



www.henrymayo.com/patients-and-visitors/patient-business-services/discount-payment-ab774

Descuentos De Pago y Atencion de Caridad

HMNH ofrece ayuda financiera a pacientes no asegurados (que pagan por cuenta propia) o a pacientes asegurados que deben solventar altos costos médicos. Visite el Departamento de registro en el área de Acceso principal o llame al 661-253-8311 de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.

1. Un paciente que paga por cuenta propia es un paciente que carece de cobertura de seguro, incluidos entre otros, seguro automotriz, de responsabilidad, compensación de los trabajadores, Medicare o Medi-Cal. Los descuentos de beneficencia para los pacientes que pagan por cuenta propia aplican a aquellas personas cuyo ingreso familiar es de un 350% o inferior al Nivel de pobreza federal (FPL). HMNH admite hasta un 400% del Nivel de pobreza federal (FPL).

2. Los pacientes con altos costos medicos (una persona cuyo ingreso familiar es de un 350% o inferior al Nivel de pobreza federal). HMNH admite hasta un 400% del FPL; para tal fin, los altos costos medicos hacen referencia a los siguientes casos:

a. Gastos de desembolso anuales incurridos por el individuo en Henry Mayo Newhall

Hospital que superen el 10% del ingreso familiar del paciente en los 12 meses anteriores.

b. Gastos de desembolso anuales que superen el 10% del ingreso familiar del paciente, en caso de que el paciente proporcione documentación de pago correspondiente a los gastos médicos pagados por el mismo o por su familia en los 12 meses anteriores.

c. Los pacientes infraasegurados cuyo ingreso familiar es de un 400% o inferior al

Nivel de pobreza federal y cuyos gastos de desembolso no superen el 10% del ingreso familiar, pueden calificar para la extensión de la política de beneficencia o descuentos de HMNH.

3. Al recibir una solicitud, Henry Mayo Newhall Hospital (HMNH) la examina y luego la aprueba o rechaza teniendo en cuenta la documentación presentada y los criterios que rigen los Programas de beneficencia y de Pagos con descuento. El rechazo de la solicitud se basa únicamente en los criterios presentados por el paciente y/o la parte responsable, y se rechaza en caso de no cumplir con las pautas de la política. El paciente y/o la parte responsable recibirán una notificación sobre la decisión relacionada con la solicitud. Dicha notificación se entregará en persona, si es posible, o, de lo contrario, mediante envío postal.

4. Una vez que se reciban la solicitud y toda la documentación requerida, HMNH se esforzará en revisarla antes del alta del paciente, pero o en un lapso mayor de 30 días luego de haber recibido la solicitud. Si no se recibe toda la documentación requerida, se rechazará la solicitud. Las excepciones a este requisito se revisarán si la documentación adicional de respaldo se recibe dentro de los 30 días posteriores a la solicitud inicial.

5. La responsabilidad de pago del paciente se asignará en base a una escala móvil que incluye el número de integrantes de la familia y el ingreso anual. **Información adicional**

En conformidad con las calificaciones específicas y la elegibilidad aprobada, usted puede ser elegible para recibir beneficios de salud a través de Medicare, Medi-Cal, CCS o Healthy Families. A continuación encontrará información para contactarse con dichos organismos, si así lo desea. Si usted lo solicita, podemos proporcionarle solicitudes en papel para Medi-Cal, CCS y/o Healthy Families.

Medi-cal: teléfono 1-866-613-3777

<http://www.dhcs.ca.gov>

Las formas, las Leyes & Publicaciones

Las formas

Las aplicaciones (seleccione aplicación apropiada)

California Children's Service

CCS: teléfono 1-800-288-4584

<http://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

Medicare: teléfono 1-800-772-1213

<https://secure.ssa.gov/iCLM/rib>

Health Benefit Exchange phone (800)300-1506

<http://www.coveredca.com>