

Programa de Asistencia Financiera			
Fecha de aprobación:	22/05/2024	Fecha de publicación:	22/05/2024
Fecha de revisión:	22/05/2024		
Aprobado por:	Ted Sirotta, vicepresidente ejecutivo y director financiero		

PROPÓSITO

Establecer un Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) y garantizar que los pacientes y la comunidad en general:

- Sepan que existe asistencia financiera disponible;
- Cuenten con un plazo adecuado para solicitar la asistencia y presentar toda información y documentación necesaria;
- Reciban asistencia adecuada durante el proceso de solicitud; y
- Tengan la capacidad de buscar Servicios Comprables en el sitio web del hospital: <https://henrymayo.patientsimple.com/guest/#/index>

Esta política se aplicará a Henry Mayo Newhall Hospital y a todas las entidades sin fines de lucro en las cuales el Hospital tenga participación mayoritaria (en conjunto denominadas "HMNH"). La política también se proporcionará y se aplicará a todos los servicios contratados que realicen la facturación en nombre de HMNH.

POLÍTICA

De acuerdo con las leyes y normas estatales y federales, se les proveerá asistencia financiera a los pacientes que no dispongan de recursos económicos suficientes para pagar por los servicios recibidos.

Definiciones

- *Importe generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés)* es el importe máximo que se puede cobrar a los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera o que de otro modo esté permitido por esta política. Más adelante, en la sección de Límite al costo, se definirá el término más en detalle.
- *Período de solicitud.* Es el período durante el cual HMNH debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP. El período de solicitud comienza en la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta y termina 240 días después de que HMNH provea el primer estado de cuenta posterior al alta.
- *Gastos básicos de subsistencia.* Gastos por cualquiera de los siguientes: alquiler o

Programa de Asistencia Financiera

pagos y mantenimiento de la casa, alimentos y artículos para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, manutención infantil o conyugal, gastos de transporte y automóvil, incluyendo seguros, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavado y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

- *Acciones extraordinarias de cobro:* acciones tomadas por HMNH contra una persona relacionadas con la obtención del pago de una factura por servicios de atención médica proporcionados por HMNH que requieren un proceso legal o judicial, implican vender la deuda de una persona a otra parte o implican reportar información adversa sobre una persona a las agencias de informes crediticios de los consumidores o agencias de crédito. La legislación de California define normas específicas sobre el embargo del salario y sobre la notificación o venta de la vivienda principal del paciente. La presentación de un reclamo en un procedimiento de quiebra no se considerará una acción extraordinaria de cobro.
- El *Nivel de pobreza federal (FPL)* de este año se puede consultar en el siguiente sitio web: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>
- *Plan de pago extendido o EPP:* Un plan negociado entre un paciente y HMNH para permitir el pago de un precio con descuento a lo largo del tiempo.
- *Gastos en bruto:* son precios establecidos e indicados en la lista de precios de HMNH en concepto de un servicio o artículo, que se cobran de manera consistente y uniforme a todos los pacientes, antes de que se aplique cualquier bonificación, descuento o deducción contractual.
- *Familia o Unidad familiar:* en pacientes mayores de 18 años, el grupo familiar incluye al cónyuge, la pareja de hecho registrada y los niños dependientes menores de 21 años, independientemente de que vivan en el hogar o no. En pacientes menores de 18 años, el grupo familiar incluye a los padres, al familiar a cargo y a los otros hijos (menores de 21 años) de sus padres o del familiar a cargo.
- *Ingresos.* Incluyen sueldo, salario y todos los ingresos provenientes de intereses, dividendos, indemnización laboral, alquileres y regalías, herencia, pensión alimenticia, beneficios por discapacidad, compensación por desempleo, indemnización por huelga y los ingresos comerciales y agrícolas. Los pagos estatales destinados a la tutela o a la custodia legal también constituyen ingresos.
- *Período de notificación.* El Período de notificación se define como el período en que HMNH tiene la obligación de notificar al paciente sobre la política de asistencia financiera, con el objeto de comprobar que se tomaron todas las medidas razonables para determinar si una persona es elegible para recibir la asistencia. El

Programa de Asistencia Financiera

Período de notificación comienza el primer día en que se brinda el episodio de atención médica y termina 120 días después de que se emite el primer estado de cuenta posterior al alta.

- *Resumen en términos sencillos.* Es una declaración escrita en idioma claro, conciso y fácil de entender en la que se informa a los pacientes sobre la asistencia financiera ofrecida por HMNH y se describen las condiciones del programa.
- *Paciente sin seguro.* Es un paciente que no tiene cobertura de terceros por parte de un plan de seguro médico, Medicare o Medicaid (estatal), o que tiene una lesión que no califica para la compensación en virtud de una indemnización laboral, un seguro automovilístico u otro seguro o de otra fuente, según lo determine y documente el Hospital.
- *Insuficientemente asegurado.* Gastos de bolsillo anuales incurridos por el paciente en HMNH que excedan el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses anteriores o gastos médicos anuales de bolsillo que excedan el 10 por ciento de 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.

PROCEDIMIENTO

Comunicación al público de la Política de Asistencia Financiera

En cada interacción de registro/admisión del paciente, y en todas las comunicaciones orales con respecto al monto adeudado que ocurra durante el Período de notificación, HMNH informará al paciente sobre la disponibilidad de la FAP de HMNH, dónde obtener información adicional sobre la elegibilidad y cómo presentar la solicitud. Todas estas comunicaciones deberán quedar documentadas en la cuenta del paciente. Además, todas las áreas públicas de HMNH, incluidos como mínimo, los puntos de ingreso/registro, la oficina de admisiones, así como las áreas de espera de pacientes del edificio principal de HMNH, el departamento de emergencias y todas las ubicaciones para pacientes ambulatorios de HMNH (incluidas las unidades de observación), deberán tener materiales escritos en papel con respecto a la FAP y dicha información deberá incluirse en cada guía de admisión de pacientes hospitalizados.

Todas las publicaciones en el hospital deberán utilizar un fondo blanco y texto negro, utilizar papel que no sea más pequeño que 11" x 17", utilizar una fuente Sans Serif y cumplir con otros requisitos de fuente e idioma como se indica en esta política.

