. At the time of registration of a patient who claims to not have a primary payer source for the services to be received, admissions/registration personnel and financial counselors should question the patient about his/her qualification for Medi-Cal/CMSP benefits, other Public Benefit Programs or Covered California.
 - a) If it appears that the patient may be eligible for Medi-Cal/CMSP or other programs, the admissions/registration personnel or financial counselor should provide the appropriate application. The financial counselor should encourage the patient to complete the application and should track, as best as possible, the progress of submitting the application and the acceptance or denial by Madera County Social Services Department.
 - b) If the patient is unwilling to cooperate with the application process and, thus, does not qualify for the Financial Assistance Program, the patient should be registered as self-pay and the admissions/registration personnel or financial counselor should discuss payment options with him/her. A review of the patient's recent billing/payment history should be done by the financial counselor to determine if the patient has other unpaid accounts that need to be discussed at the same time.
2. Admissions/registration personnel and financial counselors should distribute copies of the Financial Assistance Program Application and Instructions to those patients/guarantors who claim to not have the financial ability to pay for their healthcare services and would otherwise qualify for the program. This information may come forward during conversations with the patient/guarantor during the registration process or at a later date.
3. Admissions/registration personnel and financial counselors should help answer any questions the patient/guarantor has about the program or application process, stressing the need for proper support documentation to accompany the Application.
4. Patients who are currently admitted into the hospital should be counseled by the financial counselor and/or Case Management staff about the Program. If possible, the Medi-Cal/CMSP or Financial Assistance Program Application should be completed and signed prior to the patient's discharge from the hospital.
5. Completed Applications for the Financial Assistance Program, along with support documentation, should be forwarded to the Manager, Credit & Collections for a determination.
6. Appropriate notes about the discussions with the patient/guarantor should be documented in the patient accounting system for future reference.
7. For those patients who have already been approved for the Program and are receiving additional health services during the approved period (within 90 days from the date of approval), registration staff should recognize this during the registration process and complete the registration of the patient as a Financial Assistance Program patient. For those patients who are in the program and are not receiving a 100% discount, the registrar or financial counselor should discuss the need for the patient to pay the non-discounted portion of the estimated amount of the charges for the services being received. If the patient

absolutely refuses to make a payment for their portion of the charges for the current visit, the registrar should continue with the registration process and have the financial counselor, if available, meet with the patient to discuss payment terms.

II. Credit & Collections Personnel:

1. During the collections follow-up process, Credit & Collections personnel should introduce the Hospital's Financial Assistance Program to those patients/guarantors who claim to not have the financial ability to pay for their prior healthcare services and offer to send to them a Medi-Cal/CMSAP Application and/or the Financial Assistance Program Instructions/Application. Credit & Collections personnel should advise the patient/guarantor that only services received within the last 90 days or the 90 day period after approval of their application are eligible for a discount through the Program.
2. Credit & Collections personnel should help answer any questions the patient/guarantor has about the Program or Application process. Stressing the need for proper support documentation will help with the approval of the Application.
3. Completed Applications, along with support documentation, should be forwarded to the Manager, Credit & Collections for approval or denial.
4. Credit & Collections personnel should advise the patient/guarantor that if they do not qualify for the Program or do not cooperate with the application process, that they will be financially responsible for the charges accumulated on the account and if they fail to pay their portion due that their account may be turned over to a collection agency for further action. The patient/guarantor should be advised of the discount that the hospital applies to all self-pay accounts.
5. Credit & Collections personnel should offer and set-up acceptable payment plans for the portion of their account that they remain responsible for to those patients/guarantors who qualify for and receive a partial discount. The monthly payment amounts should be based on the policy/procedure regarding in-house self-pay payment plans.
6. Appropriate notes about the discussions and progress made with the patient/guarantor should be documented in the patient accounting system for future reference.

III. Manager, Credit & Collections:

1. Upon receipt of a completed application the Manager, Credit & Collections shall initiate the completion of the Financial Assistance Program Application Approval Form (attached to and made part of this Policy). If the Applicant meets the residency requirement of this policy, the Manager, Credit & Collections shall review the Application for completeness and appropriate support documentation and document such on the Approval Form. If he/she finds the Application complete and can verify income and family size information from support documentation, he/she shall determine the percentage discount that the patient/guarantor is entitled to per the Financial Assistance Chart (attached to and made part of this Policy). He/she shall determine the discount amount by first locating family size in the left-hand column and scrolling across to the monthly or annual income amount range. The discount percentage is shown at the top of that column.
2. Upon approval of an Application, a letter of approval shall be sent to the patient/guarantor stating acceptance into the Program and what discount percentage he/she has qualified for, the adjustment made to the account and the balance remaining on the account that the patient/guarantor is responsible for, if any. The financial class of the patient shall be changed to CH and a note shall be entered into the patient accounting system stating the date of approval, when the initial 3 month charity period ends and any other relevant facts that need to be documented.
3. Upon denial of an Application, the Manager, Credit & Collections shall send a letter of denial to the patient/guarantor stating reason for denial. The patient/guarantor should be encouraged to provide additional information if the Application has been denied due to lack of support documentation. If possible, notes about the application and denial should be entered into the patient accounting system for future reference.
4. The Manager, Credit & Collections, or designee, shall work with the patient/guarantor as much as possible to help qualify them for the Program. The contact information for the

patient/guarantor may be turned over to the outside contractor that assists patients of the Hospital to qualify for Public Assistance Programs.

5. All approved Applications should be reviewed with the patient in the month in which their 90 day financial assistance period ends. The Manager, Credit & Collections or a staff member should contact the patient to complete an update of his/her Application information and make a determination if the patient is approved for another 90 day period. Patients who have unpaid balances from the previous approved period shall not be eligible for a renewal period until the accounts are paid in full.
6. At the end of each month, prior to the closing of the patient financial system (B/AR) for that month, run a listing of patients who are in the Financial Assistance Program and make the appropriate discount adjustments to those accounts that have accumulated charges during the month.

POLICY/PROCEDURE SIGNATURE PAGE

NAME OF POLICY/PROCEDURE: Financial Assistance Program

DATE WRITTEN OR REVISED: 1/1/20

CHECK APPROVALS REQUIRED: (CHECK ONE BLOCK AND OBTAIN REQUIRED SIGNATURES.)

AFFECTS DEPT ONLY

OBTAIN SIGNATURES
OF AFFECTED:

DEPARTMENT
LEADER(S)
(Insert Specific Title)
VICE PRESIDENT
MEDICAL DIRECTOR OR
LIAISON

HOSPITAL WIDE

OBTAIN SIGNATURES
OF
AFFECTED:

DEPARTMENT
LEADER(S)
(Insert Specific Title)
VICE PRESIDENT
MEDICAL DIRECTOR OR
LIAISON, AND
CEO

AFFECTS MEDICAL STAFF

OBTAIN SIGNATURES OF
AFFECTED:

DEPARTMENT
LEADERS(S)
(Insert Specific Title)
VICE PRESIDENT
MEDICAL DIRECTOR OR
LIAISON
DEPARTMENT CHAIR
CHIEF OF MEDICAL STAFF,
AND CEO
INSERT BOARD
APPROVAL DATE

MANAGER, CREDIT &
COLLECTIONS

DATE

VP-FINANCE/CFO

DATE

VP-CHIEF OPERATING OFFICER

DATE

CHIEF EXECUTIVE OFFICER

DATE

APPROVED BY THE BOARD OF
TRUSTEES ON:



MADERA COMMUNITY HOSPITAL

Hospital Financial Assistance Discount Program Instructions & Application

Please complete the attached application in ink as fully as possible and sign where indicated.

