

<b>TÍTULO DE LA POLÍTICA:</b> Programa de pago con descuento y atención de caridad	
<b>DISTRIBUCIÓN:</b> Organización, página web, OSHPD, Agencias de deudas incobrables	<b>PÁGINA:</b> 1 de
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:</b> 1 de febrero de 2022	<b>FECHA DE PRÓXIMA REVISIÓN:</b> 1 de diciembre de 2022
<b>REEMPLAZA A LA POLÍTICA CON FECHA:</b> 28 de marzo de 2020	<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA ORIGINAL:</b> 1 de junio de 2004
<b>AUTOR/PROPIETARIO:</b> Karen Dostart, Director de Facturación de Pacientes del Hospital y Contratación de pagadores	<b>APROBADO POR:</b>

**ALCANCE:** Registro/Recepción/Recepción de oficina comercial/Consejeros financieros/ Escáner de soporte general

**DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:** Describe la política y el procedimiento de Marshall Medical Center (MMC) para pago con descuento y servicios de atención de caridad, los lineamientos administrativos y de contabilidad para la identificación, clasificación y notificación de cuentas de pacientes como pago con descuento y atención de caridad.

**INFORMACIÓN DE**

**RESPALDO:** 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 pago con descuento y atención de caridad 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.

Marshall se compromete a proporcionar, sin discriminación, atención a condiciones médicas de emergencia para nuestros pacientes sin importar su elegibilidad según este Programa de pago con descuento y atención de caridad. Las solicitudes de asistencia financiera pueden hacerse verbalmente o por escrito en cualquier momento antes, durante o después de la prestación de la atención.

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 400 por ciento del nivel federal de pobreza.

El Pago con descuento y la Atención completa de caridad se proporcionarán con base en la capacidad del individuo de pagar, según se defina en la AB774,532,1020, SB1276, IRS 501(r), en los Lineamientos de Pago con descuento y Atención de caridad

Ingreso Familiar Federal de Pobreza Federal y en la escala proporcional adjunta. Luego de la determinación de elegibilidad, 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 con descuento 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).

## **DEFINICIONES:**

### Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB)

El monto máximo facturado por Marshall Medical Center a personas elegibles para Pago con descuento o Atención de caridad, según lo determinado por esta política.

Marshall determina la AGB utilizando un método permitido por las regulaciones federales, a saber, el método "Medicare prospectivo". El método prospectivo requiere que el centro calcule el monto que pagaría Medicare por la emergencia u otra atención médica necesaria como si la persona elegible para FAP fuera un beneficiario de tarifa por servicio de Medicare. El término "tarifa por servicio de Medicare" incluye solo el seguro de salud disponible bajo las partes A y B de Medicare del Título ZXVII de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395c a 1395w-5) y no los planes de seguro de salud administrados bajo Medicare Advantage. 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 APR-DRG o tarifa por servicio en la fecha del servicio. Cualquier pregunta debe dirigirse a los asesores financieros al 530-626-2618.

### Ajuste catastrófico

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 pago con descuento y atención de caridad y es elegible, se le hará la reducción apropiada al balance restante, además del ajuste catastrófico.

### 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.

Pago con descuento y Atención de caridad

Agencia de cobro:

Intenta cobrar el pago de una deuda vencida en nombre de Marshall Medical Center. La agencia hará un reporte a un buró de crédito de la deuda impaga no antes de los 180 días desde la primera declaración al paciente/garante.

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 con descuento:

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.

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: (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.

Acción extraordinaria de cobro (Extraordinary Collection Action, ECA):

Una lista de actividades de cobro, según lo definido por el IRS y el Tesoro, que las organizaciones de atención médica solo pueden realizar contra una persona para obtener el pago de la atención después de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera.

- Colocación de un gravamen sobre la propiedad de un individuo.
- Ejecución hipotecaria de bienes inmuebles.
- Embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona u otra propiedad personal.
- Iniciar una acción civil contra un individuo o expedir una orden de arresto por desacato. Provocar la detención de una persona.

Pago con descuento y Atención de caridad

- Embargo de salarios.
- Reportar información adversa a una agencia de crédito.
- Diferir o denegar la atención médica necesaria debido a la falta de pago de una factura por atención brindada anteriormente según esta política.
- Requerir un pago antes de brindar atención médica necesaria debido a facturas pendientes por atención brindada anteriormente.

Nivel federal de pobreza: (Anexo A)

Los lineamientos de pobreza para las familias se actualizan periódicamente en 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. Lineamientos federales de pobreza del HHS

Pacientes económicamente elegibles que sean residentes:

Se refiere a los pacientes que vivan en el área de servicio del Marshall Medical Center (ver la definición del área de servicio más adelante) que tengan un ingreso familiar que no sobrepase el 450 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 Pago con descuento o Atención de caridad.

Pacientes económicamente elegibles que no sean residentes:

Se refiere a los pacientes que no vivan en el área de servicio del Marshall Medical Center, que tengan un ingreso familiar que no sobrepase el 450 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 Pago con descuento o Atención de caridad, las cuales se ofrecerán únicamente por servicios necesarios médicamente y por emergencias.

Pacientes económicamente elegibles que no sean residentes empleado de Marshall Medical Center:

Se refiere a los pacientes que no vivan en el área de servicio del Marshall Medical Center que tengan un ingreso familiar que no sobrepase el 450 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 Pago con descuento o Atención de caridad.

Gastos médicos altos:

Se refiere a los pacientes cuyo ingreso familiar no sobrepase el 450 por ciento del nivel federal de pobreza. Se puede aplicar un descuento por Gastos médicos altos a los servicios para pacientes asegurados y no asegurados. Los pacientes asegurados son elegibles para descuentos en su responsabilidad, incluidos los montos de copago, coaseguro y deducible. Con estos fines, los “gastos médicos altos” se definen como cualquiera de las siguientes:

- Costos de desembolso anual en Marshall Medical Center que excedan el diez (10) % de los ingresos actuales del paciente o los ingresos familiares en los 12 meses anteriores, lo que sea menor.
- Costos de desembolso anual en Marshall Medical Center que excedan los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores.

- Un nivel más bajo determinado por el hospital de acuerdo con la Política de pago con descuento y atención caritativa de Marshall.