Todos los documentos hospitalarios proporcionados o puestos a disposición de un paciente conforme a la Ley deberán cumplir con los siguientes requisitos de accesibilidad:

Programa de Asistencia Financiera

- Estar diseñado y presentado de una manera que sea fácil de leer y comprender para el paciente.
- Utilizar fuente Sans Serif de al menos 12 puntos de tamaño, con encabezados de sección en un tamaño de fuente más grande o en un estilo de fuente en negrita/subrayado para distinguir las diferentes secciones del documento.
- Utilizar un lenguaje sencillo y directo que evite la jerga técnica.
- Cumplir con los requisitos de idioma descritos en la sección 127410(a) del Código de Salud y Seguridad.

Las solicitudes deberán estar en un lugar notorio y fácilmente visible y accesible para los pacientes.

La política de asistencia financiera completa de HMNH, junto con un Resumen en términos sencillo (consulte el Apéndice A) estará disponible en el sitio web de HMNH con la capacidad de descargar e imprimir la solicitud de asistencia financiera sin ningún hardware o software especial. El Resumen en términos sencillos debe incluir la ubicación física dentro del Hospital en la que los pacientes pueden obtener una copia de la Política de asistencia financiera y la solicitud, así como también detallar la información de contacto de la oficina o del departamento de HMNH que puede brindar ayuda con el proceso de asistencia financiera. Toda la documentación del programa de asistencia financiera, incluidas las solicitudes y la política de asistencia financiera en su totalidad, será traducida al español y a cualquier otro idioma que constituya la lengua materna de, al menos, el 5 % de los pacientes de HMNH.

Se deberá introducir un aviso destacado en todos los estados de cuenta emitidos por HMNH acerca de la disponibilidad de asistencia financiera, en el que se incluirá información sobre el programa y se indicará cómo obtener una copia de la política del programa de asistencia financiera (FAP).

La notificación por escrito deberá incluir una descripción de cualquier acción de cobro extraordinaria que HMNH o sus agencias de cobro pretendan iniciar y una declaración de que los servicios de asesoría de crédito sin fines de lucro pueden estar disponibles en el área. Se considerará que se han tomado todas las medidas razonables en tanto HMNH dé aviso al paciente sobre el FAP, según se describe más arriba, y cumpla con los requisitos de las solicitudes completas e incompletas para la asistencia, según se describe más abajo, en las secciones de Revisión y Aprobación. Se considerará la fecha de envío del aviso por escrito como la fecha en la que se proporcionó el documento.

El programa de asistencia financiera (FAP) de HMNH se publicitará entre la comunidad, de manera que alcance razonablemente a aquellas personas que tengan mayores probabilidades de necesitar la asistencia financiera. Esto se logrará publicando la información del programa en el sitio web de HMNH, en el Centro de salud con autorización federal y en las clínicas de nuestra comunidad que atiendan a pacientes sin seguro o subasegurados. Además, la información sobre el FAP de HMNH se exhibirá (tanto en inglés como en

Programa de Asistencia Financiera

español) en una exhibición pública visible de tamaño notable en todas las ubicaciones de HMNH donde los visitantes puedan verla. El material por escrito acerca del programa de asistencia financiera deberá utilizar un lenguaje libre de discriminación.

Todos los avisos también incluirán la siguiente declaración:

Programa de reclamos de facturas hospitalarias

El Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó asistencia financiera injustamente, puede presentar un reclamo ante el Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y para presentar un reclamo.

Proceso de solicitud

Una vez que un paciente inicia el proceso de solicitud, HMNH responderá a las consultas y ofrecerá la asistencia de un asesor financiero. Si un paciente proporciona a HMNH su información de contacto en relación con una solicitud de asistencia financiera, HMNH hará un seguimiento con el paciente durante todo el Período de solicitud (como se define anteriormente) para alentar al paciente a completar la solicitud en su totalidad.

Si se recibe una solicitud de asistencia financiera durante el Período de solicitud, pero se considera que está incompleta, debe enviarse una notificación por escrito al paciente (o al garante), dentro de los 15 días de recibida la solicitud incompleta, para pedir que se envíe la información faltante dentro de los 30 días de la fecha de la notificación. Esta notificación deberá incluir información de contacto del ente o departamento que puede ofrecer ayuda con el proceso de asistencia financiera, una copia del Resumen en términos sencillos e información acerca de las Acciones extraordinarias de cobro que HMNH o sus agencias de crédito podrían iniciar. Se suspenderá cualquier Acción extraordinaria de cobro que se encuentre en curso al momento de recibir una solicitud incompleta. Si no se recibe una solicitud completa, o en caso de que, ante una solicitud incompleta, no se reciba la información adicional que se pidió luego de pasados los 30 días desde la notificación, se podrán iniciar o reanudar las acciones. Los departamentos de Servicios financieros del paciente (PFS) y de Acceso para pacientes crearán un documento de registro para llevar un control de todas las solicitudes recibidas.

Como se analiza a continuación en la sección Verificación de la información provista, HMNH puede renunciar al requisito de presentar una solicitud completa si HMNH obtiene otra información que predice la capacidad de pago del paciente y usa esa información para determinar que el paciente califica para recibir asistencia financiera. El fundamento de

Programa de Asistencia Financiera

cualquier determinación predictiva se documentará en el sistema de facturación.

HMNH debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera durante el Período de solicitud.