In order to qualify for the MCH Financial Assistance Discount Program, you need to claim that you do not have the ability to pay for the services you are about to receive or have received and will have to complete the attached application. You will be asked to apply for State & Federal Public Health Programs that you may qualify for. Please complete the application in its entirety and provide as much support documentation of your income as possible. The more detailed information you provide will help us make a quicker decision about your qualification for the program and could prevent a delay in your care. Information such as check stubs, tax returns or other documents will help us confirm your income level and determine your qualification in this program.

Individuals who have no insurance coverage and who do not have the ability to pay for health care services may qualify for this program. Also, individuals who have primary coverage but have a deductible/co-pay or a share of cost may also qualify if they do not have the ability to pay for their share of the hospital charges. Depending on your income level and the number of people in your family, you may qualify for a 40% to 100% discount off the charges accumulated on your account for services received from the hospital.

Upon successful completion of the application and meeting other requirements, the hospital will review the information submitted and approve or deny your application. If denied due to incomplete information, you will have the opportunity to submit additional information that may help the hospital approve your participation in the program. You will receive a determination letter from the hospital within 10 business days from the submission of the application.

Most potential Financial Assistance Program Applicants will have to complete a Medi-Cal application before applying for the Hospital Financial Assistance Program. If the Medi-Cal application is approved, Medi-Cal will become your primary payer. If the Medi-Cal application is denied due to non-qualification, you can proceed with the Hospital Financial Assistance Discount Program Application. Individuals who refuse to go through the Medi-Cal application process will not be able to participate in this Program.

Approved Financial Assistance Applications are good for 3 months. After this time, the original approved application information will need to be updated for a determination of continuing in the program. The Hospital's Credit and Collections Department will contact patients about their continuation in the program. A patient who has unpaid balances from the prior 90 day period will not be eligible for continuing in the program until the previous balances are paid in full.

For more information about the MCH Financial Assistance Discount Program, please contact the Credit Office at (559) 675-5514.

MADERA COMMUNITY HOSPITAL

Hospital Financial Assistance Discount Program Application

Application Date / /

Family Member's Name _____

Patient's Address _____

Phone Number () _____

Alternate Number () _____

Family Members (List all Dependents Below):

Number of Members in Family _____
(Include Patient, Spouse and Dependents)

Spouse _____

Children _____

EMPLOYMENT AND OCCUPATION:

Employer Name _____

Position _____

Address _____

Contact Person _____

Contact _____

Phone Number _____

Spouse Employer _____

Position _____

Address _____

Contact Person _____

Contact _____

Phone Number _____

CURRENT MONTHLY INCOME (Attach copies of check stubs)

Gross Monthly Income From Employment (before deductions)

Add: Income from Operating Business (if Self-Employed)

Add: Other Income:

Interest and Dividends

Rental Income

Social Security

Other - Specify: _____

Alimony or Support Payments Received

Subtract: Alimony and/or Support Payments Made

Equals: **Currently Monthly Income**

Patient and Spouse Total Combined Monthly Income

| | Patient | Spouse |
|----|---------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| \$ | \$ | \$ |
| | \$ | |

By signing this form, I agree to allow Madera Community Hospital to verify employment and income for the purpose of determining my eligibility for a discount through the Financial Assistance Program. I understand that I may be asked to provide documentation of proof of employment and income amounts disclosed on this application.

Signature of Patient or Guarantor

MADERA COMMUNITY HOSPITAL
Financial Assistance Program Discount Chart



This chart is used to determine the discount that will be applied to charges accumulated on accounts of patients who qualify for the Hospital's Financial Assistance Discount Program. Discounts apply to eligible patients whose income level is below 350% of the federal Poverty Guidelines. All Self-Pay patients not meeting the Financial Assistance Discount Program qualify for the Hospital's self-pay discount.

Based on 2018 Federal Poverty Levels (Published in the Federal Register in January, 2018)

Effective: January 31, 2018

| Number of Persons in Family | (200% FPL) | | Percentage Discount Applied to Charges ***** | | | | | | | | | (350% FPL) | |
|-----------------------------|------------|-------------------|----------------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|--|--|--|------------|--|
| | 100% | | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% | | | | | |
| 1 | mo | \$2,023 and Below | \$2,024 to \$2,328 | \$2,329 to \$2,632 | \$2,633 to \$2,937 | \$2,938 to \$3,241 | \$3,242 to \$3,540 | \$3,541 and Above | | | | | |
| | yr | 24,280 and Below | 24,281 to 27,934 | 27,935 to 31,588 | 31,589 to 35,242 | 35,243 to 38,896 | 38,897 to 42,478 | 42,479 and Above | | | | | |
| 2 | mo | \$2,743 and Below | \$2,744 to \$3,156 | \$3,157 to \$3,568 | \$3,569 to \$3,981 | \$3,982 to \$4,393 | \$4,394 to \$4,800 | \$4,801 and Above | | | | | |
| | yr | 32,920 and Below | 32,921 to 37,870 | 37,871 to 42,820 | 42,821 to 47,770 | 47,771 to 52,720 | 52,721 to 57,598 | 57,599 and Above | | | | | |
| 3 | mo | \$3,463 and Below | \$3,464 to \$3,984 | \$3,985 to \$4,504 | \$4,505 to \$5,025 | \$5,026 to \$5,545 | \$5,546 to \$6,060 | \$6,061 and Above | | | | | |
| | yr | 41,560 and Below | 41,561 to 47,806 | 47,807 to 54,052 | 54,053 to 60,298 | 60,299 to 66,544 | 66,545 to 72,718 | 72,719 and Above | | | | | |
| 4 | mo | \$4,183 and Below | \$4,184 to \$4,812 | \$4,813 to \$5,440 | \$5,441 to \$6,069 | \$6,070 to \$6,697 | \$6,698 to \$7,320 | \$7,321 and Above | | | | | |
| | yr | 50,200 and Below | 50,201 to 57,742 | 57,743 to 65,284 | 65,285 to 72,826 | 72,827 to 80,368 | 80,369 to 87,838 | 87,839 and Above | | | | | |
| 5 | mo | \$4,903 and Below | \$4,904 to \$5,640 | \$5,641 to \$6,376 | \$6,377 to \$7,113 | \$7,114 to \$7,849 | \$7,850 to \$8,580 | \$8,581 and Above | | | | | |
| | yr | 58,840 and Below | 58,841 to 67,678 | 67,679 to 76,516 | 76,517 to 85,354 | 85,355 to 94,192 | 94,193 to 102,958 | 102,959 and Above | | | | | |
| 6 | mo | \$5,623 and Below | \$5,624 to \$6,468 | \$6,469 to \$7,312 | \$7,313 to \$8,157 | \$8,158 to \$9,001 | \$9,002 to \$9,840 | \$9,841 and Above | | | | | |
| | yr | 67,480 and Below | 67,481 to 77,614 | 77,615 to 87,748 | 87,749 to 97,882 | 97,883 to 108,016 | 108,017 to 118,078 | 118,079 and Above | | | | | |
| 7 | mo | \$6,343 and Below | \$6,344 to \$7,296 | \$7,297 to \$8,248 | \$8,249 to \$9,201 | \$9,202 to \$10,153 | \$10,154 to \$11,100 | \$11,101 and Above | | | | | |
| | yr | 76,120 and Below | 76,121 to 87,550 | 87,551 to 98,980 | 98,981 to 110,410 | 110,411 to 121,840 | 121,841 to 133,198 | 133,199 and Above | | | | | |
| 8 | mo | \$7,063 and Below | \$7,064 to \$8,124 | \$8,125 to \$9,184 | \$9,185 to \$10,245 | \$10,246 to \$11,305 | \$11,306 to \$12,360 | \$12,361 and Above | | | | | |
| | yr | 84,760 and Below | 84,761 to 97,486 | 97,487 to 110,212 | 110,213 to 122,938 | 122,939 to 135,664 | 135,665 to 148,318 | 148,319 and Above | | | | | |
| 9 | mo | \$7,783 and Below | \$7,784 to \$8,952 | \$8,953 to \$10,120 | \$10,121 to \$11,289 | \$11,290 to \$12,457 | \$12,458 to \$13,620 | \$13,621 and Above | | | | | |
| | yr | 93,400 and Below | 93,401 to 107,422 | 107,423 to 121,444 | 121,445 to 135,466 | 135,467 to 149,488 | 149,489 to 163,438 | 163,439 and Above | | | | | |
| 10 or more | mo | \$8,503 and Below | \$8,504 to \$9,780 | \$9,781 to \$11,056 | \$11,057 to \$12,333 | \$12,334 to \$13,609 | \$13,610 to \$14,880 | \$14,881 and Above | | | | | |
| | yr | 102,040 and Below | 102,041 to 117,358 | 117,359 to 132,676 | 132,677 to 147,994 | 147,995 to 163,312 | 163,313 to 178,558 | 178,559 and Above | | | | | |