Pacientes sin hogar

Tal como lo define la definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (Department of Housing and Urban Development, HUD) de “sin hogar”, “en riesgo de quedarse sin hogar” y “sin hogar crónico”. 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. (Anexo F)

Proveedores incluidos:

Los Proveedores de la Fundación Marshall Medical Center que brinden atención de emergencia o atención médicamente necesaria en un hospital o una clínica son servicios calificados y están cubiertos por esta política.

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 Hearing Center-Cameron Park	530-672-1112

Pacientes asegurados que no tienen contrato con Marshall Medical Center:

Las negociaciones con las compañías de seguros que involucren relaciones contractuales inferidas para pacientes asegurados que no tienen contrato con Marshall serán realizadas por el Analista senior de contratos del plan de salud. Aunque Marshall puede estar de acuerdo con los términos de las negociaciones con las compañías de seguros, una relación contractual inferida no es representativa de un paciente "bajo contrato". Marshall considera cualquier reembolso inferior al 25 % del costo como un evento benéfico. Toda atención que se brinde a un caso presunto o real de COVID-19 se brinda por un monto que no supera lo que el paciente habría tenido que pagar si la atención hubiera sido brindada por un proveedor perteneciente a la red. Todos los montos no reembolsados son una forma de asistencia financiera para el paciente y se determinan como la diferencia entre los cargos hospitalarios brutos y el reembolso hospitalario.

Intereses:

El Marshall Medical Center 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 Marshall Medical Center al paciente se acumularán en la medida que establece la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil a partir de la fecha en la que el hospital reciba el pago por parte del paciente. Sin embargo, un hospital 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 hospital reembolsará al paciente dentro de los 30 días.

Servicios necesarios médicamente:

Los servicios médicos en el hospital se determinan con base a una evaluación médica y son necesarios para preservar la vida de un paciente, previenen una enfermedad o discapacidad significativa o alivian el 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 Marshall Medical Center 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 con descuento. 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 Pago con descuento o atención de caridad.

Pago con descuento y Atención de caridad

### Servicios que no sean de emergencia:

Son servicios necesarios médicamente pero no son de emergencia.

### Servicios no cubiertos/denegados de Medicaid o del programa de atención para indigentes

Los servicios no cubiertos y denegados proporcionados a beneficiarios elegibles de Medicaid se consideran una forma de atención de caridad. Los beneficiarios de Medicaid no son responsables de ninguna forma de responsabilidad financiera del paciente; y todos los cargos relacionados con los servicios no cubiertos, incluidas todas las denegaciones, son atención de caridad. Los ejemplos pueden incluir, pero no se limitan a:

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

### Cargos no cubiertos/denegados para todos los pagadores

Cualquier cargo no reembolsado de servicios no cubiertos o denegados por cualquier pagador, como cargos por días más allá del límite de duración de la estadía, beneficios agotados, saldo de cobertura restringida, cuentas pendientes de Medicaid y denegaciones del pagador se consideran una forma de asistencia financiera para pacientes en Marshall Medical Center. Los cargos relacionados con estas denegaciones/montos no cubiertos cancelados durante el año fiscal se informan como atención no compensada.

### Familia del paciente

- 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.

### Plan de pago razonable

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

Pago con descuento y Atención de caridad

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

Declaración de Condición Financiera:

Para poder comenzar con el proceso de determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera, el paciente o el garante del paciente deberá presentar una solicitud completando un formulario de Declaración de Condición Financiera.

Las solicitudes de asistencia pueden hacerse verbalmente o por escrito en cualquier momento antes, durante o después de la prestación de la atención.

Los pacientes pueden enviar una solicitud de las siguientes maneras:

1. Solicitud impresa
  - a. se deja en cualquier ubicación de Marshall Medical Center
  - b. por correo a:
    - i. PO Box 872, Placerville, CA 95667
2. En línea
  - a. [www.marshallmedical.org](http://www.marshallmedical.org)
    - i. <https://www.marshallmedical.org/patients-visitors/patient-information/financial-assistance>
  - b. 🔍 Buscar “Asistencia financiera”
  - c. [MyChart](#)

Área de servicio:

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



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		

Paciente que paga por sí mismo/sin seguro:

Un paciente sin seguro o que paga por cuenta propia se define como un paciente que no tiene cobertura de seguro para sus servicios o un paciente asegurado que no tiene cobertura para su servicio específico y no es elegible para ningún programa estatal, federal o local, y tiene un hogar/ingresos familiares de menos del 450 % del FPL, como se define en el Anexo A, calificará para un descuento para personas sin seguro que ajustará su responsabilidad como paciente a no más del 100 por ciento de Medicare Medicaid, a veces denominado monto generalmente facturado (amount generally billed, AGB)

La asistencia puede aplicarse a pacientes sin seguro, así como la responsabilidad del paciente para pacientes con seguro, incluidos los cargos determinados como no asegurados por la estadía en el hospital, coaseguro, copago, montos deducibles y otras responsabilidades por servicios hospitalarios médicamente necesarios.

- La elegibilidad para esta forma de caridad se determina de acuerdo con los ingresos del paciente en relación con los requisitos del FPL en el Anexo A.

**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 con descuento y de atención de caridad.

Servicios electivos - Servicios de hospital:

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

- Programa de apoyo de dietistas para la pérdida de peso y cirugía bariátrica

Servicios electivos: Servicios de la clínica de médicos:

Pago con descuento y Atención de caridad

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

- Prótesis y accesorios auditivos

Proveedores excluidos:

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 Pago con descuento y Atención de caridad de Marshall.

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
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
UCDavis providers	
VeeMed	916-865-4668
Thomas W. Wolff, DPM	530-387-4975
Terry J. Zimmerman, MD	916-573-1561

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 al decidir no seguir los protocolos de orientación y atención de dicho seguro.

Incumplimiento:

Pago con descuento y Atención de caridad

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 según la política de Pago con descuento y Atención de caridad. Las excepciones de esta exclusión deberán presentarse por escrito en el siguiente departamento:

Atención de facturación de pacientes del hospital: Customer Service PO Box 872

Placerville, CA 95667

Teléfono: 530-626-2618 – Fax: 530-626-2631

## **PROCEDIMIENTO Y/O LINEAMIENTOS**

### Examen de detección:

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

B. 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 con descuento 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 con descuento 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 con descuento o para la Atención de caridad, la cuenta se devolverá al Marshall Medical Center para reiniciar el proceso de facturación.

