

Programa de Asistencia Financiera (FAP)			
Fecha de aprobación:	11/06/2020	Fecha de publicación:	11/06/2020
Fecha de revisión:	11/06/2020		
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 y
- reciban asistencia adecuada durante el proceso de solicitud.

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” u “Hospital”). La política también se proporcionará y se aplicará a todos los servicios contratados que realicen la facturación en nombre de HMNH o cualquiera de sus entidades sin fines de lucro.

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.
- *Comunidad.* Comprende a los pacientes con residencia principal en la ciudad de Santa Clarita, incluso Acton, Agua Dulce, Canyon Country, Castaic, Newhall, Saugus, Stevenson Ranch y Valencia.
- *Acción extraordinaria de cobro.* Cualquier acción tomada por el Hospital contra una persona con el fin de obtener el pago por los servicios de atención médica provistos por el Hospital que requiera un proceso legal o judicial, implique la venta de la deuda a un

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

tercero o incluya la presentación de información negativa sobre el paciente ante agencias de informes de créditos del consumidor u oficinas 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.

- *Nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés)*. Se puede consultar el FPL de este año en el siguiente sitio web: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

- *Gastos en bruto*. Son precios establecidos e indicados en la lista de precios del Hospital, en concepto de un servicio o artículo, que se cobran de manera coherente y uniforme a todos los pacientes, antes de que se aplique cualquier bonificación, descuento o deducción contractual.

- *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.

- *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.

- *Período de notificación*. El período de notificación comienza el día del primer episodio de atención médica y termina 120 días después de que HMNH le envía el primer estado de cuenta posterior al alta.

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

PROCEDIMIENTO

Difundir entre el público la Política de asistencia financiera

HMNH informará a los pacientes sobre la posibilidad de acceder al FAP, dónde obtener más información sobre elegibilidad y cómo solicitarlo. Esta información la reiterará en todas las interacciones con el paciente durante la inscripción o el ingreso y en todas las comunicaciones orales en que se haga referencia al importe adeudado durante el Período de notificación (como se define más arriba y se analizará más abajo). Todas estas comunicaciones deberán quedar documentadas en la cuenta del paciente. Además, se deberá incluir material impreso sobre el FAP en todas las guías de hospitalización que se le entreguen a los pacientes, así como también en todas las áreas públicas del Hospital o, como mínimo, en los puntos de inscripción e ingreso, en las salas de espera del edificio principal y en todos los centros ambulatorios del Hospital.

Las solicitudes deben estar visibles y al alcance de los pacientes. En el portal del paciente y en el sitio web del Hospital, deberá estar disponible la política completa de HMNH sobre asistencia financiera y el Resumen en términos sencillos (véase el Apéndice A). Será posible descargar e imprimir la solicitud de asistencia financiera sin necesidad de un software o un hardware 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 del formulario de 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 del Hospital. Se deberá usar letra en tamaño 12.

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. El Período de notificación se define como el período en el que el Hospital tiene la obligación de dar aviso a un 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 Período de notificación comienza el día en que se brinda el primer episodio de atención médica y termina 120 días después de que se emite el primer estado de cuenta.

El aviso por escrito deberá incluir una descripción de cualquier Acción extraordinaria de cobro que HMNH o sus agencias de cobro pretendan iniciar. Se considerará que se han tomado todas las medidas razonables en tanto HMNH dé aviso al paciente sobre el programa de asistencia financiera, 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.

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

El programa de asistencia financiera 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 del Hospital, en el Centro de salud con autorización federal y en las clínicas de nuestra comunidad que atiendan a pacientes sin seguro o subasegurados. Además, se deberá exponer información sobre el programa de asistencia financiera de HMNH, tanto en inglés como en español, de manera destacada y pública, en un formato y tamaño considerable, en todas las ubicaciones de HMNH, donde tenga mayor visibilidad del público. El material por escrito acerca del programa de asistencia financiera deberá utilizar un lenguaje libre de discriminación.