Madera Community Hospital

1250 E. ALMOND AVE
MADERA, CA 93637

DATE

NAME
ADDRESS
CITY,STATE,ZIP

Regarding: Patient name
Account#:V00000000
Date of Service: 01/01/04-01/01/04
Balance Due: \$\$\$

Dear Patient Name:

Thank you for applying for Madera Community Hospital's Financial Assistance Program benefits. Your application has been approved and you qualify for a ___ % discount off the balance due on your account(s). You are qualified to participate in the program through xx/xx/xx.

Prior to the expiration of your participation in the Program, we will contact you to update your income and family size information and make a determination if you qualify for another 90 day period.

After applying this discount, the remaining portion that is your responsibility is \$\$\$\$.
You will soon be receiving a statement showing this amount due. Please pay it as soon as possible. If you cannot pay this balance in full, please contact our Credit Office at (559) 675-5514 to make payment arrangements.

Sincerely,

Mike Brink
Manager, Patient Financial Services



Madera Community Hospital

**1250 E. ALMOND AVE
MADERA, CA 93637**

DATE:

NAME
ADDRESS
CITY,STATE,ZIP

Regarding: Patient name
Account#:V00000000
Date of Service: 01/01/04-01/01/04
Balance Due: \$\$\$

Dear Patient Name:

Thank you for applying for the Madera Community Hospital's Financial Assistance Program benefits. After reviewing your application, we are unable to approve your participation in the Program due to (What ever the reason).

If you have any questions regarding this decision or would like to provide additional information for us to consider, please feel free to contact our Credit Department at (559) 675-5514

Sincerely,

Mike Brink
Manager, Patient Financial Services

MADERA COMMUNITY HOSPITAL
Política / Procedimiento

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| ASUNTO: | <u>Programa de Ayuda Financiera</u> | Fecha: | <u>10/01/04</u> |
| DEPARTAMENTO: | <u>Administración</u> | REVISADO: | <u>1/1/07, 9/1/10, 4/1/11, 4/1/14, 1/1/15, 6/15/16, 1/1/20</u> |
| DEPARTAMENTO S AFECTADOS: | <u>Todo el hospital y, específicamente, Departamento de Emergencia, Servicios de Salud Familiar, Chowchilla Medical Center, Coordinación de Casos, Admisiones, Crédito y Cobranzas, y Oficina Administrativa</u> | | |
| ENVIADO POR: | <u>VP-Financiero /CFO</u> | DEP. N.º | <u>8610</u> |

REFERENCIAS:

AB 774, conforme enmienda, (Chan, 2006), AB 1503 (2010), SB 1276 (2014), Oficina de Planeamiento y Desarrollo de Salud Estatal (*Office of Statewide Health Planning and Development*) Cartas Técnicas del Hospital (*Hospital Technical Letters, Principios y pautas voluntarios para asistir al paciente no asegurado de bajos recursos* (2004) de la Asociación de Hospitales de California (*California Hospital Association Voluntary Principles and Guidelines for Assisting Low-Income Uninsured Patient* (2016); *Descuentos del hospital ofrecidos a pacientes que no puedan pagar sus gastos de hospital* (2004) del Departamento de Servicios Humanos y de Salud, Oficina del Inspector General (Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General *Hospital Discounts Offered to Patients Who Cannot Afford to Pay their Hospital Bills* (2004); Carta a todos los establecimientos 14-25.1 (2014) del Departamento de Salud Pública de California (California Department of Public Health, All facilities Letter 14-25.1 (2014)); *Procedimientos de facturación y cobranza del hospital* de la Asociación Estadounidense de Hospitales (*American Hospital Association Hospital Billing and Collection Practices*; diferentes cartas y publicaciones de otras fuentes; IRC § 501(r) (1 a 6), TD9708 (12/31/14).

OBJETIVO:

Promover un acceso igual y compasivo a todas las personas que necesiten servicios de atención médica de emergencia o inminentemente necesarios. Establecer directrices para la autorización de descuentos a pacientes/garantes que tengan bajos ingresos, que tengan una cobertura insuficiente, no tengan cobertura o incurran gastos médicos elevados por los servicios provistos por Madera Community Hospital (MCH).

POLÍTICA:

Introducción

De conformidad con las Declaraciones de la Misión y Visión de Madera Community Hospital, el Hospital deberá tener implantados políticas y procedimientos aprobados por su Consejo de Administración para ayudar a los pacientes/garantes con pocos recursos, cobertura insuficiente o sin seguro, o a los pacientes que incurren gastos médicos elevados, que afirmen que no tienen la posibilidad de pagar por los servicios de atención médica necesarios, o quienes tienen ingresos familiares verificables de hasta el 350% del Nivel federal de pobreza publicado. Esta política considerará las necesidades culturales, económicas y de diversidad únicas de la comunidad en su totalidad. El Programa de Ayuda Financiera, a veces denominado Programa de Atención Caritativa, estará disponible para todas las personas que cumplan con los requisitos de residencia, independientemente de su edad, sexo, raza, estado socioeconómico, orientación sexual o afiliación religiosa.

Esta política no prohibirá que el Hospital preste tratamiento a pacientes que se presenten en el Departamento de Emergencia y no reemplaza las normas y reglamentaciones establecidas por la legislación EMTALA. Solo los pacientes con una necesidad inmediata o inminente de servicios de atención médica necesarios, según lo determine el médico u otro profesional de atención médica acreditado, estarán calificados para este programa. Los servicios que se consideren opcionales o de naturaleza cosmética no califican para un descuento en virtud de esta política. El Director General o el Vicepresidente Financiero/CFO del Hospital pueden hacer una excepción a esta política para ciertas personas que normalmente no cumplirían con los requisitos, según sus circunstancias individuales específicas.