### Criterios de elegibilidad:

#### **A. Solicitud: (Anexo B)**

1. Solo los servicios proporcionados en Marshall Medical Center se considerarán elegibles para Pago con descuento y Atención de caridad. Estos servicios incluyen los del hospital y los servicios profesionales que proporcionen proveedores de la Fundación Médica Marshall y atención en el hogar con Marshall HomeCare.
2. Se considerarán medios alternativos de financiación para cubrir los gastos de los servicios antes de aprobarse el Pago con descuento o la Atención de caridad. 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, un proveedor externo sirve de designado de Marshall para asistir en este aspecto del apoyo al paciente.
  
4. La Atención de caridad se determinará según lo siguiente:
  - a Pacientes que pagan por sí mismos, cuyo ingreso familiar no sobrepase el 149 por ciento del nivel federal de pobreza.
  - b. Prueba de no elegibilidad para la cobertura bajo el programa Covered CA o Medicaid
  - c. Evidencia validada de ingresos
  - d. Activos monetarios que puedan convertirse a efectivo, cuentas y acciones comercializadas públicamente.
  - e. Gastos básicos de subsistencia
  
5. El Pago con descuento se determinará según lo siguiente:
  - a. Tiene una evidencia validada de ingresos familiares entre el 149 y el 450 por ciento del Nivel federal de pobreza
  - b. Prueba de no elegibilidad para la cobertura bajo el programa Covered CA o Medicaid si son pacientes sin seguro/pago por cuenta propia o con seguro insuficiente.
  - c. Evidencia validada de ingresos
  - d. Activos monetarios que puedan convertirse a efectivo, cuentas y acciones comercializadas públicamente.
  - e. gastos básicos de subsistencia
  
6. Las Circunstancias especiales incluirán lo siguiente como Atención de caridad:
  - a. Los pacientes muertos, sin bienes o cobertura aparte
  - b. 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.
  - c. Los pacientes de Medi-Cal son automáticamente elegibles para anulaciones de atención de caridad en relación con:
    - I. Servicios no electivos que no sean beneficios.
    - II. Días negados
    - III. Servicios no facturables, según los defina el manual de facturación de Medi-Cal
    - IV. 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.
    - V. 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

Pago con descuento y Atención de caridad

o del Pago con descuento, 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 con descuento o atención de caridad. Debe haber documentación completa de por qué se tomó tal decisión y de por qué el paciente no cumplió con los criterios regulares.

6. La ausencia de datos financieros no impide la elegibilidad de acuerdo a esta política. 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 Pago con descuento o Atención 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 Marshall Medical Center 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, Pago 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. (Anexo D)

Determinaciones del nivel de Atención de caridad y Pago con descuento		
Atención de caridad	149 % del FPL y menor	el paciente no tiene responsabilidad
Alcance limitado de la atención de caridad	149 % del FPL y menor	el paciente no tiene responsabilidad
Pago con descuento de Nivel 1	150 % - 249 % del FPL	responsable del 25 % del método prospectivo de Medicare

Pago con descuento de Nivel 2	250 % - 349 % del FPL	responsable del 50 % del método prospectivo de Medicare
Pago con descuento de Nivel 3	350 % - 450 % del FPL	responsable del 100 % del método prospectivo de Medicare

10. Los datos que se usen para tomar una decisión respecto a la elegibilidad para la atención de caridad o con descuento 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.

**B.** Período de elegibilidad:

Para las siguientes categorías de pacientes sin seguro/pago por cuenta propia, cobertura limitada y con seguro insuficiente para mantener la aprobación continua, se debe completar una nueva solicitud y el paciente debe buscar fuentes alternativas de financiamiento a través del Intercambio de beneficios de salud de California, Medi-Cal u otros programas de cobertura financiados por el estado y el condado. Los pacientes totalmente asegurados deben completar una nueva solicitud para mantener la aprobación continua. Lo que sea menor entre doce (12) meses o la inscripción abierta a través del Intercambio de beneficios de salud de California.

- Pacientes económicamente elegibles que sean residentes
- Empleados del Marshall Medical Center económicamente elegibles que no sean residentes
- Gastos médicos altos

Seis (6) meses y se debe firmar el certificado de falta de hogar. (Anexo F)

- Pacientes sin hogar

Para la categoría inferior no habrá prórroga posible y se requiere una nueva solicitud para cada encuentro - período de servicio.

- Pacientes económicamente elegibles que no sean residentes

Es posible que algunos pacientes elegibles para Pago con descuento y Atención de caridad no hayan sido identificados antes de iniciar con una agencia de cobro externa. La agencia de cobro de Marshall Medical Centers debe estar al tanto de la posibilidad y se le solicitará que remita las cuentas de los pacientes que pueden ser elegibles para recibir asistencia. Cuando se descubre que una cuenta es elegible para recibir asistencia, Marshall cancelará la cuenta por deuda incobrable y

documentará el descuento respectivo en los cargos como Pago con descuento o Atención de caridad.

Matriz de aprobación

Límite de aprobación	Posición
< \$20.000	Consejero financiero, Consejero financiero principal, Supervisor de facturación de cuidados agudos
De \$20,000.01 hasta \$59,999.99	Directora de Facturación de Pacientes del Hospital o su designado
> \$60,000.00	Director de Finanzas o su designado

Libro mayor para Pago con descuento y Atención de caridad

Para permitir el seguimiento y la supervisión apropiados del monto de Atención de caridad y de Pago con descuento que se otorguen, cada afiliado contabilizará las anulaciones de asistencia financiera en cuentas separadas de los ingresos y registrar adecuadamente las transacciones en las cuentas del libro mayor de la siguiente manera:

GL Account
5870-51-600

El Director de Finanzas revisará los códigos de transacción que se usen para contabilizar el Pago con descuento y la atención de caridad y su asignación en el Libro mayor para garantizar la exactitud.

**ROLES Y RESPONSABILIDADES:**

Registro/Recepción/Recepción de facturación

El aviso por escrito se le proporcionará a cualquier paciente que se presente para los servicios y no lo haya hecho en el momento del servicio si el paciente está consciente y puede recibir el aviso por escrito en ese momento. Si el paciente no puede recibir un aviso en el momento del servicio, el aviso se proporcionará durante el proceso de alta. Si el paciente no es admitido, el aviso por escrito se proporcionará cuando el paciente abandone el centro. Si el paciente abandona el centro sin recibir el aviso por escrito, el hospital enviará el aviso por correo al paciente dentro de las 72 horas posteriores a la prestación de los servicios.