Requisitos de elegibilidad

La asistencia financiera se proveerá sobre la base de una escala variable (véase el Apéndice C), según los criterios de elegibilidad dispuestos a continuación:

- Ingreso individual o por unidad familiar: hasta el 400 % del FPL. Se considerará la situación laboral actual del paciente al determinar su nivel de ingresos. Es posible que el nivel de ingreso previo no cumpla con las pautas del nivel de pobreza establecidas; no obstante, la situación de desempleo reciente debe ser considerada cuando se evalúe la actual fuente de ingresos.
- Valor neto individual o de la unidad familiar: hasta \$250.000 (excluyendo el valor neto en viviendas principales de hasta \$500.000 y planes de jubilación o de compensación diferida; ignore los primeros \$10.000 de los activos monetarios de una persona (es decir, efectivo e inversiones) y la mitad de los activos monetarios a partir de entonces). Al evaluar el patrimonio neto, se deberán considerar otras obligaciones financieras, como, facturas médicas elevadas. Es posible considerar a un paciente con patrimonio neto alto, hecho que, de otra manera, lo descalificaría para la asistencia financiera, como elegible si tuviera, por ejemplo, gastos de salud catastróficos sin cobertura, lo que reduciría significativamente su patrimonio neto. Los gastos médicos elevados se definirán de la siguiente manera:
 - i Costos de bolsillo anuales incurridos por un paciente en HMNH que excedan el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los 12 meses anteriores;
 - ii Gastos médicos anuales en efectivo que excedan el 10 % del ingreso familiar del paciente, si el paciente presenta el comprobante de los gastos médicos que él o su familia hayan realizado en los 12 meses previos.
- Los pacientes que pagan por cuenta propia ingresados a través del Departamento de Emergencias y que no han proporcionado información suficiente para evaluar completamente la asistencia financiera y las pruebas de elegibilidad, para quienes no se puede determinar de manera confiable su capacidad de pago, se clasificarán como beneficencia. Si luego se dispone de información que descalificaría al paciente por no cumplir con las condiciones de la asistencia financiera, se reclasificará la cuenta del paciente a su clase de pagador correspondiente.

Programa de Asistencia Financiera

- Si un paciente presuntamente califica para recibir asistencia de Medi-Cal, pero durante toda su estadía HMNH no recibe ningún pago, el paciente será elegible para recibir atención benéfica en concepto de estadías rechazadas, días de cuidado rechazados y por los servicios no cubiertos. Estos rechazos de cobertura y la falta de pago por los servicios no cubiertos por parte de Medi-Cal se clasificarán como beneficencia. Estos pacientes están recibiendo el servicio, pero presuntamente no tiene la capacidad de pagarlo. Además, la atención de los pacientes de Medicare que tienen cobertura de Medi-Cal para sus coseguros o deducibles, pero Medi-Cal no paga y Medicare tampoco le provee reembolsos de deudas incobrables, también se incluirá como beneficencia. Estos pacientes están recibiendo un servicio por el cual no se les reembolsará su parte de la factura final.
- En virtud de nuestros acuerdos de atención por traumatismos con el condado de Los Ángeles y el estado de California, cuando se le proporcionen servicios por traumatismos a un paciente cuya afección califique como atención por traumatismo facturable, el servicio se clasificará como atención de beneficencia. A estos pacientes no se les cobrará por los servicios recibidos.
- Los pacientes elegibles para los programas de asistencia de bajos ingresos financiados por el gobierno (como Medi-Cal, Medicaid fuera del estado, Servicios para los Niños de California o cualquier otro programa de bajos ingresos local, estatal o federal) se presumen en estado de indigencia. Por lo tanto, tales pacientes serán considerados presuntamente elegibles, en virtud del FAP, cuando un programa gubernamental no cumpla con el pago. La justificación de tal presunta determinación deberá quedar documentada en la cuenta del paciente.

La asistencia financiera está disponible para todas las personas, independientemente de dónde vivan, para los servicios médicamente necesarios; esto no incluye cirugía estética u otros servicios estéticos. Se presume que todos los servicios prestados dentro del hospital son médicamente necesarios a menos que el hospital proporcione una certificación firmada por el proveedor que derivó al paciente o por el proveedor de atención médica supervisor de los servicios, que indique que los servicios del hospital no eran médicamente necesarios. La elegibilidad para recibir asistencia financiera por necesidad médica no se puede denegar a menos que se obtenga dicha certificación firmada. Se proporcionará al paciente una certificación firmada por el proveedor que deriva para todos los servicios cosméticos indicando que los servicios no fueron médicamente necesarios.

Las pautas para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera se deben aplicar sistemáticamente. HMNH no discriminará contra pacientes que soliciten asistencia financiera por su raza, color, credo, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir este tipo de asistencia, los asesores financieros de HMNH le brindarán apoyo (incluida la derivación a recursos externos) para determinar si es

Programa de Asistencia Financiera

elegible para los programas financiados por el gobierno, como así también brindarle información y ayudarlo a entender cómo funcionan las coberturas de seguros ofrecidas mediante el intercambio seguros médicos de Covered California. Los pacientes también pueden obtener información sobre el Intercambio de seguros de salud de Covered California a través de su sitio web en coveredca.com y pueden obtener más asistencia para el consumidor de salud de Health Consumer Alliance, cuyo sitio web es healthconsumer.org.

Se deberá completar el formulario de la solicitud de asistencia financiera (consulte el formulario en el Apéndice B) para todas las solicitudes de asistencia (en tanto no se trate de una determinación presunta, como se describió anteriormente) y enviarlo al asesor financiero. Toda solicitud de asistencia financiera debe estar firmada por el paciente o por un representante autorizado del paciente, para dar fe que la información proporcionada en la solicitud es verdadera y exacta. Siempre que sea posible, el HMNH evaluará la elegibilidad de los pacientes sin seguro para recibir asistencia financiera.

La asistencia financiera parcial que se provee en virtud de esta política se considera como atención de beneficencia parcial.

Verificación de la información proporcionada

Se deberán verificar los datos a fin de determinar la elegibilidad para asistencia financiera, en la medida en que resulte práctico, teniendo en cuenta el valor de la asistencia financiera y la importancia de un elemento de información en la determinación general. En cualquier caso, una verificación mínima incluirá lo siguiente:

- Ingresos, mediante la revisión de fuentes como un formulario W-2, talones de pago recientes que muestren los totales del año hasta la fecha y/o las declaraciones de impuestos sobre la renta, así como declaraciones de desempleo, si corresponde.
- El patrimonio neto del paciente, a través de la documentación de respaldo correspondiente (extractos bancarios, declaraciones de inversión, documentos de préstamos).

Con la excepción de los pacientes con cobertura de Medicare, se podrá dispensar a un paciente de la presentación del Formulario de solicitud de asistencia financiera y demás documentación de respaldo requerida en el caso de que HMNH obtenga información, a través de herramientas tecnológicas u otros métodos de hipótesis presuntas, que le indique de manera predictiva la capacidad de pago y el estado financiero del paciente. Consulte la información en la anterior sección de Requisitos de elegibilidad. No se podrá negar la asistencia financiera por cualquier información que no estuviera específicamente enumerada como necesaria en el formulario de solicitud.