Información disponible para el público y métodos de comunicación

La siguiente información estará a disposición de los pacientes/garantes u otras partes interesadas cuando se solicite:

- Una copia de esta política en inglés y en español.
- Una copia de la Solicitud e Instrucciones en inglés y en español.
- Información que explique los Programas Públicos de beneficios estatales y federales disponibles y los beneficios disponibles bajo el Programa de Ayuda Financiera del Hospital, los cuales estén incluidos en las Condiciones de Admisión y Autorización para el Tratamiento disponible para todos los pacientes que pagan por cuenta propia en el momento del registro.

El Hospital informará al público sobre su programa de ayuda financiera mediante los siguientes métodos:

- Colocar carteles sobre el Programa de Asistencia Financiera en áreas públicas para que los pacientes los vean.
- Incluir información sobre la disponibilidad del programa en informes y otra correspondencia de cobranza enviada a pacientes que pagan por cuenta propia.
- Información por parte del personal de Coordinación de Casos, el personal de Crédito y Cobranzas, los consejeros financieros y todo el personal de registro cuando un paciente o garante indique que no puede pagar por su atención.
- En el sitio web del Hospital (www.maderahospital.org).

Todos los anuncios al público, incluida esta política, la solicitud y las instrucciones se ofrecerán en inglés y en español.

Capacitación del personal sobre la disponibilidad del Programa de Ayuda Financiera

El personal de MCH que participa rutinariamente en el registro/la admisión de pacientes, aquellos que ayudan a administrar los servicios de atención médica que recibe el paciente (como los gerentes de caso o asistentes sociales) y aquellos en la orientación financiera, facturación y cobranza de servicios de atención recibirán una capacitación específica sobre la disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera del Hospital para el público. El objetivo de la capacitación es garantizar que la información sobre el programa esté disponible para el público que pueda reunir los requisitos del programa y que el personal reconozca a los pacientes/garantes que reúnan los requisitos pero que todavía no hayan preguntado sobre el programa.

Criterios de elegibilidad y gastos cubiertos

Los pacientes/garantes que declaren que no tienen recursos financieros para pagar por sus servicios de atención médica pueden ser elegibles para el programa si cuentan con ciertas limitaciones de ingreso y número de integrantes de la familia y completan la solicitud del Programa de Ayuda Financiera. Todas las personas interesadas en el programa deben cooperar con el Hospital para proveer la información apropiada para que el Hospital tome una determinación de elegibilidad.

Este programa debe estar disponible para todas las personas que cumplen con los requisitos. Todas las sumas adeudadas, incluyendo copagos, deducibles, parte de los gastos y cargos no cubiertos que queden después de que haya pagado el pagador primario (si corresponde), son elegibles para recibir un descuento dentro de este programa.

Todos los solicitantes deben primero presentar una solicitud y cooperar con el proceso para la obtención de beneficios según los Programas Públicos de Salud Estatales y Federales, tales como los programas Medi-Cal/CMSP de California y/o cualquier otro programa de beneficios públicos para el que pueda calificar. Los solicitantes que se nieguen a pedir estos otros programas de beneficios o a quienes se niegue la elegibilidad a causa de una solicitud incompleta no serán elegibles para el Programa de Ayuda Financiera financiado por Madera Community Hospital.

Las personas que soliciten Medi-Cal/CMSP u otros programas estatales y federales, y a quienes se rechace porque su patrimonio o niveles de ingreso superan los límites requeridos podrían ser elegibles para la cobertura de California Health Benefit Exchange (Covered California). El Departamento de Servicios Sociales del Condado de Madera enviará la información del paciente a Covered California una vez que se haya determinado que el paciente no reúne los requisitos para Medi-Cal o para otro Plan de beneficios públicos.

Requisito de residencia:

Solo aquellos pacientes cuya residencia esté situada en el área de servicio directo de Madera Community Hospital son elegibles para este programa. El área de servicio directo del hospital generalmente incluye todo el oeste del Condado de Madera, en su mayoría al oeste de la Autopista Estatal 41. Esto incluye los códigos postales 93610, 93636, 93637, 93638 y 93639. Es posible que les pidan a los pacientes prueba de su dirección actual proporcionando una identidad con fotografía emitida por el gobierno (por ejemplo una licencia de conducir válida), una factura por servicios públicos, u otra prueba de su residencia. El área de servicio directo no incluye ninguna parte de los condados de Merced o Fresno. Los residentes de esos condados u otras áreas son alentados a informarse acerca de los programas de cuidado de caridad de los hospitales locales que atienden a estas áreas.

Verificación de ingresos, proceso de aprobación y determinación del descuento

Una vez que se haya cumplido con los requisitos de residencia, se realizará una determinación de elegibilidad considerando el ingreso familiar total y el número de integrantes de la familia. La verificación de ingresos se puede llevar a cabo analizando los talones de pago, declaraciones de impuestos y otra información para ayudar a establecer los niveles de ingreso.

El Hospital debe informar al solicitante dentro de los 10 días laborales después de recibida la Solicitud correctamente completada (se adjunta una copia de las Instrucciones y de la Solicitud, las cuales forman parte de esta Política) de su aceptación o no en el programa. Los Solicitantes que son rechazados debido a la falta de información provista en la Solicitud o porque el Hospital no pudo verificar el nivel de ingresos o número de integrantes de la familia, tendrán la oportunidad de proveer información adicional para su consideración. Si la solicitud se niega nuevamente, el Solicitante puede pedir una revisión por parte del Vicepresidente financiero/CFO, quien tomará la decisión final.

La cantidad de descuento se determinará a través de un cuadro desarrollado por el Hospital basado en las Pautas Federales de Pobreza Familiar publicadas periódicamente en el Registro Federal. El cuadro de descuento del Hospital (una copia se adjunta a esta Política y forma parte de ella) deberá ser actualizado a medida que se revise el Nivel federal de pobreza. El Hospital proveerá descuentos a pacientes/garantes calificados de 100% hasta 40% de los gastos de hospital basados en los niveles de ingreso familiar verificables que estén entre 200% hasta el 350% del Cuadro de nivel federal de pobreza publicado. En términos generales, las personas con niveles de ingreso familiar inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza calificarán a un descuento del 100% en su cuenta.

Determinación de presunción para la ayuda financiera

El Hospital, según la información disponible en ese momento, puede suponer que un paciente reúne los requisitos del Programa de Ayuda Financiera aunque la persona no haya solicitado el

programa. En algunos casos en los que el paciente/garante no quiere o no puede solicitar su ingreso al programa, el Hospital puede presumir que cumpliría los requisitos y aplicar los descuentos disponibles para su(s) cuenta(s) como si se hubiera presentado la solicitud y reunido los requisitos del programa.

Pago del saldo restante de la cuenta y prácticas de cobranza

El Hospital deberá realizar todo esfuerzo razonable por establecer un plan de pago razonable por la parte de la factura del paciente que no se descuenta a través de este programa. Todos los planes de pago con participantes en el Programa de Ayuda Financiera no generarán intereses.

Todas las actividades para cobrar que realiza el Departamento de Cobranzas del Hospital, o agencias de cobranza que el Hospital contrate para realizar el seguimiento de cuentas impagas, se cancelarán cuando el paciente/garante declare que no tiene la capacidad para pagar estas deudas. En ese momento, el paciente/garante tendrá la oportunidad de presentar su solicitud al Programa de Ayuda Financiera. Si se niega la solicitud del paciente/garante, dichas actividades para cobrar se reanudarán. El Hospital, o sus agencias de cobranza contratadas, no usarán prácticas de cobranza agresivas para con ningún paciente/garante que haya sido aceptado en el Programa de Ayuda Financiera, haya recibido un descuento parcial y haya acordado con el hospital pagar el saldo restante de su cuenta. Si el paciente/garante no cumple con su compromiso de pagar el saldo de su cuenta, el hospital puede reanudar las prácticas de cobranza normales de la cuenta.