1. Folleto para pacientes con efectivo (Anexo E)

Pago con descuento y Atención de caridad

2. Solicitud de Medi-Cal
3. Los servicios programados recibirán una Estimación de buena fe

El paciente, o su representante legal, que solicite Pago con descuento, atención de caridad 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 con descuento 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.

La evaluación de todos los pacientes que pagan por cuenta propia/no asegurados registrados en el departamento de emergencias se evaluará para HPE una vez que se complete el examen de evaluación médica. Cuando no se pueda completar el HPE debido a la condición de los pacientes, se intentará la evaluación antes del alta. Si no es posible, se derivará al paciente a un proveedor de elegibilidad externo para su seguimiento.

#### Consejero Financiero/Personal de Apoyo General

Las determinaciones de elegibilidad se procesarán de acuerdo con las pautas de esta política dentro de los 5 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.

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 con descuento o atención de caridad con las fechas de entrada en vigor y de finalización apropiadas de la cobertura de 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 con descuento o de atención de caridad se registrarán en la cuenta del paciente en la función de notas de crédito.

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 facturas de los pacientes que pagan por sí mismos incluirán lo siguiente: (Anexo E)

1. Una descripción de los cobros por los servicios prestados
2. 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.
3. 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

Pago con descuento y Atención de caridad



Salud de California), Medicare, Medi-Cal, el Programa de Servicios para Niños de California, el programa de descuento o la atención de caridad.

4. Una declaración de que el Marshall Medical Center puede proporcionar y proporcionará solicitudes para Medi-Cal y para el Pago con descuento y atención de caridad de la organización, así como información de contacto.
5. 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 con descuento o Atención de caridad; y
  - b. una declaración de que el paciente puede obtener información sobre las políticas de Pago con descuento y de Atención de caridad del hospital y de cómo solicitar dicha asistencia al contactar a la Oficina de Asesores Financieros del hospital a través del (530) 626-2618.

Las cuentas de Pago con descuento morosas se revisarán después de 180 días desde la determinación

1. 180 días desde que se envió la notificación de determinación al paciente
2. Han tenido lugar dos intentos de validación de comunicarse con el paciente por teléfono
3. Validación de incumplimiento de pagos consecutivos durante un período de 90 días
  - a. Se han otorgado 3 intentos para reiniciar los pagos mensuales
4. El paciente no se ha comunicado por cartas, ni por teléfono o correo electrónico respecto a su deuda pendiente
  - a. 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.
5. La elegibilidad para Medi-Cal se ha completado dentro del mes actual de la selección para remisión a una agencia de cobro
6. Han pasado 30 días desde que se entregó la carta. (Anexo I)
  - a. Sin contacto por parte del paciente o de su representante, ya sea por pago o por teléfono.

#### Organización:

Aviso público: El aviso público de la disponibilidad de la asistencia a través de esta política se colocará en las siguientes áreas:

1. Departamento de emergencias
2. Estación de soluciones
3. Oficina de admisiones
4. Todas las áreas de servicios ambulatorios
5. Se muestra de forma destacada en el sitio web de Internet del hospital, con un enlace a la política
  - a. La señalización incluirá lo siguiente:

Aviso de disponibilidad del Programa de pago con descuento y atención de caridad  
de Marshall Medical Center

Según la Secciones 127400 et seq. del Código de Salud y Seguridad de California, el Marshall Medical Center ofrece Pago con descuento o Atención de caridad para pacientes económicamente elegibles. Los pacientes elegibles para este Pago con descuento o Atención de caridad según nuestra política incluyen pacientes que cumplen con los dos siguientes requisitos:

1. El paciente puede pagar por sí mismo o tiene gastos médicos altos, según se define en nuestras políticas de Pago con descuento y atención de caridad, Y
2. El paciente tuvo un ingreso familiar (según se define en esta política) que no sobrepasa el 450 % del nivel federal de pobreza.

PARA RECIBIR UNA COPIA DE NUESTRA POLÍTICA DE PAGO CON DESCUENTO Y ATENCIÓN DE CARIDAD O PARA SOLICITAR PAGO CON DESCUENTO O ATENCIÓN DE CARIDAD, COMUNÍQUESE CON NUESTROS ASESORES FINANCIEROS LLAMANDO AL 530-626-2618.

Agencia de cobro

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 Marshall Medical Center realizará todas estas actividades.

- 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

disposiciones de la política sobre el Plan de pago (Anexo H)

- 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.
- 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:
  - 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.

- 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.
- El Marshall Medical Center 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.

### **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. (Anexo G)

### **Acceso a la atención médica durante una emergencia de salud pública**

Una Crisis de acceso a la atención médica debe estar proclamada por el liderazgo ejecutivo de Marshall Medical Centers y aprobada por la junta directiva y se adjuntará a este documento de política como un anexo.

Una Crisis de acceso a la atención médica puede estar relacionada con una situación emergente en la que se modifican las reglamentaciones estatales o federales para satisfacer las necesidades inmediatas de atención médica de la comunidad de Marshall durante la crisis de acceso a la atención médica. Durante una Crisis de acceso a la atención médica, Marshall puede “flexibilizar” la política para satisfacer las necesidades de la comunidad en crisis. Los descuentos para pacientes relacionados con una Crisis de acceso a la atención médica pueden proporcionarse al momento de la crisis, independientemente de la fecha de esta política.

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 Marshall Medical Center realizará todas estas actividades.

1. Cada agencia externa de cobro aceptará por escrito y validará anualmente que seguirá los estándares y el alcance de las prácticas de Marshall en consideración de las actividades de cobro, incluyendo, sin limitaciones, las condiciones de planes de pago de esta política.
2. Al tratar con los pacientes elegibles según esta política, Marshall y sus designados no usarán embargos de salario ni contactos con la residencia principal como medios para cobrar facturas sin pagar de Marshall.

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

**APROBACIÓN:** La aprobación del Director de Finanzas indica que la Política ha sido revisada y adoptada por el Comité de Finanzas de la Junta Directiva y la Junta Directiva de Marshall Medical Center.