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 350 % 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, se considerará la situación de desempleo reciente como la actual fuente de ingresos.
- El patrimonio neto del paciente o de la unidad familiar 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). 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:
 1. Gastos médicos anuales en efectivo en los que incurra un paciente en HMNH que excedan el 10 % del ingreso familiar del paciente en los 12 meses previos.
 2. 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 de pago particular que sean admitidos a través del Departamento de emergencias, de los que no se posea información suficiente para evaluar su elegibilidad ni se pueda determinar una capacidad de pago, se clasificarán como beneficencia, de acuerdo con las pautas de la ley EMTALA. 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 (FAP)

- Si un paciente califica para recibir asistencia de Medi-Cal, pero, durante su estadía, el Hospital no recibe ningún pago de Medi-Cal, el paciente será elegible para recibir atención benéfica en concepto de estadías y 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 no tienen la capacidad de pagarlo. A su vez, si un paciente de Medicare tiene cobertura de Medi-Cal para sus coseguros o deducibles, pero Medi-Cal no paga y Medicare tampoco le provee reembolsos de deudas incobrables, su atención 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.
- HMNH considera que los pacientes elegibles para los programas de asistencia de bajos ingresos y 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 encuentran en estado de indigencia. Por lo tanto, se los considerará 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 para servicios de emergencia, independientemente de donde vivan, y para todos los servicios médicos necesarios proporcionados por HMNH para aquellos pacientes que residen en nuestra comunidad, salvo los servicios optativos, como extracciones dentales, esterilizaciones voluntarias y cirugía plástica. 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 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.

Se deberá completar el formulario de la solicitud de asistencia financiera (véase 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

Para obtener la política actual, consulte el Sistema de Gestión de Políticas y obtenga una copia oficial en <https://henrymayo.policysite.com>.
(Departamento responsable: SERVICIOS COMERCIALES) (N.º de referencia: 5954)

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

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 fuentes como el W-2, un recibo de sueldo reciente que incluya el total del año hasta la fecha, la declaración de impuestos o de desempleo.
- El patrimonio neto del paciente, a través de la documentación de respaldo correspondiente (extractos bancarios, declaraciones de inversión, documentos de préstamos).

Para una asistencia financiera de \$5,000 o más, puede incluir documentación de respaldo sobre otras obligaciones financieras, como gastos de vida, manutención de menores y otras facturas por gastos médicos. Si se recibe una solicitud de asistencia financiera durante el período de solicitud (como se definió más arriba), 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 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 y de Acceso para pacientes crearán un documento de registro en el servidor compartido para llevar un control de todas las solicitudes recibidas.

Con la excepción de los pacientes con cobertura de Medicare, se podrá dispensar a un paciente de la presentación de la 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. No se podrá negar la asistencia financiera por cualquier información que no estuviera específicamente enumerada como necesaria en el formulario de solicitud.

Revisión y aprobación:

La asistencia financiera deberá quedar documentada en el formulario de solicitud y, en caso de importes de hasta \$9,999, ser aprobada por el director o gerente de Servicios financieros del paciente o de Acceso para pacientes, o, en caso de importes mayores, por el director financiero o el director ejecutivo. Los asesores financieros de Servicios financieros del paciente documentarán la recepción, revisión y aprobación del formulario de solicitud de asistencia

Para obtener la política actual, consulte el Sistema de Gestión de Políticas y obtenga

una copia oficial en <https://henrymayo.policystech.com>.

(Departamento responsable: SERVICIOS COMERCIALES) (N.º de referencia: 5954)

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

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:

- Nombre del paciente
- Número de la cuenta en el Hospital.
- 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.
- Proceso de apelación si la solicitud de asistencia financiera fue rechazada.

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, más los intereses devengados, de conformidad con la política de reembolso al paciente.
- 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.