Período de participación/período retroactivo para servicios cubiertos

La participación aprobada del paciente en el programa durará tres (3) meses. Al finalizar este período se pedirá al paciente que solicite nuevamente para ser considerado para el programa de ayuda financiera para servicios futuros. Si el paciente es aprobado nuevamente, se le otorgará otro período de 90 días al paciente. Los períodos de participación limitados están diseñados para reevaluar el estado financiero del Solicitante periódicamente y confirmar que sigue cumpliendo los requisitos del Programa de Ayuda Financiera ya que las circunstancias financieras personales cambian. Se puede pedir al Paciente/Garante que solicite su ingreso a Programas Públicos de Salud si es probable que actualmente reúna los requisitos para recibir dichos beneficios. No se aprobarán períodos de Ayuda Financiera adicionales para un paciente que no haya pagado las cuentas del período anterior hasta que dichas cuentas sean pagadas en su totalidad.

Cualquier servicio recibido por el paciente dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha de la Solicitud aprobada será elegible para un descuento dentro del Programa, a menos que se determine que el estado financiero del paciente/garante en el momento de dicho servicio anterior no lo habría calificado para el programa. Esta aplicación retroactiva de descuentos no se aplicará a las cuentas del paciente que ya hayan sido pagadas – no se emitirán reembolsos por los pagos recibidos por Madera Community Hospital por los servicios provistos durante el período retroactivo.

Servicios no cubiertos

Esta política no se aplica a cargos por servicios brindados por médicos tratantes o de consulta u otros proveedores médicos que no son facturados por el Hospital. Los pacientes/garantes tendrán que discutir dichos descuentos con el profesional médico directamente en forma individual. Madera Community Hospital ha alentado a otros proveedores médicos para que tengan políticas de Asistencia Financiera consistentes con esta y que alienten a las personas que parecen no poder pagar por los servicios de atención de la salud a presentar su solicitud de ingreso a dichos programas, cuando estén disponibles.

Esta política no se aplica a los servicios de naturaleza cosmética. Solo los servicios de emergencia, y aquellos servicios que según el médico u otro proveedor de la salud se necesitan de manera inminente calificarán para descuentos según esta política.

Disponibilidad de cuidado caritativo y pagos con descuento de parte de Emergency Room Physicians:

California Emergency Physicians, el contratista que provee personal al Departamento de Emergencia de Madera Community Hospital como médicos, asistentes de médico, y enfermos matriculados, tiene un programa de Cuidado Caritativo. Los pacientes que quieran informarse sobre este programa con respecto a cuentas recibidas de estos proveedores pueden hacerlo llamando al número gratuito de la oficina de facturación de CEP/MedAmerica al (800) 498-7157.

Servicios y proveedores cubiertos por esta Política:

Según lo establecido en IRC § 501(r)(1 a 6), TD9708 (12/31/14), Madera Community Hospital tiene la obligación de informarles a los pacientes los servicios cubiertos por esta política y si la política cubre otros proveedores distintos del propio hospital. La presente política solo cubre los servicios provistos por los empleados de Madera Community Hospital que sean facturados directamente por Madera Community Hospital. Los servicios provistos por médicos, asistentes médicos, enfermeras licenciadas o demás profesionales médicos y que sean facturados directamente por ellos, en general no están cubiertos por esta política. Los pacientes deben comunicarse directamente con cada profesional para acordar los descuentos en las facturas de los servicios que ellos hayan prestado durante su tratamiento en Madera Community Hospital.

Se adjunta a la presente política una lista de todos los médicos y demás proveedores que pueden brindar servicios profesionales a los pacientes que se atienden en Madera Community Hospital, la cual está vigente a la fecha de esta política. Tal como se observa en la lista, ninguno de los servicios prestados por estos profesionales está cubierto por la presente política. Se recomienda a los pacientes que se comuniquen directamente con el profesional, con el grupo médico al que pertenecen o con la compañía encargada de la facturación para tratar sus posibilidades de pago de los servicios de este tipo que hayan recibido.

Otra

El Gerente de Crédito y Cobranzas mantendrá guardados en forma confidencial todos los registros del Programa de Asistencia Financiera por un mínimo de cinco (5) años. No se distribuirá a ninguna parte fuera del hospital sin autorización previa por escrito del paciente/garante ninguna información acerca de ellos o de la Solicitud, excepto en el proceso de verificación de la información de la Solicitud. La información contenida en la Solicitud o adjunta a ella como documentación de respaldo no podrá ser usada para otros propósitos que la determinación de la calificación para el Programa de Asistencia Financiera del Hospital.

El Director General o el Vicepresidente financiero/CFO están autorizados para hacer excepciones a esta política basándose en circunstancias individuales.

PROCEDIMIENTO:

I. Admisión de Pacientes/Personal de registro y Asesores Financieros (excluyendo Personal de Sala de Emergencia).

1. Al momento del registro de un paciente que afirma que no tiene una fuente de pago primaria para los servicios que recibirá, el personal de admisiones/registro y los asesores financieros deberán preguntarle al paciente acerca de sus calificaciones para los beneficios Medi-Cal/CMSP, otros Programas de Beneficios Públicos o Covered California.
 - a) Si parece que el paciente podría ser elegible para Medi-Cal/CMSP u otros programas, el personal de admisiones/registro o el asesor financiero deberá proporcionar la solicitud adecuada. El asesor financiero debe alentar al paciente a completar la solicitud y debe seguir, de la mejor manera posible, el progreso de la presentación de la solicitud y la aceptación o rechazo por parte del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Madera.

- b) Si el paciente no se muestra dispuesto a cooperar con el proceso de solicitud y, por lo tanto, no califica para el Programa de Asistencia Financiera, el paciente debe ser registrado como paciente que paga por su cuenta y el personal de admisiones/registro o el asesor financiero deberá conversar con el paciente sobre sus opciones de pago. El asesor financiero deberá hacer una revisión de la historia reciente de facturación/pagos del paciente para determinar si el paciente tiene otras cuentas impagas sobre las cuales debe hablar en ese mismo momento.
2. El personal de admisiones/registro y los asistentes financieros deberán distribuir copias de las Instrucciones/Solicitud del Programa de Asistencia Financiera y el folleto a aquellos pacientes/garantes que sostienen que carecen de capacidad financiera para pagar por sus servicios de atención de la salud y que de otra manera calificarían para el programa. Esta información puede surgir durante las conversaciones con el paciente/garante durante el proceso de registro o en una fecha posterior.
3. El personal de admisiones/registro y asesores financieros deberán ayudar a responder cualquier pregunta que el paciente/garante tenga acerca del programa o proceso de solicitud, enfatizando la necesidad de que la documentación de respaldo acompañe a la Solicitud.
4. Los pacientes que están actualmente admitidos al hospital deben ser orientados acerca del Programa por el asesor financiero y/o el personal de Coordinación de Casos. Si es posible, la Solicitud para Medi-Cal/CMSP o el Programa de Asistencia Financiera debe ser completada y firmada antes del alta del paciente.
5. Las Solicitudes completas para el Programa de Asistencia Financiera, junto con la documentación de respaldo, debe ser enviada al Gerente de Crédito y Cobranzas, para su aprobación o rechazo.
6. Las notas adecuadas acerca de las conversaciones con el paciente/garante deben ser documentadas en el sistema de cuenta del paciente para referencia futura.
7. Para aquellos pacientes que ya han recibido aprobación para el Programa y reciben servicios de salud adicionales durante el período aprobado (dentro de los 90 días desde la fecha de aprobación), el personal de registro debe reconocerlo durante el proceso de registro y completar el registro de paciente como paciente del Programa de Asistencia Financiera. Para aquellos pacientes que están en el programa y no reciben un descuento del 100%, la persona que realiza el registro o el asesor financiero deben analizar con el paciente la necesidad de pagar la porción que no tiene descuento del monto estimado de los cargos por los servicios recibidos. Si el paciente se rehúsa de manera absoluta a pagar su parte de los cargos por la consulta actual, la persona que realiza el registro deberá continuar con el proceso de registro y hacer que un asesor financiero, si se encuentra disponible, se reúna con el paciente para conversar acerca de las condiciones de pago.