Planes de Pago Extendido:

Programa de Asistencia Financiera

Si un paciente califica para recibir asistencia financiera conforme a esta política, el paciente puede optar por pagar los montos de los que es financieramente responsable, después de que se hayan aplicado los descuentos de asistencia financiera y las limitaciones de cargos, de acuerdo con esta política en función del programa de plan de pago ofrecido por HMNH. En caso de que dicho programa no satisfaga las necesidades del paciente, HMNH analizará con el paciente otras opciones de pago, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos básicos de manutención. Si HMNH y el paciente no pueden ponerse de acuerdo sobre un plan de pago, los pagos mensuales del paciente se limitarán a no más del 10 % de los ingresos de la unidad familiar del paciente en un mes, excluyendo las deducciones por Gastos básicos de subsistencia. HMNH no puede emprender Acciones de cobro extraordinarias mientras se encuentra en el proceso de establecer un plan de pago extendido o para liquidar una factura pendiente, o si el paciente está haciendo pagos parciales regulares de una cantidad razonable según lo determine únicamente HMNH.

La inscripción en un plan de pago extendido puede realizarse en persona o por teléfono en cualquier momento del ciclo de ingresos, durante la preinscripción, el registro, el alta, la facturación y el seguimiento.

En el caso de que un paciente que califique para recibir asistencia financiera no cumpla con un monto adeudado en virtud de un plan de pago (el paciente no realiza todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días), el paciente tiene una oportunidad de renegociar su plan de pago extendido antes de que HMNH pueda declarar inoperante el plan de pagos e iniciar actividades de cobro. Más específicamente, HMNH debe hacer un intento razonable para comunicarse con el paciente por teléfono y, para notificar por escrito, que el plan de pago puede volverse inoperante y de la oportunidad de renegociar el plan de pago.

Revisión y aprobación:

La asistencia financiera debe documentarse en el Formulario de solicitud de asistencia financiera y debe ser aprobada por el Director o Gerente de PFS según las normas de la política. Los asesores financieros de Servicios PFS documentarán la recepción, revisión y aprobación del Formulario de solicitud de asistencia financiera.

En el momento en que se tome la decisión de aprobar o rechazar la asistencia financiera de una cuenta, se deberá enviar una carta al paciente o a la persona responsable a modo de notificación de la decisión tomada.

La carta, que en condiciones generales se enviará dentro de los 30 días desde la recepción del formulario de solicitud para la asistencia financiera, deberá estar escrita a máquina e incluir la siguiente información:

Programa de Asistencia Financiera

- Nombre del paciente
- Números de cuenta para la cuenta de HMNH.
- Una declaración clara de la determinación de HMNH sobre la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera
- Saldo pendiente actual de la cuenta.
- Saldo adeudado en la cuenta (solo si una porción de la cuenta estuviera cubierta por asistencia financiera).
- Detalles sobre acuerdos de pago por cualquier saldo pendiente en la cuenta tras recibir la asistencia financiera, incluyendo un plan de pago razonable, si corresponde.
- Si al paciente se le negó la elegibilidad para recibir asistencia financiera, una declaración clara que explique por qué se le negó.
- Proceso de apelación, incluida la oficina de HMNH, el nombre de contacto y la información de contacto donde el paciente puede apelar la decisión de HMNH.
- Información sobre el programa de reclamos de facturas hospitalarias, como se indica anteriormente; e
- Información sobre la Health Consumer Alliance, incluida la siguiente declaración:
“Existen organizaciones de defensa del consumidor gratuitas que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información”.

Ante la aprobación de una solicitud de asistencia financiera, el Hospital deberá cumplir con las siguientes pautas:

- Si el paciente aún adeuda algún importe, se le deberá proveer un estado de cuenta en el que conste el importe adeudado y se explique cómo se determinó el AGB y de qué manera se estableció el importe a pagar.
- Se deberán incluir en la aprobación todos los importes adeudados del paciente que queden cubiertos por el FAP.
- Una vez que se haya concedido la asistencia financiera, se reembolsarán los pagos del paciente, de conformidad con la política de reembolso al paciente; y
- Se deberán tomar todas las medidas necesarias para anular o revertir cualquier Acción extraordinaria de cobro, ya sea cancelando un gravamen o una retención o eliminando la información negativa de los informes de crédito.

Se denegará la aprobación de la asistencia financiera y la aplicación de cualquier limitación de cargo AGB, si el paciente rechaza Medi-Cal u otra solicitud de elegibilidad de salud y bienestar, si HMNH cree razonablemente que el paciente podría calificar. Además, se espera que el paciente coopere con HMNH en lo relativo al análisis de las opciones de cobertura de seguro asequibles ofrecidas mediante el intercambio de seguros médicos de Covered California. Si el paciente decide no adquirir una cobertura de seguro mediante el intercambio de seguros médicos de Covered California y no es elegible para Medi-Cal,

Programa de Asistencia Financiera

entonces se requerirá que este envíe un Formulario de solicitud de asistencia financiera. Se requiere la cesión a HMNH de todos los pagos del seguro, incluidas las liquidaciones de pasivos, hasta el monto de los gastos en bruto de la cuenta del paciente.

Se pueden apelar los rechazos a las solicitudes de asistencia financiera. Las apelaciones deben incluir una carta de apelación del paciente o parte con responsabilidad financiera solicitando una reevaluación (consulte el formulario en el Apéndice D). La apelación debe incluir también cualquier documentación de respaldo que acredite la imposibilidad de pagar, la cual no se hubiera tenido en cuenta al momento de realizar las consideraciones iniciales. Las apelaciones serán derivadas y analizadas por el director de Servicios financieros del paciente dentro de los treinta (30) días de su recepción. Si el Director de servicios financieros del paciente considera que se necesita información adicional para tomar una decisión, se solicitará al Director financiero que revise y asista en dicha decisión.