**REFERENCIAS:**

**California Health & Safety Code Section 127400 et seq** AB 774 SB 350 AB 1503 SB 1276 AB 1020

**California Health & Safety Code Section 127410 et seq** AB 532 AB 1020

**California Health & Safety Code Section 127401,405,420,425,435,436,440,444 et seq** AB 1020

Title XVII of the Social Security Act (42 U.S.C. 1395c - 1395w-5

Internal Revenue Code (IRC) Section 501(r)

**ANEXO A:**

***Lineamientos federales de pobreza de los EE. UU. utilizadas para determinar la elegibilidad financiera para ciertos programas***

**Lineamientos sobre pobreza del HHS para 2022**

Los lineamientos de pobreza 2022 están en vigor a partir del 12 de enero de 2022.  
Aviso del Registro Federal, 12 de enero de 2022 - Texto completo.

<b>NORMAS SOBRE POBREZA DEL 2022 PARA LOS 48 ESTADOS Y DISTRITOS CONTIGUOS DEL DISTRITO DE COLUMBIA</b>	
<b>Personas en la familia/en el hogar</b>	<b>Lineamiento de pobreza</b>
1	\$13,590
2	\$18,310
3	\$23,030
4	\$27,750
5	\$32,470
6	\$37,190
7	\$41,910
8	\$46,630
<b>Para familias/hogares con más de 8 personas, añadir \$4,720 por cada persona adicional.</b>	

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



## Estado de Situación Financiera

### Sección 1, Instrucciones:

Para procesar su solicitud, asegúrese de haber completado **TODAS las** secciones de esta solicitud, incluida la página de firma y proporcione cualquier prueba de ingresos que le pertenezca.

#### La prueba aceptable de ingresos es la siguiente:

- Tres talones de cheque de pago más recientes
- Formulario de declaración de impuestos más actual
- Formulario de impuestos más actual del Anexo C (para pacientes que trabajan por cuenta propia)
- Resumen actual del Seguro Social
- Resumen actual del desempleo
- Resumen de discapacidad actual

Una solicitud incompleta será devuelta y no será procesada hasta que se reciban todos los documentos requeridos. Los procedimientos normales de facturación continuarán durante este tiempo.

### Sección 2, olicitante(s):

#### Solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 SSN: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Cónyuge / Pareja

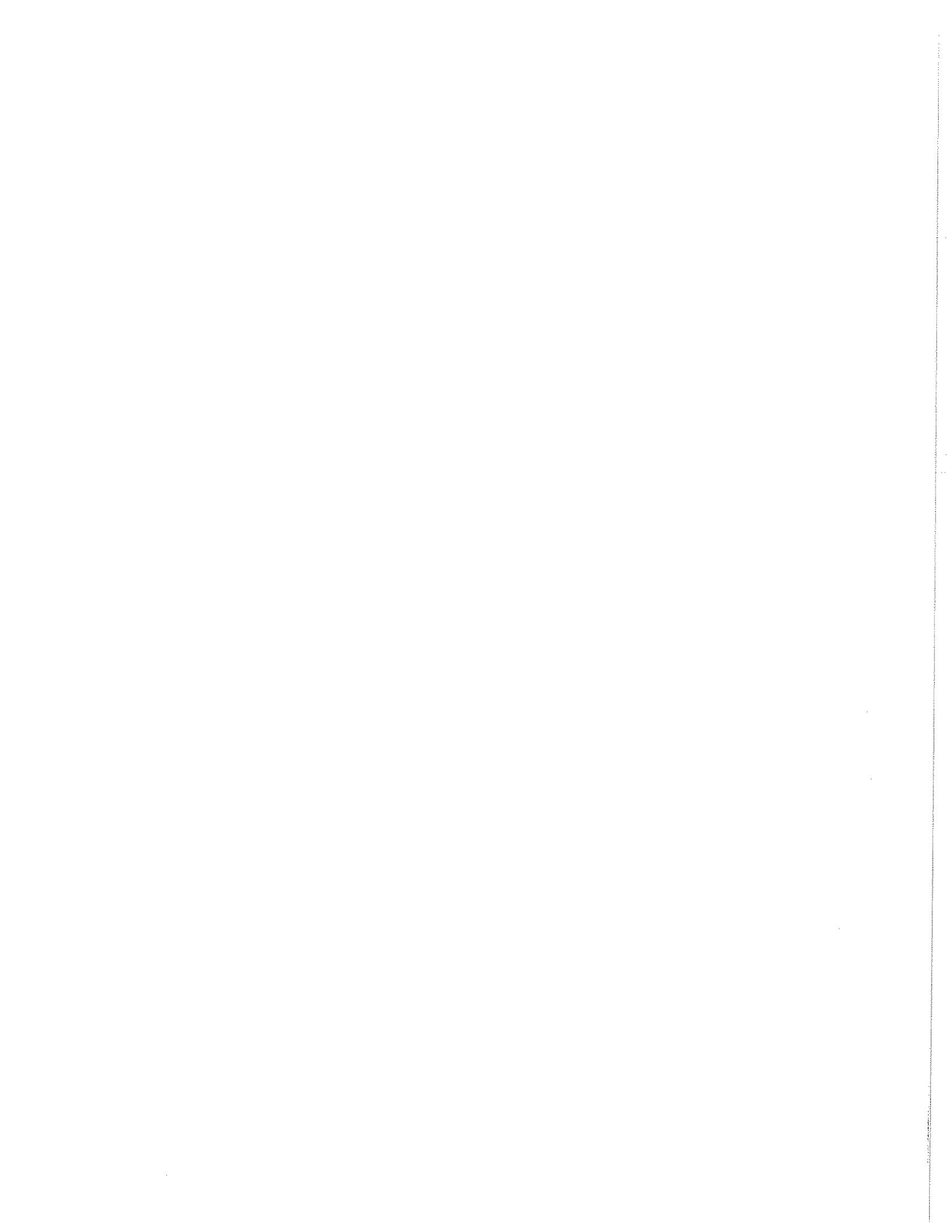
Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 SSN: \_\_\_\_\_

### Sección 3, Dependientes:

Enumere **SOLO** aquellos dependientes que se reclaman en su declaración de impuestos federales sobre la renta. Para los dependientes mayores de 18 años, proporcione su declaración de impuestos más reciente que muestre prueba de dependencia.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Seguridad Social #
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**MARSHALL MEDICAL CENTER**  
 Estado de situación financiera