II. Personal de Crédito y Cobranzas:

1. Durante el proceso de seguimiento de cobranzas, el personal de Crédito y Cobranzas deberá presentar el Programa de Asistencia Financiera del Hospital a aquellos pacientes/garantes que sostengan que no tienen la capacidad financiera para pagar por sus servicios anteriores de atención de la salud y ofrecerles el envío de una Solicitud para Medi-Cal/CMSP y/o Instrucciones/Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera. El personal de Crédito y Cobranzas deberá comunicar al paciente/garante que solo los servicios recibidos dentro del período de los últimos 90 días o en el período de 90 días siguiente a la aprobación de su solicitud son elegibles para un descuento a través del programa.
2. El personal de Crédito y Cobranzas deberá ayudar a responder cualquier pregunta que el paciente/garante tenga acerca del Programa o del proceso de Solicitud. Destacar la necesidad de documentación de respaldo adecuada ayudará al proceso de Solicitud.
3. Las Solicitudes completas, junto con la documentación de respaldo, deben ser enviadas al Gerente de Crédito y Cobranzas, para su aprobación o rechazo.
4. El personal de Crédito y Cobranzas debe informar al paciente/garante que si no califica para el Programa o no coopera con el proceso de solicitud, será económicamente responsable por los cargos acumulados en la cuenta y si no paga la parte que adeuda, su cuenta podrá ser enviada a una agencia de cobranzas para más acciones. El paciente/garante deberá ser

informado acerca del descuento que el hospital aplica a todas las cuentas en las que el paciente paga por cuenta propia.

5. El personal de Crédito y Cobranzas deberá ofrecer y establecer planes de pagos aceptables para la parte de la cuenta que los pacientes/garantes que califican y reciben un descuento parcial, tienen que pagar. Los montos de los pagos mensuales deben basarse en la política/procedimiento relativo a los planes internos de pago.
6. Las notas adecuadas acerca de las conversaciones y progresos con el paciente/garante deben ser documentadas en el sistema de cuenta del paciente, para referencia futura.

III. Gerente, Crédito y Cobranzas:

1. Al recibir la solicitud completa, el Gerente, Crédito y Cobranzas deberá comenzar a completar el Formulario de Aprobación de Solicitud del Programa de Asistencia Financiera (que se adjunta y que forma parte de esta Política). Si el Solicitante cumple con los requisitos de residencia de esta política, el Gerente, Crédito y Cobranzas revisará la Solicitud verificando que esté completa y que tenga la documentación de respaldo y debe registrar esto en el Formulario de Aprobación. Si encuentra que la Solicitud está completa y puede verificar la información relativa a los ingresos y al tamaño de la familia en la documentación de respaldo, deberá determinar el porcentaje de descuento al cual el paciente/garante tiene derecho de acuerdo con la Tabla de Asistencia Financiera (que se adjunta y forma parte de esta Política). El Gerente determinará el monto de descuento primeramente ubicando el tamaño de la familia en la columna izquierda y buscando el rango de montos mensuales o anuales. El porcentaje de descuento se muestra en la parte superior de esa columna.
2. Al momento de la aprobación de una Solicitud, se enviará una carta de aprobación al paciente/garante en la que se establezca la aceptación en el Programa y se informe el porcentaje de descuento al que tiene derecho, el ajuste realizado a la cuenta y el saldo remanente en la cuenta por el cual el paciente/garante es responsable, si existe dicho saldo. La clase financiera del paciente será cambiada a CH y se ingresará una nota en el sistema de cuenta del paciente que indique la fecha de aprobación, la fecha de finalización del período inicial de caridad de 3 meses y cualquier otro hecho relevante que necesite ser documentado.
3. Al rechazar una Solicitud, el Gerente, Crédito y Cobranzas deberá enviar una carta de rechazo al paciente/garante en la que se detallen los motivos del rechazo. Deberá alentarse al paciente/garante a dar información adicional si la Solicitud fue rechazada debido a falta de documentación de respaldo. Si es posible, se ingresarán notas acerca de la solicitud y el rechazo en el sistema de cuenta del paciente para referencia futura.
4. El Gerente, Crédito y Cobranzas, o quien este designe, deberá trabajar con el paciente/garante todo lo que sea posible para ayudarlo a calificar para el Programa. La información de contacto para el paciente/garante podrá ser enviada al contratista externo que asiste a los pacientes del Hospital para calificar para los Programas de Asistencia Pública.
5. Todas las Solicitudes aprobadas deberán ser revisadas con el paciente en el mes en que finaliza su período de asistencia financiera de 90 días. El Gerente, Crédito y Cobranzas o un miembro del personal deberá contactar al paciente para completar una actualización de la información de su Solicitud y determinar si se aprueba al paciente para otro período de 90 días. Los pacientes que tienen saldos impagos de un período anterior aprobado no serán elegibles para un período de renovación hasta que las cuentas se paguen por completo.
6. Al finalizar cada mes, antes de cerrar el sistema financiero del paciente (B/AR) para ese mes, debe sacarse una lista de pacientes que se encuentren en el Programa de Asistencia Financiera y hacer los ajustes apropiados de descuento a aquellas cuentas que hayan acumulado cargos durante ese mes.

PÁGINA DE FIRMA DE POLÍTICA/PROCEDIMIENTO

NOMBRE DE LA
POLÍTICA/PROCEDIMIENTO

Programa de Ayuda Financiera

FECHA DE REDACCIÓN O
REVISIÓN

1/1/20

MARQUE LAS APROBACIONES SEGÚN SE REQUIERA: (MARQUE UN BLOQUE Y OBTenga LAS FIRMAS REQUERIDAS)

AFECTA AL DEPTO.
ÚNICAMENTE

OBTENER FIRMA DE LOS
AFECTADOS:

LÍDER(ES) DE
DEPARTAMENTO
(Insertar cargo específico)
VICEPRESIDENTE
DIRECTOR MÉDICO O
CONTACTO

A TODO EL HOSPITAL

OBTENER FIRMAS DE
LOS AFECTADOS:

LÍDER(ES) DE
DEPARTAMENTO
(Insertar cargo específico)
VICEPRESIDENTE
DIRECTOR MÉDICO O
CONTACTO Y
CEO

AFECTA AL PERSONAL
MÉDICO

OBTENER FIRMAS DE
LOS AFECTADOS:

LÍDER(ES) DE
DEPARTAMENTO
(Insertar cargo específico)
VICEPRESIDENTE
DIRECTOR MÉDICO O
CONTACTO
JEFE DE DEPARTAMENTO
DEL PERSONAL MÉDICO Y
CEO
INSERTAR FECHA DE
APROBACIÓN DEL CONSEJO

GERENTE, CRÉDITOS Y
COBRANZAS

FECHA

VP FINANCIERO/CFO

FECHA

VP-SERVICIOS DE ATENCIÓN A
PACIENTES

FECHA

CEO

FECHA

APROBADO POR EL CONSEJO
DE ADMINISTRACIÓN EL:



MADERA COMMUNITY HOSPITAL

Instrucciones y Solicitud del Programa de Descuento por Ayuda Financiera del Hospital

Por favor complete con tinta todo lo que pueda de la solicitud adjunta y firme donde se indica.