Si, luego de la revisión y la determinación de la asistencia financiera, se descubre que la información empleada en la decisión era incorrecta, se seguirán los siguientes pasos:

- Si la información corregida de una solicitud previamente rechazada le permite al paciente calificar para la asistencia financiera, se le notificará al paciente su reciente elegibilidad y la cuenta se procesará según se describió anteriormente.
- Si la información corregida de una solicitud previamente aprobada descalifica al paciente para la asistencia financiera, se le notificará al paciente que ya no es elegible para recibir asistencia financiera y que se espera que realice los pagos de su cuenta.

El formulario de solicitud para asistencia financiera y toda la documentación de respaldo se digitalizará y se guardará en la cuenta del paciente, dentro del sistema de facturación a pacientes. No obstante lo anterior, HMNH deberá aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera durante el Período de Solicitud.

Acciones extraordinarias de cobro:

HMNH no emprenderá una Acción extraordinaria de cobro en ningún momento antes de los 180 días después de que HMNH proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta, si HMNH sabe que el paciente carece de cobertura o si el paciente ha proporcionado información que indica que él o ella puede ser un paciente con altos costos médicos.

HMNH podrá iniciar o reanudar una Acción extraordinaria de cobro contra una persona que hubiera presentado una solicitud de asistencia financiera incompleta y que no haya proporcionado la información faltante necesaria para completar la solicitud, ya sea:

- Antes de cumplir los 30 días de la notificación por escrito de HMNH sobre la

Programa de Asistencia Financiera

- información adicional que se necesita, o bien
- Antes del último día del Período de solicitud.

Contabilidad y seguimiento de los datos de asistencia financiera:

Los casos aprobados de asistencia financiera, junto con las cancelaciones resultantes luego de aplicar el importe AGB, se clasificarán y registrarán como atención de beneficencia, debido a que, por definición, esta atención se describe como una “imposibilidad de pago comprobada”. El total de la atención de beneficencia provista se informará por separado en el resumen mensual del estado financiero.

Servicios financieros del paciente y Acceso para pacientes serán los responsables de llevar el registro mensual de los siguientes datos:

- Número de solicitudes recibidas para asistencia financiera.
- Número de pacientes a los que se les otorgó asistencia financiera.
- Número de apelaciones recibidas.
- Porcentaje de apelaciones que hayan revertido la decisión.
- Número de solicitudes completadas que no han sido procesadas pasados los 30 días de su recepción.

El departamento de Finanzas deberá calcular los costos asociados con los servicios aprobados de asistencia financiera a fin de informarlos anualmente en el resumen de estado financiero y en la declaración de impuestos.

Frecuencia de reevaluación de la elegibilidad:

Una vez que se apruebe al paciente para recibir asistencia financiera, PFS se respaldará en dicha aprobación para proveer futuros servicios por parte de HMNH, por hasta seis meses luego de la fecha de aprobación, a menos que sucediera lo siguiente:

- Se produce un cambio en el estado financiero del paciente, según se describe más adelante. El paciente o el garante serán responsables de informar a HMNH acerca del cambio. Transcurridos seis meses, se requerirá que el paciente vuelva a solicitar la asistencia financiera y será necesario realizar comprobaciones oportunas de la información suministrada.
- Si, conforme una valoración razonable de HMNH, el paciente pudiera costear la adquisición de una cobertura de seguro a través del intercambio de seguros médicos de Covered California y el período para el cual dicha cobertura se otorga fuera menor que seis meses desde la fecha en que HMNH otorgó la asistencia financiera y si fuera durante el período de inscripción abierta.

Programa de Asistencia Financiera

Si se otorga asistencia financiera a un paciente para cubrir una parte de su factura y después el paciente no paga el resto de esa factura, HMNH no anulará la asistencia financiera otorgada.

Cambios en el estado financiero del paciente:

Es posible que el paciente sufra cambios inesperados en su capacidad de pago, que ocurran después de que se haya provisto el servicio y de que se haya aprobado un plan de pago o la asistencia financiera. En el caso de que un paciente haya acordado un plan de pago (véase la Política de planes de pago de pacientes) acorde con sus circunstancias del momento, pero que actualmente no pueda hacer frente al pago conforme al plan debido a una situación reciente de desempleo u otra dificultad financiera, el paciente podrá solicitar asistencia financiera en virtud de las pautas de esta política.

En el caso opuesto, en el que un paciente con asistencia financiera aprobada experimente un cambio positivo en su capacidad de pagar los servicios provistos, es posible que HMNH le cobre por los servicios prestados y le informe al paciente respecto de su cambio de estado financiero.

Límite al costo:

HMNH utilizará el AGB mediante el método prospectivo de Medicare para las cuentas de pacientes hospitalizados o ambulatorios, al determinar la responsabilidad del paciente, para los individuos que califiquen para recibir la asistencia financiera o para los individuos no asegurados que no califiquen para asistencia financiera. Específicamente, HMNH limitará los cargos por un servicio en particular al AGB, que será igual a la cantidad que se pagaría por los servicios si el paciente fuera elegible para Medicare. El monto facturado no excederá el AGB o los cargos brutos.

Se podrá incluir el estándar de gastos en bruto del HMNH en el estado de cuenta que se le envía al paciente, pero se deberá señalar la cancelación para obtener el AGB. La diferencia entre el estándar de gastos en bruto de HMNH y el AGB o los montos con descuento de la asistencia financiera, se contabilizará como una cancelación de atención de beneficencia.

No se requerirá la aprobación de esta política por parte del Directorio del hospital cuando se realicen actualizaciones anuales al AGB. El director de PFS será responsable de garantizar que el AGB se actualice todos los años.

Cobertura de Medi-Cal y Medicaid:

Los copagos de Gastos compartidos de Medi-Cal o Medicaid no pagados en el momento del servicio se facturarán al paciente. Si no se pudieran cobrar los copagos antes de que finalice el Período de solicitud, los copagos se cancelarán como una bonificación por beneficencia

Programa de Asistencia Financiera

basándose en la presunta elegibilidad. A los pacientes que tengan cobertura de Medicaid, pero posean saldos pendientes con fechas de servicio seis meses previos a la fecha en la que la cobertura entra en vigencia, se les otorgará asistencia financiera del 100 % por dichos saldos, sin necesidad de documentación o revisión adicional por parte del paciente basándose en la presunta incapacidad de pago.