**Sección 4, Ingresos familiares: Si no hay ingresos, consulte la sección 5.**

Ingresos mensuales actuales	Paciente	Esposo	Articulación
Salario bruto	\$	\$	\$
Ingresos de la empresa (si trabajan por cuenta propia)	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
De Bienes Raíces y Bienes Personales	\$	\$	\$
Seguro Social/Ingresos de Jubilación	\$	\$	\$
De pensión alimenticia, pagos de manutención	\$	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$	\$
<b>Ingresos mensuales totales</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

Activos (si corresponde)	Paciente	Esposo	Articulación
Acciones y Bonos	\$	\$	\$
Cuentas del mercado monetario	\$	\$	\$
Cuentas de corretaje	\$	\$	\$
Certificados de Depósito/Cuentas de Ahorro	\$	\$	\$
<b>Activos totales</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**Sección 5, Información adicional/ Medios de apoyo**

*Utilice esta sección para proporcionar información adicional que pueda ser pertinente para su elegibilidad para un descuento. Si no recibe ningún ingreso, explique sus medios de manutención. Ejemplo: ¿Cómo está pagando la comida, el alquiler u otras facturas?*

---



---



---



---



---



---



---



---



**Sección 6, Información sobre el seguro::**

**¿Tiene actualmente cobertura de seguro de salud??**

En caso afirmativo, nombre del seguro/plan de salud: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor/titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**Seguro de dependientes si difiere:**

En caso afirmativo, nombre del seguro/plan de salud: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor/titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**Si no tiene seguro activo, según la póliza de Marshall Medical Center, le exigimos que solicite Medi-cal y nos proporcione una carta de determinación. Puede presentar su solicitud en [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) o llamando a la oficina local de Medi-cal al 530-642-7300. Si Medi-cal lo niega, busque cobertura a través de Covered California..**

**Sección 7, Lista de verificación/firmas para la solicitud de asistencia financiera**

Para evitar que su solicitud sea devuelta debido a la falta de información, revise la lista de verificación a continuación.

Comprueba todo lo que has completado.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a nuestros asesores financieros al 530-626-2618. Nuestro representante está disponible para ayudarlo de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m..

- Completado las secciones 1-7 en esta aplicación..
- Incluido comprobante de ingresos aceptable, consulte la sección 1 si tiene alguna pregunta.
- Incluye carta de determinación de Medi-cal. (Si procede)
- Firma y fecha para el solicitante.
- Firma y fecha para cónyuge y pareja. (Si procede)
- Firma para dependientes mayores de 18 años. (Si procede)
- Formulario de Ingresos fiscales federales si tiene dependientes mayores de 18 años..

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del cónyuge/ pareja*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del dependiente mayor de 18 años Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**MARSHALL MEDICAL CENTER**  
Estado de situación financiera

*\*Si usted es mayor de 18 años y es reclamado en esta solicitud, requerimos su firma indicando que usted da permiso para incluirlo a usted y a cualquier saldo pendiente con Marshall Medical Center para este descuento, así como en la carta de determinación de Asistencia Financiera que se enviará una vez que se complete la solicitud. Si se niega a firmar, no será elegible para este descuento*

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



## Gastos de vida esenciales

Para usar en el cálculo de descuentos de Asistencia Financiera

Gastro	Paciente	Esposo	Articulación
Alquiler o Hipoteca			
Impuestos Inmobiliarios			
Utilidades			
Pensión alimenticia/manutención pagada			
Pago de préstamos/arrendamientos de automóviles			
Educación			
Viveres			
Deducciones de nómina			
Médico, Dental, Medicamentos			
Otros gastos			
Gastos mensuales totales			
Ingresos mensuales netos después de los gastos			

Al firmar este formulario, usted acepta que los gastos anteriores son ciertos.

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del cónyuge / pareja

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Ejemplo de aprobación



XX/XX/XXXX

LAST NAME, FIRST NAME  
ADDRESS  
CITY, STATE, ZIP

Registro Médico #  
Nombre del paciente

Caro

Esta carta es en respuesta a su solicitud de asistencia financiera que nuestra oficina recibió el .

Su solicitud de Asistencia Financiera había sido aprobada hasta xx/xx/xxxx para usted y su cónyuge y/o dependientes, si corresponde. Su responsabilidad financiera se basará en el XX% de la Tabla de Tarifas de Medicare.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina entre las 8:00 am y las 4:30 pm de lunes a viernes al 530-626-2618.

Sinceramente

Asesores Financieros  
Centro Médico Marshall

Ejemplo de denegación



XX/XX/XXXX

LAST NAME, FIRST NAME

ADDRESS

CITY, STATE, ZIP

Registro Médico #

Nombre del paciente

Caro

Esta carta es en respuesta a su solicitud de asistencia financiera que nuestra oficina recibió el .

Su solicitud de Cuidado de Caridad / Asistencia Financiera había sido denegada por la siguiente razón:  
(dependiendo de la razón, una de las siguientes se mostrará en el aviso)

Por encima del umbral de ingresos

Residencia fuera del condado

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina entre las 8:00 am y las 4:30 pm de lunes a viernes al 530-626-2618.

Sinceramente

Asesores Financieros

Centro Médico Marshall

Ejemplo de aplicación incompleta



XX/XX/XXXX  
LAST NAME, FIRST NAME  
ADDRESS  
CITY, STATE, ZIP

Registro Médico #  
Nombre del paciente

Caro

Esta carta es en respuesta a su solicitud de asistencia financiera que nuestra oficina recibió el .

Su solicitud de Charity Care ha sido denegada por la siguiente razón: Solicitud o documentación incompleta

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina entre las 8:00 am y las 4:30 pm de lunes a viernes al 530-626-2618.