Si Medi-Cal 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 una cobertura de seguro mediante el intercambio de seguros médicos de Covered California y no es elegible para Medi-Cal, 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 por parte del paciente o de la persona responsable de sus finanzas en la que se solicite una reevaluación (véase el formulario de apelación en el Apéndice D). La apelación debe incluir también cualquier documentación de respaldo que acredite la imposibilidad de pagar y que 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

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

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. Sin perjuicio de lo anterior, HMNH deberá aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera por un período de hasta 240 días a partir de que el Hospital le haya enviado el primer estado de cuenta al paciente (lo que se define como período de solicitud). 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 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.

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

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, Servicios financieros del paciente 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.

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:

Al momento de determinar la responsabilidad del paciente, HMNH utilizará el AGB mediante el método prospectivo de Medicare en las cuentas de pacientes hospitalizados o ambulatorios, en tanto el paciente califique para recibir la asistencia financiera. El importe facturado no excederá el AGB.

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

Se podrá incluir el estándar de gastos en bruto del Hospital en el estado de cuenta que se le envía al paciente, pero se deberá señalar la cancelación que da como resultado el AGB. La diferencia entre el estándar de gastos en bruto del Hospital 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 Servicios financieros del paciente será responsable de garantizar que el AGB se actualice todos los años.

Cobertura de Medicaid:

Los copagos o costos compartidos que Medicaid no pague al momento de prestar el servicio le serán cobrados al paciente. Si no se pudieran cobrar los copagos antes de que finalice el Período de solicitud, se cancelarán como una bonificación por beneficencia. 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 por la totalidad de dichos saldos, sin necesidad de documentación o revisión adicional por parte del paciente.

Otro:

Se determinará, al momento de la preadmisión, 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".

Puede obtener la Política de facturación y cobro en el sitio web de HMNH:

[Política de facturación y cobro](#)

Según lo exige la legislación del estado de California, HMNH le proveerá copias de la política y del programa de asistencia financiera, así como del formulario de solicitud, a la Oficina Estatal de Planificación y Desarrollo de la Salud (OSHPD, por sus siglas en inglés), cuando

Para obtener la política actual, consulte el Sistema de Gestión de Políticas y obtenga

una copia oficial en <https://henrymayo.policystech.com>.

(Departamento responsable: SERVICIOS COMERCIALES) (N.º de referencia: 5954)

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

se produzca un cambio significativo o cada dos años. Si no se produce ningún cambio significativo, el Hospital notificará a la OSHPD al respecto.

Los médicos que prestan servicios de urgencias en el hospital que ofrecen atención de urgencias por ley también deben hacer descuentos a los pacientes sin seguro médico o a los pacientes con altos costos de atención iguales o inferiores al 350 % del FPL. El FAP de HMNH no incluye servicios profesionales prestados por nuestro personal médico.

En el Apéndice E se incluye una lista de los médicos del hospital: [Financial Assistance Physician Listing 110519.xlsx](#), que se actualiza una vez al año.

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.

Proyecto de ley AB 774 de California, Políticas hospitalarias de precios justos

Proyecto de ley AB 1503 de California

Proyecto de ley AB 1276 de California

Consulte la política "Prácticas de facturación y cobro"

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

APÉNDICE A

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

Henry Mayo Newhall Hospital (en adelante, “HMNH” u “Hospital”) es una organización sin fines de lucro que brinda asistencia financiera a aquellos pacientes que carecen de recursos económicos suficientes para costear servicios médicos.

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 350 % 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).

La asistencia financiera está disponible para todas las personas para servicios de emergencia, independientemente de donde vivan, y para todos los servicios proporcionados por HMNH para aquellos pacientes que residen en nuestra comunidad, salvo los servicios optativos, como extracciones dentales, esterilizaciones voluntarias y la cirugía plástica.