Otro:

En general, se determinará al momento de la preadmisión, en la admisión o tan pronto como sea posible, si la estadía de un paciente es elegible para asistencia financiera. Se encuentra disponible un asesor financiero para asistir a los pacientes con el proceso de liquidación de sus cuentas, lo que incluirá la ayuda con solicitudes de asistencia financiera, programas financiados por el gobierno y derivaciones a recursos externos. Sin embargo, en algunos casos, la elegibilidad para la asistencia financiera se determinará luego de brindados los servicios y, en algunos casos, incluso hasta después de emitida la factura. Los intentos de cobro y el uso de una agencia de cobro, forman parte del proceso de recolección de información y, oportunamente, pueden ayudar a identificar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

En los casos en los que un paciente, a quien se le aprueba la asistencia financiera, tuviera una cobertura de Medicare conforme a los criterios del Servicio de Impuestos Internos (IRS), pero no cumpliera con los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), se utilizará el código de procedimiento "CMS IRS" en el sistema de facturación para identificar una transacción sin cargo. Para el resto de las asistencias financieras provistas a pacientes, se utilizará el código "CMS CHAR".

Como lo exige la ley del estado de California, HMNH proporciona al Departamento de Acceso a la Atención Médica (anteriormente la Oficina de Planificación y Desarrollo de Salud Estatal (OSHPD)) su Política del Programa de Asistencia Financiera y formularios de solicitud, así como su política de cobro de deudas al menos dos veces al año, el 1 de enero o cuando haya un cambio significativo. Si no ha habido cambios significativos desde que se proporcionó la información anterior, HMNH notifica al Departamento de Acceso a la Atención Médica de la ausencia de cambios.

Los médicos que prestan servicios de urgencias en HMNH, por ley también deben hacer descuentos a los pacientes sin seguro médico o a los pacientes con altos costos de atención que se encuentren en o por debajo del 400 % del FPL. El FAP de HMNH no incluye servicios profesionales prestados por nuestro personal médico.

Una lista de médicos de HMNH está disponible en <https://www.henrymayo.com/physicians/>.

Para ayudar a los pacientes a determinar los precios de HMNH, HMNH ha proporcionado una herramienta de estimación de precios que se encuentra en

Programa de Asistencia Financiera

[Henry Mayo Newhall Hospital \(patientsimple.com\)](http://patientsimple.com)

A cualquier paciente sin cobertura de salud se le proporcionará una estimación por escrito de la cantidad que HMNH requerirá que el paciente pague por los servicios, procedimientos y suministros de atención médica que se espera razonablemente que HMNH proporcione al paciente, en función de la duración promedio de estancia y servicios prestados para el diagnóstico del paciente. Esta estimación se puede proporcionar durante el horario comercial normal. Además de la estimación, se le proporcionará al paciente información sobre la política de asistencia financiera de HMNH y la información de contacto del Asesor Financiero para obtener más información sobre esta política. Este requisito de estimación por escrito no se aplica a los pacientes de la sala de emergencias.

REFERENCIAS:

HealthCare Financial Management Association Principles and Practices Board Statement 15, "Valuation and Financial Statement Presentation of Charity Care and Bad Debts" (Declaración N.º 15 del Directorio de principios y prácticas de la Asociación de Gestión Financiera de la Salud: "Presentación del resumen financiero y valoración de la atención de beneficencia y las deudas incobrables").

American Hospital Association Hospital Billing and Collection Practices Statement of Principles and Guidelines (Pautas y principios sobre las políticas de facturación y cobro de los hospitales de la Asociación Estadounidense de Hospitales), del 5 de mayo de 2012.
Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible).

Requisitos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) para los hospitales de 501(c) (3) sujetos a la Ley de Cuidado de Salud Asequible, según el Artículo 501(r) y el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Políticas de precios justos para hospitales de California AB-774

Código de salud y seguridad de California Sección 127425

AB 532 de California

Departamento de Acceso e Información sobre Atención Médica, Título 22, Código de Regulaciones de California, Sección 11349.3

Programa de Asistencia Financiera

APÉNDICE A

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE HMNH

Como organización sin fines de lucro, Henry Mayo Newhall Hospital ("HMNH") brinda asistencia financiera a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que pueden no tener suficientes recursos financieros para pagar los servicios.

La asistencia financiera de HMNH *no* incluyen el costo de los servicios profesionales prestados por nuestro personal médico. Sin embargo, los médicos de emergencia que brindan servicios médicos de emergencia en HMNH están obligados por ley a brindar descuentos a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente.

Una lista del personal médico de HMNH está disponible en <https://www.henrymayo.com/physicians/>

Requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera

La elegibilidad para recibir asistencia financiera se basa en los ingresos y activos del paciente, a partir de una escala variable. La elegibilidad según el nivel de ingresos comprende hasta el 400 % del nivel de pobreza federal. La elegibilidad según el nivel de activos comprende un monto de hasta \$250.000 (sin incluir el patrimonio neto del hogar de hasta \$500.000 ni los planes de jubilación o compensación diferida).

Las pautas para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera se deben aplicar sistemáticamente. Para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir este tipo de asistencia, los asesores financieros de HMNH le brindarán apoyo (incluida la derivación a recursos externos) para determinar si es elegible para los programas financiados por el gobierno, como así también brindarle información y ayudarlo a entender cómo funcionan las coberturas de seguros ofrecidas mediante el intercambio seguros médicos de Covered California.

Proceso de solicitud

La solicitud de asistencia financiera puede realizarse:

- (1) En persona en Servicios de Acceso para Pacientes, Admisión Principal
- (2) Por teléfono al (661)200-1050 o (661)200-1110
- (3) [Solicitud FAP en inglés](#) Solicitud FAP en inglés o [Solicitud FAP en español](#) Solicitud FAP en español o

Programa de Asistencia Financiera

- (4) Por correo a Henry Mayo Newhall Hospital, 23845 McBean Pkwy, Valencia, CA 91355:
Attn: Patient Financial Services (Servicios financieros del paciente).

La Política de Asistencia Financiera (“FAP”) se puede obtener en
[https://www.henrymayo.com/documents/POLICY-with-Eng-application\[1\].pdf](https://www.henrymayo.com/documents/POLICY-with-Eng-application[1].pdf).