Sinceramente

Asesores Financieros  
Centro Médico Marshall

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 Medicare, Medi-Cal/CMSP, 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/CMSP:** 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](http://www.coveredca.com) o **1-800-300-1506**

**EL PROGRAMA DE DESCUENTOS EN PAGOS Y ATENCIÓN DE CARIDAD** se basa en los ingresos de los pacientes Y pide que se conteste un formulario de Declaración de Condición Financiera y se siga un proceso de selección para determinar la elegibilidad para el programa. La elegibilidad se basa en no tener ingresos superiores al 450 % 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 2022 (fuente: Registro Federal publicado en febrero de cada año)		
Tamaño de la familia	Ingreso anual bruto	Ingreso mensual bruto
1	\$16,990	\$1,416
2	\$22,890	\$1,908
3	\$28,790	\$2,399
4	\$34,690	\$2,891

**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/CMSP. 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.

**ESTIMACIÓN DE BUENA FE** Todos los servicios programados recibirán una estimación dentro de un plazo de 1 día si la cita se hizo en los 3 días anteriores, o dentro de un plazo de 3 días si la cita se hizo más de 3 días antes de la fecha programada. Tenemos disponibles 300 cotizaciones de servicios que puede comparar en línea en <https://mychart.marshallmedical.org> o llamando 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.*

**Health Consumer Alliance (HCA)** ofrece asistencia gratuita por teléfono o en persona para ayudar a quienes tienen problemas a contratar o conservar una cobertura de salud y a resolver los problemas con su plan de salud en <https://healthconsumer.org> o llamando al teléfono 1-888-804-3536

**SERVICIOS DE ASESORÍA CREDITICIA** Tenemos disponibles servicios de asesoría crediticia sin fines de lucro a través de Legal Services of Northern California en el teléfono 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](http://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.

Attachment F  
MARSHALL MEDICAL CENTER  
**CERTIFICADO DE FALTA DE HOGAR**

**Marshall Medical Center** requiere que ciertos pacientes que soliciten la condonación de la deuda por servicios prestados bajo el criterio de "Persona sin hogar" den fe de su estado para permitir la verificación de elegibilidad. Marshall Medical Center define la falta de hogar de acuerdo con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. (HUD, por sus siglas en inglés).

Seleccione la situación en la que se encuentra:

**Literalmente sin hogar**

Una persona o familia que no cuenta con una residencia fija, regular y adecuada dónde pasar la noche, lo que significa que:

- Su residencia nocturna primaria es un lugar público o un lugar privado no destinado a alojar seres humanos.
- Vive en un albergue operado por un organismo público o privado, destinado a brindar alojamiento temporal (incluyendo albergues, viviendas de transición, hoteles y moteles pagados por organizaciones de caridad o el gobierno federal, estatal o local).
- Salir de una institución en la que ha vivido 90 días o menos, habiendo residido en un albergue de emergencia o en un lugar no destinado a alojar seres humanos inmediatamente antes de ingresar a dicha institución.

**Huyendo o intentando huir de violencia doméstica**

Cualquier persona que:

- Esté huyendo o intentando huir de violencia doméstica
- No tenga otra residencia; y
- No cuenta con recursos o redes de apoyo que le permitan obtener otra vivienda permanente.

**Información del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Certificación**

Por este medio certifico que satisfago una de las descripciones elegidas de "Persona sin hogar" y que todas las declaraciones que he hecho en esta certificación son verdaderas y correctas. Entiendo que en el caso de que haya hecho declaraciones falsas a sabiendas y deliberadamente, seré responsable del pago de todos los cargos incurridos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**MARSHALL MEDICAL CENTER**  
CERTIFICATION OF HOMELESSNESS AND  
ELIGIBILITY VERIFICATION (SPANISH)



It's about you

**APELACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_ Date de Servicio: \_\_\_\_\_

Información adicional para este recurso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de firma

Approved \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



**Marshall Medical Center****Patient Billing Policy**

Approved: Karen R Dostart / Manager
Teresa Nicponski- Supervisor/ Breanna Sanchez- Lead Financial Counselor –Patient Account Services
Original Date: 12/04/2014
Review / Revision Date: 01/01/2022

**Proceso de cobro de deudas****OPÓSITO:**

Política es para garantizar que Marshall Medical Center y sus agencias de cobro de deudas contratadas utilicen métodos justos y razonables, y cumplan con todas las leyes federales y estatales aplicables, en los cobros de las cuentas de deuda del consumidor de Marshall Medical Center.

**LÍTICA:**

acuerdo con su objetivo de brindar atención compasiva, Marshall Medical Center se esfuerza por tratar a todos los pacientes de manera justa, con dignidad, compasión y respeto. Por lo tanto, Marshall Medical Center hará todo lo posible para garantizar que sus esfuerzos de cobro relacionados con las cuentas de los pacientes sean justos, razonables y consistentes. Esta política establece los estándares generales de las prácticas de cobro de deudas de Marshall Medical Center y las relaciones con las agencias de cobro que actúan en su nombre.

**ALLES:**

a conocer las políticas y procedimientos específicos relacionados con el proceso interno de Marshall Medical Center para comunicarse con los pacientes que son subcontratados con una agencia de cobranza, consulte la Política y procedimientos de los asesores financieros de facturación de pacientes del hospital

**mino:**

siguientes términos se utilizarán en esta política..

- Agencia de cobranza: significa una agencia externa, no del Centro Médico, que participa en cualquier actividad de cobro de pacientes / garantes, pero no incluye al vendedor externo que simplemente lleva a cabo las funciones normales de facturación de Marshall Medical Center.
- Estado de condiciones financieras: es una solicitud que los pacientes pueden obtener para ayudar a obtener un descuento si cumplen con ciertos criterios basados en nuestra póliza, [www.marshallmedical.org](http://www.marshallmedical.org)

Paciente sin seguro de bajos ingresos: significa un paciente que está en o por debajo del 450 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL)

#### **A. Requisitos generales antes de la acción de la agencia de cobro**

- 1. Consistencia en los estados de cuenta.** En el momento de la facturación, Marshall Medical Center proporcionará a todos los pacientes la misma información sobre los servicios recibidos y los cargos relacionados con esos servicios.
- 2. Aviso de Disponibilidad de Asistencia Financiera.** En su factura a todos los pacientes, Marshall Medical Center incluirá una declaración en el sentido de que si el paciente cumple con ciertos requisitos de ingresos, el paciente puede ser elegible para programas de pago patrocinados por el gobierno o asistencia financiera a través del Marshall Medical Center. Las facturas también incluirán el departamento y el número de teléfono para comunicarse para obtener más información sobre el programa de Declaración de Condiciones Financieras de Marshall Medical Centers y el proceso de solicitud..
- 3. Disponibilidad de descuento en efectivo..** Cuando un paciente pregunta si Marshall Medical Center ofrece un descuento de sus cargos basado en el estado de un paciente como paciente que paga en efectivo, Marshall Medical Center describirá la política de descuento de pago en efectivo en el momento del servicio o antes de que el paciente sea visto. Cuando esta conversación ocurre en el momento del pre-registro o después de que se prestaron los servicios, entonces se documentará en la visita de los pacientes..