Para calificar para el Programa de Descuento por Ayuda Financiera de MCH, debe declarar que no tiene posibilidad alguna de pagar los servicios que va a recibir o ha recibido, y tendrá que completar la solicitud adjunta. Por favor complete la solicitud en su totalidad y provea tanta documentación de apoyo de sus ingresos como sea posible. Cuanto más detallada sea la información podremos tomar una decisión más rápida sobre su calificación para el programa y puede evitar un retraso en su tratamiento. La información como talones de cheques, declaraciones impositivas u otros documentos nos ayudarán a confirmar su nivel de ingreso y determinar su calificación para este programa.

Los individuos que no tengan cobertura médica y que no tengan la posibilidad de pagar los servicios de atención médica pueden calificar para este programa. También los individuos que tiene una cobertura primaria pero además un deducible/copago o una parte del costo pueden calificar si no pueden pagar su parte de los gastos de hospital. Según su nivel de ingreso y número de personas en su familia, podrá obtener un descuento del 40% al 100% de los gastos acumulados en su cuenta por servicios recibidos de parte del hospital.

Al completar con éxito la solicitud y cumplir con otros requisitos, el hospital analizará la información presentada y aprobará o negará su solicitud. Si se niega debido a información incompleta, tendrá la oportunidad de presentar información adicional que puede ayudar al hospital a aprobar su participación en el programa. Recibirá una carta de determinación del hospital dentro de los 10 días laborales posteriores a la presentación de la solicitud.

Los Solicitantes del Programa de Ayuda Financiera con más posibilidades tendrán que completar una solicitud de Medi-Cal antes de presentar su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera del Hospital. Si se aprueba la solicitud de Medi-Cal, Medi-Cal se convertirá en su financiador primario. Si se niega la solicitud de Medi-Cal debido a que no reúne los requisitos, puede proceder con la Solicitud del Programa de Descuento por Ayuda Financiera del Hospital. Los individuos que se niegan a pasar por el proceso de solicitud de Medi-Cal no podrán participar en este Programa.

Las Solicitudes Aprobadas de Ayuda Financiera son válidas por 3 meses. Después de este período, la información original de solicitud aprobada tendrá que ser actualizada para volver a evaluar si continúa en el programa. El Departamento de Crédito y Cobranzas del Hospital contactará a los pacientes sobre su continuidad en el programa. Un paciente con saldos no pagados del período de 90 días previo no será elegible para continuar en el programa hasta que haya pagado los saldos anteriores.

Para más información sobre el Programa de Ayuda Financiera de MCH, por favor comuníquese con la Oficina de Crédito al (559) 675-5514.

MADERA COMMUNITY HOSPITAL

Solicitud del Programa de Descuento por Ayuda Financiera del Hospital

Fecha de solicitud / /

Nombre del paciente _____

Dirección del paciente _____

Número telefónico () _____

Número alternativo () _____

Miembros de la familia (enumere a los dependientes abajo)

Número de miembros de la familia:

(Incluir al paciente, cónyuge y dependientes)

Cónyuge _____

Hijos _____

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Nombre del empleador _____ Cargo _____

Dirección _____

Número telefónico

Persona de contacto _____

de contacto _____

Empleador del cónyuge _____ Cargo _____

Dirección _____

Número telefónico

Persona de contacto _____

de contacto _____

INGRESO MENSUAL ACTUAL (Adjuntar copias de los talones de cheques)

Ingreso Mensual Bruto por el Empleo (antes de las deducciones)

Sumar: Ingresos por Actividad Comercial (si es trabajador independiente)

Sumar: Otros ingresos:

Intereses y dividendos

Ingreso de Inmueble

Seguridad Social

Otro - Especificar

Cuotas alimentarias o de mantenimiento recibidas

Restar: Cuotas alimentarias y / o de mantenimiento pagadas

Total: **Ingreso Mensual Actual**

Ingreso mensual combinado total de paciente y cónyuge

Paciente

Cónyuge

| |
|----|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| \$ |

| |
|----|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| \$ |

\$ _____

Al firmar este formulario, acepto que Madera Community Hospital verifique el empleo e ingresos con el objetivo de determinar mi elegibilidad para recibir un descuento a través del Programa de Ayuda Financiera. Entiendo que me podrán pedir que presente documentación que demuestre el empleo e ingresos consignados en esta solicitud.

Firma del Paciente o Garante

MADERA COMMUNITY HOSPITAL
Financial Assistance Program Discount Chart



This chart is used to determine the discount that will be applied to charges accumulated on accounts of patients who qualify for the Hospital's Financial Assistance Discount Program. Discounts apply to eligible patients whose income level is below 350% of the federal Poverty Guidelines. All Self-Pay patients not meeting the Financial Assistance Discount Program qualify for the Hospital's self-pay discount.

Based on 2018 Federal Poverty Levels (Published in the Federal Register in January, 2018)