En la solicitud se indica qué información se debe adjuntar a la misma. Esta información puede ser verificada de manera independiente por HMNH, para controlar que esté completa y sea precisa. Si se recibe una solicitud de asistencia financiera dentro de los 240 días de emitida la factura inicial del HMNH por un determinado servicio, pero se considera que está incompleta, debe enviarse una notificación por escrito al paciente o al garante dentro de los 15 días de recibida la solicitud incompleta, solicitando que se proporcione la información faltante dentro de los 30 días de la fecha de la notificación. La notificación de aprobación o rechazo de una solicitud se enviará al paciente, generalmente, dentro de los 30 días de recibida la solicitud.

Si Medicaid u otra solicitud de elegibilidad para la cobertura de salud y bienestar es rechazada por el paciente, se negará la aprobación de la solicitud de asistencia financiera, en los casos en los que HMNH considere que existen razones válidas para creer que el paciente podría ser elegible. Además, se espera que el paciente coopere con HMNH en lo relativo al análisis de las opciones de cobertura de seguro asequibles ofrecidas mediante el intercambio de seguros médicos de Covered California. Si el paciente decide no adquirir cobertura de seguro a través del Covered California Health Insurance.

Si el paciente no califica para Medicaid, deberá presentar un Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera. Se requiere la cesión a HMNH de todos los pagos del seguro, incluidas las liquidaciones de pasivos, hasta el monto de los gastos en bruto de la cuenta del paciente.

Se pueden apelar los rechazos a las solicitudes de asistencia financiera. Tales reclamos deben incluir una carta de apelación del paciente o la parte con responsabilidad financiera que solicita una nueva evaluación. La apelación debe incluir también cualquier documentación de respaldo que acredite la imposibilidad de pagar, la cual no se hubiera tenido en cuenta al momento de realizar las consideraciones iniciales. Las apelaciones serán remitidas y analizadas por el director de servicios financieros del paciente dentro de los treinta (30) días de su recepción. Si el Director de servicios financieros del paciente considera que se necesita información adicional para tomar una decisión, se solicitará al Director financiero que revise y asista en dicha decisión.

Se proporcionará un periodo para la aprobación de la asistencia financiera

Una vez que se aprueba la asistencia financiera a un paciente, dicha aprobación será válida para todos los servicios proporcionados por HMNH durante los seis meses posteriores a la

Programa de Asistencia Financiera

fecha de aprobación inicial, salvo en los siguientes casos:

- Cuando hubiera un cambio en el estado financiero. Transcurridos seis meses, se requerirá que el paciente vuelva a solicitar la asistencia financiera y será necesario realizar comprobaciones oportunas de la información suministrada.
- Si, conforme una valoración razonable de HMNH, el paciente puede costear la adquisición de una cobertura de seguro a través del intercambio de seguros médicos de Covered California y el periodo para el cual dicha cobertura se otorga es menor a seis meses desde la fecha en que la asistencia financiera es otorgada por HMNH, solo se aprobará el período que no haya sido cubierto.

Si se otorga asistencia financiera a un paciente para cubrir una parte de su factura y después el paciente no paga el resto de esa factura, HMNH no anulará la asistencia financiera otorgada.

Límite al costo

HMNH utilizará la metodología Prospectiva de Medicare para determinar los Montos generales facturados (AGB) para las cuentas de pacientes hospitalizados y ambulatorios, al determinar la responsabilidad del paciente para las personas que califican para recibir asistencia financiera. El importe facturado no excederá el AGB.

Este documento (Resumen en términos sencillos) sintetiza la Política de asistencia financiera de HMNH y no tiene por finalidad ser una explicación acabada de la FAP. Nuestros asesores financieros están disponibles para ayudar a los pacientes con el proceso de solicitud de asistencia financiera de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando al (661) 200-1050.

Programa de Asistencia Financiera**APÉNDICE B****HENRY MAYO NEWHALL HOSPITAL**
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha:

Nombre del paciente

Dirección del paciente

Ciudad, estado, código postal

Nombre del paciente:

Cuenta del paciente:

Fecha del servicio:

Programa de Asistencia Financiera

Gracias por elegir a Henry Mayo Newhall Hospital (HMNH) para cubrir sus necesidades de atención médica. Aquí, nos esforzamos por mejorar la salud de nuestra comunidad, y para ello brindamos compasión y excelencia en los servicios de atención médica. Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera para ayudarlo a pagar los servicios de atención médica que recibirá o recibió en HMNH. Esta asistencia financiera solo se aplica a su factura del hospital y NO a facturas que pueda recibir de sus médicos o cirujanos. Sin embargo, en el caso de que se apruebe esta solicitud, es posible que algunos profesionales de la salud le concedan un descuento total o parcial de cortesía en función de la carta de aceptación del hospital.

Adjuntamos a la presente una solicitud de asistencia financiera que deberá completar en su totalidad y presentarla firmada y fechada, acompañada de la documentación pertinente, para que se pueda dar comienzo al procedimiento de revisión.

La solicitud y la información que debe proporcionar se indican a continuación: Presente los documentos solicitados al área de Servicios de Acceso para Pacientes en persona, o envíelos por correo a la siguiente dirección:

Henry Mayo Newhall Hospital
23845 Mc Bean Pkwy Valencia,
CA 91355.

Attn: Servicios financieros del paciente

Programa de Asistencia Financiera

Recibirá la carta de determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa, junto con los documentos complementarios correspondientes.

El hecho de que complete esta solicitud no garantiza que sea elegible ni que reúna los requisitos para el programa de asistencia financiera ni para cualquier otro. El otorgamiento de la asistencia financiera se considera únicamente después de haber agotado todas las fuentes posibles de pago potencial (por ej., seguro médico, Medicare, Medicaid o seguro de responsabilidad civil). Si no presenta todos los documentos solicitados, es posible que la solicitud se rechace.

Ayuda para pagar su factura

Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información.