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, en el área principal de admisiones;
- (2) por teléfono, llamando al (661)200-1050 o al (661)200-1110; (3) mediante una [Solicitud de la FAP en inglés](#) o una [Solicitud de la FAP en español](#); o bien (4) por correo postal, 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 la siguiente página web: [https://www.henrymayo.com/documents/POLICY-with-Eng-application\[1\].pdf](https://www.henrymayo.com/documents/POLICY-with-Eng-application[1].pdf)

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

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 una cobertura de seguro mediante el intercambio de seguros médicos de Covered California y no es elegible para Medicaid, 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. 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 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

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

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

No se aplicarán montos superiores al promedio generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas elegibles para recibir asistencia financiera según las pautas expuestas en el presente, pero que no califican. HMNH utiliza las tasas permitidas de Medicare para el promedio generalmente facturado.

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. Puede consultar a nuestros asesores financieros, quienes 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 (FAP)**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

Estimado _____:

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: Asesores financieros del área de Servicios de Acceso para Pacientes

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.

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

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.

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 7:00 a. m. a 5:00 p. m., y un representante lo ayudará. Para obtener más información acerca del 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)

(firma)

(nombre en letra de imprenta del asesor financiero)
Asesor financiero

HENRY MAYO NEWHALL HOSPITAL
FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para obtener la política actual, consulte el Sistema de Gestión de Políticas y obtenga una copia oficial en <https://henrymayo.policytech.com>.
(Departamento responsable: SERVICIOS COMERCIALES) (N.º de referencia: 5954)

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

Médico: _____ N.º de historia clínica _____ Fecha(s) del servicio: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Cuenta del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Domicilio particular del paciente: _____

N.º de Seguro Social: _____ N.º de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cobertura de terceros (p. ej., Medi-Cal, Medicare, seguro privado, etc.) que puede cubrir parcial o totalmente el costo del seguro médico recibido en la o las fecha(s) mencionada(s) arriba. Sí__ No____

Lugar de nacimiento

Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre y apellido de soltera de la madre _____

Si nació fuera de los Estados Unidos, ¿ha solicitado o recibido amnistía conforme a la ley federal? Sí____ No____ N.º de amnistía _____

Nombres y edades de los dependientes bajo su responsabilidad que viven con usted:

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

Total de ingresos mensuales del hogar

\$: _____

INGRESOS: Indique los ingresos de la familia:

	Mensuales	Anuales
Salario (propio).....	\$ _____	\$ _____
(Cónyuge)	\$ _____	\$ _____
(otro miembro de la familia).....	\$ _____	\$ _____
Granja/empleo autónomo.....	\$ _____	\$ _____
Asistencia pública.....	\$ _____	\$ _____
Compensación por desempleo...	\$ _____	\$ _____
Compensación para trabajadores.	\$ _____	\$ _____
Indemnización por huelga.....	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia.....	\$ _____	\$ _____
Manutención de menores...	\$ _____	\$ _____
Asignación para familias de militares.	\$ _____	\$ _____
Pensión/Pensiones.....	\$ _____	\$ _____
Ingresos provenientes de,	\$ _____	\$ _____
alquileres, intereses dividendos	\$ _____	\$ _____
Ingresos provenientes del Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Ingresos provenientes de intereses o alquileres	\$ _____	\$ _____
TOTAL	\$ _____	\$ _____

GASTOS (MENSUALES)	\$ _____
Hipoteca/alquiler	\$ _____
Seguro médico:	\$ _____
Servicios públicos:	\$ _____
	\$ _____
Electricidad	\$ _____
	\$ _____
Gas	\$ _____
	\$ _____
Agua	\$ _____
Seguro del hogar o de alquiler	\$ _____

Para obtener la política actual, consulte el Sistema de Gestión de Políticas y obtenga una copia oficial en <https://henrymayo.policytech.com>.