#### **B. Relación con las agencias de cobro**

- 1. Cumplimiento de la Ley, Estándares del Centro Médico.** Las agencias de cobro con las que Marshall Medical Center contrata deben cumplir en todo momento con la Ley Federal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas, la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas de California Rosenthal y cualquier otra ley aplicable al cobro de deudas de los consumidores. Las agencias de cobranza con las que Marshall Medical Center contrata también deben tratar en todo momento a los pacientes de Marshall Medical Center, sus familias y otros contactos de manera justa, con dignidad, compasión y respeto. Para obtener una copia del contrato de Marshall Medical Center con nuestras agencias externas, comuníquese con el Departamento Legal de Marshall Medical Centers.
- 2. Normas de Contratación con Agencias de Cobranza.** Marshall Medical Center no contratará a ninguna agencia de cobranza para cobrar las cuentas de los pacientes a menos que: (i) el acuerdo se establezca en un acuerdo por escrito firmado por la agencia de cobranza y el Director Financiero de Marshall Medical Center; y (ii) el acuerdo escrito adjunta esta política como una exhibición y requiere que la agencia de recolección cumpla con esta política.

### **3. Asignación de cuentas de pacientes a agencias de cobranzas..**

- a. Marshall Medical Center no asignará ninguna cuenta de paciente a una agencia de cobranza a menos que Marshall Medical Center (o un subcontratista que actúe en nombre de Marshall Medical Center) haya realizado primero lo mejor que pueda un perfil / evaluación de paciente y haya determinado a satisfacción de Marshall Medical Center que el paciente (i) no califica para fuentes de pago alternativas, (ii) no está de acuerdo con un plan de pago o ya no está cooperando con un plan de pago negociado, (iii) no califica para el programa de Asistencia Financiera de Marshall Medical Center (o ha calificado y se le ha dado asistencia financiera, en cuyo caso solo se envía el monto ajustado para reflejar la asistencia financiera disponible para cobros) y (iv) tiene suficientes activos disponibles para pagar el monto adeudado. A los efectos de esta política, Marshall Medical Center ha realizado las determinaciones enumeradas anteriormente en la medida de sus posibilidades cuando Marshall Medical Center ha hecho un intento razonable de recopilar la información necesaria de un paciente y el paciente no responde dentro de un tiempo razonable o no coopera al proporcionar la información necesaria..
- b. Cuando Marshall Medical Center asigna una cuenta a una agencia de cobranza, la cantidad que se asignará para la recolección será la cantidad restante después de que se hayan aplicado los arreglos de descuento o exenciones anteriores al saldo de la cuenta..
- c. Para los pacientes que tienen una solicitud pendiente para la cobertura patrocinada por el gobierno o para el propio programa de Asistencia Financiera de Marshall Medical Center, Marshall Medical Center no enviará ni asignará a sabiendas la factura de dicho paciente a una agencia de cobro externa antes de 180 días a partir de la fecha de la facturación inicial de esa cuenta por parte de Marshall Medical Center.
- d. Para los pacientes que han calificado para recibir asistencia financiera o que han negociado un plan de pago y están cooperando razonablemente con Marshall Medical Center para liquidar una factura pendiente, Marshall Medical Center no enviará ni asignará a sabiendas a dicho paciente a una agencia de cobranza externa si Marshall Medical Center sabe que hacerlo puede afectar negativamente el crédito de un paciente.
- e. Si una agencia de cobro de deudas determina que una cuenta de paciente califica para una fuente alternativa de pago, o determina que el paciente no tiene activos significativos, la agencia de cobro devolverá la cuenta a Marshall Medical Center con una explicación de la determinación y los datos de respaldo.
- f. Si un paciente le pregunta a una agencia de cobro de deudas si Marshall Medical Center ofrece un descuento de sus cargos basado

en el estado del paciente como paciente que paga en efectivo, la agencia de cobro contratada puede ofrecer hasta un 30% sin consultar con Marshall Medical Center. Cualquier cosa por encima y más allá del 31% deberá ser aprobada por el Director de Facturación de Pacientes Hospitalarios de Marshall Medical Center, quien tendrá la autoridad para ajustar la cuenta de acuerdo con la política de descuento en efectivo de Marshall Medical Center.

- 4. Aprobaciones requeridas de prácticas específicas de recolección.** Al proporcionar servicios en nombre de Marshall Medical Center, las agencias de cobranza solo pueden tomar las siguientes medidas al recibir la aprobación que se indica a continuación::

<u>Acción</u>	<u>Pacientes de bajos ingresos/sin seguro</u>	<u>Otros pacientes</u>
Plan de pago negociado	Asesores Financieros	Asesores Financieros
Informe adverso a La Oficina de Crédito	La asignación a la agencia de cobranza por parte del asesor financiero es la aprobación	La asignación a la agencia de cobranza por parte del asesor financiero es la aprobación
Presentación de una demanda	Nunca permitido	Consejero/Director Financiero Principal
Examen/Citación del deudor para obtener información	Director	Director
Ejecución de sentencia a través de gravamen o resumen de registro	Nunca permitido	Director
Ejecución de sentencia a través de gravamen o resumen de registro sobre otra propiedad	Nunca permitido	Director
Ejecución de la sentencia a través del embargo / gravamen salarial	Nunca permitido	Director
Ejecución de la sentencia a través del gravamen de la cuenta bancaria	Nunca permitido	Director
Hacer cumplir el juicio a través de un guardián	Nunca permitido	Director

- 5. Sin cesión o subcontratación.** Las agencias de cobranza contratadas por Marshall Medical Center no pueden asignar o subcontratar el cobro de ninguna cuenta sin (i) el consentimiento previo por escrito del Director Financiero del Marshall Medical Center, Facturación de Pacientes Hospitalarios, y (ii) el acuerdo por escrito del cesionario o subcontratista para cumplir con esta política..

## **MANTENIMIENTO DE REGISTROS**

La facturación del paciente hospitalario deberá mantener anotaciones y documentación adecuadas en Marshall Sistema de contabilidad de pacientes de Medical Center para documentar el sistema de contabilidad de pacientes de Marshall Medical Center cumplimiento de los requisitos de esta política. Cada agencia de cobro también está obligada a mantener la documentación adecuada en sus archivos para demostrar que la agencia de cobranzas tiene cumplió con los requisitos de las leyes federales y estatales de cobro de deudas del consumidor y con todos los demás requisitos de esta política aplicables a la agencia de cobro.