Effective: January 31, 2018

| Number of Persons in Family | (200% FPL) | | Percentage Discount Applied to Charges | | | | | | | | | | (350% FPL) | |
|-----------------------------|------------|--------------------|----------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | 100% | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% | 30% | 20% | 10% | 0% | 50% | 40% | |
| 1 | mo | \$2,024 to \$2,328 | \$2,329 to \$2,632 | \$2,633 to \$2,937 | \$2,938 to \$3,241 | \$3,242 to \$3,540 | \$3,541 and Above | \$3,541 and Above | \$3,541 and Above | \$3,541 and Above | \$3,541 and Above | \$3,541 and Above | \$3,541 and Above | \$3,541 and Above |
| | yr | 24,280 and Below | 24,281 to 27,934 | 27,935 to 31,588 | 31,589 to 35,242 | 35,243 to 38,896 | 38,897 to 42,478 | 42,479 and Above | 42,479 and Above | 42,479 and Above | 42,479 and Above | 42,479 and Above | 42,479 and Above | 42,479 and Above |
| 2 | mo | \$2,743 and Below | \$2,744 to \$3,156 | \$3,157 to \$3,568 | \$3,569 to \$3,981 | \$3,982 to \$4,393 | \$4,394 to \$4,800 | \$4,801 and Above | \$4,801 and Above | \$4,801 and Above | \$4,801 and Above | \$4,801 and Above | \$4,801 and Above | \$4,801 and Above |
| | yr | 32,920 and Below | 32,921 to 37,870 | 37,871 to 42,820 | 42,821 to 47,770 | 47,771 to 52,720 | 52,721 to 57,598 | 57,599 and Above | 57,599 and Above | 57,599 and Above | 57,599 and Above | 57,599 and Above | 57,599 and Above | 57,599 and Above |
| 3 | mo | \$3,463 and Below | \$3,464 to \$3,984 | \$3,985 to \$4,504 | \$4,505 to \$5,025 | \$5,026 to \$5,545 | \$5,546 to \$6,060 | \$6,061 and Above | \$6,061 and Above | \$6,061 and Above | \$6,061 and Above | \$6,061 and Above | \$6,061 and Above | \$6,061 and Above |
| | yr | 41,560 and Below | 41,561 to 47,806 | 47,807 to 54,052 | 54,053 to 60,298 | 60,299 to 66,544 | 66,545 to 72,718 | 72,719 and Above | 72,719 and Above | 72,719 and Above | 72,719 and Above | 72,719 and Above | 72,719 and Above | 72,719 and Above |
| 4 | mo | \$4,183 and Below | \$4,184 to \$4,812 | \$4,813 to \$5,440 | \$5,441 to \$6,069 | \$6,070 to \$6,697 | \$6,698 to \$7,320 | \$7,321 and Above | \$7,321 and Above | \$7,321 and Above | \$7,321 and Above | \$7,321 and Above | \$7,321 and Above | \$7,321 and Above |
| | yr | 50,200 and Below | 50,201 to 57,742 | 57,743 to 65,284 | 65,285 to 72,826 | 72,827 to 80,368 | 80,369 to 87,838 | 87,839 and Above | 87,839 and Above | 87,839 and Above | 87,839 and Above | 87,839 and Above | 87,839 and Above | 87,839 and Above |
| 5 | mo | \$4,903 and Below | \$4,904 to \$5,640 | \$5,641 to \$6,376 | \$6,377 to \$7,113 | \$7,114 to \$7,849 | \$7,850 to \$8,580 | \$8,581 and Above | \$8,581 and Above | \$8,581 and Above | \$8,581 and Above | \$8,581 and Above | \$8,581 and Above | \$8,581 and Above |
| | yr | 58,840 and Below | 58,841 to 67,678 | 67,679 to 76,516 | 76,517 to 85,354 | 85,355 to 94,192 | 94,193 to 102,958 | 102,959 and Above | 102,959 and Above | 102,959 and Above | 102,959 and Above | 102,959 and Above | 102,959 and Above | 102,959 and Above |
| 6 | mo | \$5,623 and Below | \$5,624 to \$6,468 | \$6,469 to \$7,312 | \$7,313 to \$8,157 | \$8,158 to \$9,001 | \$9,002 to \$9,840 | \$9,841 and Above | \$9,841 and Above | \$9,841 and Above | \$9,841 and Above | \$9,841 and Above | \$9,841 and Above | \$9,841 and Above |
| | yr | 67,480 and Below | 67,481 to 77,614 | 77,615 to 87,748 | 87,749 to 97,882 | 97,883 to 108,016 | 108,017 to 118,078 | 118,079 and Above | 118,079 and Above | 118,079 and Above | 118,079 and Above | 118,079 and Above | 118,079 and Above | 118,079 and Above |
| 7 | mo | \$6,343 and Below | \$6,344 to \$7,296 | \$7,297 to \$8,248 | \$8,249 to \$9,201 | \$9,202 to \$10,153 | \$10,154 to \$11,100 | \$11,101 and Above | \$11,101 and Above | \$11,101 and Above | \$11,101 and Above | \$11,101 and Above | \$11,101 and Above | \$11,101 and Above |
| | yr | 76,120 and Below | 76,121 to 87,550 | 87,551 to 98,980 | 98,981 to 110,410 | 110,411 to 121,840 | 121,841 to 133,198 | 133,199 and Above | 133,199 and Above | 133,199 and Above | 133,199 and Above | 133,199 and Above | 133,199 and Above | 133,199 and Above |
| 8 | mo | \$7,063 and Below | \$7,064 to \$8,124 | \$8,125 to \$9,184 | \$9,185 to \$10,245 | \$10,246 to \$11,305 | \$11,306 to \$12,360 | \$12,361 and Above | \$12,361 and Above | \$12,361 and Above | \$12,361 and Above | \$12,361 and Above | \$12,361 and Above | \$12,361 and Above |
| | yr | 84,760 and Below | 84,761 to 97,486 | 97,487 to 110,212 | 110,213 to 122,938 | 122,939 to 135,664 | 135,665 to 148,318 | 148,319 and Above | 148,319 and Above | 148,319 and Above | 148,319 and Above | 148,319 and Above | 148,319 and Above | 148,319 and Above |
| 9 | mo | \$7,783 and Below | \$7,784 to \$8,952 | \$8,953 to \$10,120 | \$10,121 to \$11,289 | \$11,290 to \$12,457 | \$12,458 to \$13,620 | \$13,621 and Above | \$13,621 and Above | \$13,621 and Above | \$13,621 and Above | \$13,621 and Above | \$13,621 and Above | \$13,621 and Above |
| | yr | 93,400 and Below | 93,401 to 107,422 | 107,423 to 121,444 | 121,445 to 135,466 | 135,467 to 149,488 | 149,489 to 163,438 | 163,439 and Above | 163,439 and Above | 163,439 and Above | 163,439 and Above | 163,439 and Above | 163,439 and Above | 163,439 and Above |
| 10 or more | mo | \$8,503 and Below | \$8,504 to \$9,780 | \$9,781 to \$11,056 | \$11,057 to \$12,333 | \$12,334 to \$13,609 | \$13,610 to \$14,880 | \$14,881 and Above | \$14,881 and Above | \$14,881 and Above | \$14,881 and Above | \$14,881 and Above | \$14,881 and Above | \$14,881 and Above |
| | yr | 102,040 and Below | 102,041 to 117,358 | 117,359 to 132,676 | 132,677 to 147,994 | 147,995 to 163,312 | 163,313 to 178,558 | 178,559 and Above | 178,559 and Above | 178,559 and Above | 178,559 and Above | 178,559 and Above | 178,559 and Above | 178,559 and Above |



Madera Community Hospital

1250 E. ALMOND AVE
MADERA, CA 93637

DATE

NAME

ADDRESS

CITY,STATE,ZIP

Regarding: Patient name

Account#:V00000000

Date of Service: 01/01/04-01/01/04

Balance Due: \$\$\$

Dear Patient Name:

Thank you for applying for Madera Community Hospital's Financial Assistance Program benefits. Your application has been approved and you qualify for a ___ % discount off the balance due on your account(s). You are qualified to participate in the program through xx/xx/xx.

Prior to the expiration of your participation in the Program, we will contact you to update your income and family size information and make a determination if you qualify for another 90 day period.

After applying this discount, the remaining portion that is your responsibility is \$\$\$\$. You will soon be receiving a statement showing this amount due. Please pay it as soon as possible. If you cannot pay this balance in full, please contact our Credit Office at (559) 675-5514 to make payment arrangements.

Sincerely,

Mike Brink
Manager, Patient Financial Services



Madera Community Hospital

1250 E. ALMOND AVE
MADERA, CA 93637

DATE:

NAME
ADDRESS
CITY,STATE,ZIP

Regarding: Patient name
Account#:V00000000
Date of Service: 01/01/04-01/01/04
Balance Due: \$\$\$

Dear Patient Name:

Thank you for applying for the Madera Community Hospital's Financial Assistance Program benefits. After reviewing your application, we are unable to approve your participation in the Program due to (What ever the reason).

If you have any questions regarding this decision or would like to provide additional information for us to consider, please feel free to contact our Credit Department at (559) 675-5514

Sincerely,

Mike Brink
Manager, Patient Financial Services