Si necesita más información o ayuda para completar la solicitud, programe una cita para concurrir al hospital, al área de Servicios de Acceso para Pacientes, en el área principal de admisiones, o bien llame al 661-200-1050, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., y un representante lo ayudará. Para obtener más información sobre el Programa de asistencia financiera, puede visitar nuestro sitio web en:

[https://www.henrymayo.com/documents/POLICY-with-Eng-application\[1\].pdf](https://www.henrymayo.com/documents/POLICY-with-Eng-application[1].pdf)

Programa de reclamos de facturas hospitalarias

El Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó asistencia financiera injustamente, puede presentar un reclamo ante el Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y para presentar un reclamo.

(Línea de firma)

(Nombre en letra imprenta del asesor financiero)
Asesor financiero

Programa de Asistencia Financiera



Solicitud de asistencia económica

El Programa de Asistencia Financiera de Henry Mayo Newhall Hospital ofrece ayuda financiera a pacientes que necesitan atención médica y de bajos ingresos, sin seguro o subsegurados, no elegibles para un programa del gobierno y que no pueden pagar, por cualquier otro motivo, la asistencia médica debido a la situación económica particular de su familia. Para determinar si un paciente o garante califica para recibir asistencia económica, necesitamos conocer algunos datos financieros. Su colaboración nos permitirá darle la debida consideración a su solicitud de asistencia económica.

Complete este formulario y proporcione la documentación justificativa más reciente: Presentaciones de impuestos sobre la renta (que documentan los ingresos del paciente para el año en el que se le facturó por primera vez o 12 meses antes de cuando se le facturó por primera vez), 2 extractos bancarios más recientes y 2 talones de cheque de pago dentro de un período de 6 meses antes o después de que el Hospital le facture al paciente, o en el caso de servicio previo, cuando se presente la solicitud de asistencia financiera.

Envíe los formularios completos y la documentación justificativa a Servicios financieros para pacientes utilizando el sobre adjunto.

Nombre del paciente _____ Número de cuenta _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

_____ N.º de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo ___ M=Masculino F=Femenino ¿Tiene casa? Sí () No ()

Cantidad de dependientes registrados en la declaración de impuestos: _____ ¿Posee otra propiedad? Sí () No ()

Enumere sus Dependientes: _____ ¿Es propietario de automóviles? Sí () No ()

Nombre Relación Edad

Información bancaria del hogar Nombre _____ Balance _____

Información bancaria empresarial Nombre _____ Balance _____

Sueldos/Ingreso Mensual Anual
Salarios totales del hogar* _____

* Los salarios deben incluir los ingresos procedentes del empleo, el trabajo por cuenta propia, la asistencia pública, la seguridad social, las prestaciones por desempleo, la jubilación/pensión, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, etc.

Programa de Asistencia Financiera

Gastos	Mensual	Anual
Hipoteca / Alquiler /	_____	_____
Servicios públicos	_____	_____
Préstamos para automóviles	_____	_____
Facturas de hospital	_____	_____
Otros gastos**	_____	_____

** Incluya los pagos de tarjeta de crédito, comida, teléfono, gasolina, gastos de cuidado infantil, etc.

Mi firma da fe de que la información que he proporcionado en este formulario y la documentación justificativa adicional es precisa y verdadera a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Programa de reclamos de facturas hospitalarias

El Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó asistencia financiera injustamente, puede presentar un reclamo ante el Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y para presentar un reclamo.

Programa de Asistencia Financiera
APÉNDICE C

ESCALA VARIABLE DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

Ingresos/Activos netos Niveles	Descuento sobre Gastos totales							
	< \$1.000	\$1,000 - \$2.500	\$2,501 - \$5.000	\$5,001 - \$10.000	\$10,001- \$25.000	\$25,001- \$50.000	\$50,001- \$100.000	>\$100,000
Del 0 % al 200 % de FPL en activos netos:								
<\$100,000	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
\$100,000 - \$150,000	85 %	85 %	85 %	85 %	100 %	100 %	100 %	100 %
\$150,001 - 250,000	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %	100 %	100 %	100 %
Del 201 % al 400 % de activos netos:								
<\$100,000	75 %	75 %	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
\$100,000 - \$150,000	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %
\$150,001 - 250,000	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %

NOTA: El AGB es el importe máximo que se puede cobrar a pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera o que de otro modo esté permitido por esta política, independientemente de los porcentajes detallados anteriormente.

Para obtener el FPL de este año, visite el siguiente sitio web:

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Con el propósito de determinar el nivel inicial de la asistencia financiera a proveerse, se entenderá como gastos totales aquellos gastos pendientes y adeudados por el paciente en momento en que se recibe su solicitud de asistencia financiera. Esto puede incluir más de una factura.

Programa de Asistencia Financiera**APÉNDICE D****HENRY MAYO NEWHALL HOSPITAL FORMULARIO DE APELACIÓN AL
RECHAZO DE ASISTENCIA FINANCIERA
PEDIDO DE REEVALUACIÓN AL RECHAZO DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Información general

Fecha:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal:

Número de teléfono:

Nombre del garante (si no fuera el paciente): Parentesco:

Fecha de nacimiento:

Domicilio del garante:

Ciudad, Estado, Código postal:

Número de teléfono:

Enumere sus razones para apelar el rechazo de su solicitud de asistencia financiera (la carta de apelación deberá incluir cualquier documentación de respaldo que pruebe la imposibilidad de pago y que no haya sido parte de la consideración original):

Presente su carta de apelación, junto con los documentos de respaldo, en persona o por correo a

Henry Mayo Newhall Hospital

23845 Mc Bean Pkwy

Valencia, CA 91355

Attn: Servicios financieros del paciente

En un plazo de 30 días luego de recibir su carta de apelación y los documentos de respaldo correspondientes, se le comunicará la decisión sobre su solicitud de reevaluación del rechazo de la asistencia financiera.

Ayuda para pagar su factura

Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información.

Programa de Asistencia Financiera

Si tiene preguntas, comuníquese con uno de nuestros representantes de Servicios financieros del paciente (PFS) al (661) 200-1112 o con nuestro Director de PFS al (661) 200-1111. Gracias por elegir HMNH como su proveedor de atención médica.

Programa de reclamos de facturas hospitalarias

El Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital sobre si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó asistencia financiera injustamente, puede presentar un reclamo ante el Programa de Reclamos de Facturas Hospitalarias. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y para presentar un reclamo.