(Departamento responsable: SERVICIOS COMERCIALES) (N.º de referencia: 5954)

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

Seguro de automóviles: \$ _____
 \$ _____
 Teléfono: \$ _____
 Facturas médicas \$ _____
 Alimentos/abarrotes: \$ _____
 Hospital: \$ _____
 Tarjetas de crédito \$ _____
 Médicos: \$ _____
 Cooperativa de crédito: \$ _____
 Medicamentos recetados: \$ _____
 Préstamos para automóviles: \$ _____
 Seguro de vida: \$ _____
 Gasolina para automóvil: \$ _____
 Seguro médico: \$ _____
 TV/Cable: \$ _____
 Facturas médicas: \$ _____
 Cuidados infantiles: \$ _____
 Gastos escolares: \$ _____
 Gastos escolares: \$ _____

 GASTOS TOTALES: \$ _____

¿Es propietario de su vivienda? Sí _____ No _____ Valor estimado \$ _____
 ¿Posee otra propiedad? Sí _____ No _____ Valor estimado \$ _____
 ¿Es propietario de un automóvil? Sí _____ No _____
 Acciones, bonos, fondos mutuos Sí _____ No _____ Valor estimado \$ _____
 Plan 401K y anualidades Sí _____ No _____ Valor estimado \$ _____
 Cuenta de ahorros 1 Sí _____ No _____ Valor estimado \$ _____
 Cuenta de ahorros 2 Sí _____ No _____ Valor estimado \$ _____
 Cuenta corriente Sí _____ No _____ Valor estimado \$ _____

Debe presentar la siguiente información junto con su solicitud:

Comprobante de ingresos (por cada miembro del hogar, presente todos los documentos que existan o correspondan).

- Copia de los tres últimos recibos de sueldo. En caso de cobrar en efectivo, carta certificada de cada empleador que indique los términos del empleo, incluido el salario, las fechas de empleo, la condición actual de empleo y la disponibilidad de beneficios de atención médica, entre otros.

Para obtener la política actual, consulte el Sistema de Gestión de Políticas y obtenga una copia oficial en <https://henrymayo.policytech.com>.

(Departamento responsable: SERVICIOS COMERCIALES) (N.º de referencia: 5954)

Programa de Asistencia Financiera (FAP)

- En caso de ser empleado autónomo, las últimas declaraciones de impuestos.
- Copias de los cheques o cartas de asignación de subvenciones por desempleo o del Seguro Social.
- Copias de los cheques correspondientes a la manutención del cónyuge o hijo.
- Comprobantes de otras fuentes de ingresos (por ej., ingresos provenientes de intereses, pensiones o alquileres).
- Copia de la última declaración de impuestos a las ganancias presentada.
- Identificación con foto o comprobante de identificación.
- Licencia de conducir vigente, o
- identificación estatal vigente, o
- pasaporte vigente.

DECLARACIÓN DE ACTIVOS (por cada miembro del hogar, presente todos los documentos que correspondan).

- Extractos detallados de cuenta corriente y de ahorros de los últimos tres meses, certificados de depósito, fondos del mercado monetario, declaraciones de corretaje, plan de jubilación y título de los vehículos que posee.

GASTOS

- Copia del recibo de alquiler (de los últimos seis meses) o del acuerdo de hipoteca, las declaraciones más recientes de todos los gastos mensuales, como facturas de servicios públicos, resúmenes de la tarjeta de crédito, pagos del automóvil u otros documentos que puedan corresponder.

DEBE FIRMAR LA SOLICITUD PARA COMPLETARLA.

Mi firma certifica que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es fiel y exacta.

Firma del paciente/pariente(s) responsable(s)

____/____/_____
Fecha

Revisor del Hospital

____/____/_____
Fecha

Programa de Asistencia Financiera
APÉNDICE C
ESCALA VARIABLE DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

Ingresos/Activos netos Nivel	Descuento sobre Gastos totales							
	< \$1,000	\$1,000 - \$2,500	\$2,591 - \$10,000	\$2,501 - \$5,000	\$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 350 % de FPL en 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 postal.

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.

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

Programa de Asistencia Financiera

APÉNDICE E

[Financial Assistance Physician Listing 110519.xls](#)