



MedStar Health

Políticas corporativas

Título:	Política Corporativa de Asistencia Financiera	Sección:	
Objetivo:	Garantizar la gestión uniforme del Programa de Asistencia Financiera Corporativa de MedStar Health, en todos los hospitales y consultorios médicos hospitalarios de MedStar Health.	Número:	
Formularios:		Fecha de vigencia:	10/1/2025

Política

1. Como uno de los principales sistemas de salud sin ánimo de lucro de la región, MedStar Health se compromete a garantizar que los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, que cumplan con los criterios de elegibilidad, y los pacientes que se determinen elegibles para una posible elegibilidad dentro de Maryland, el Distrito de Columbia o el norte de Virginia y que no cuenten con los recursos financieros, tengan acceso a los servicios hospitalarios médicamente necesarios. Los hospitales de MedStar Health y los consultorios médicos hospitalarios:
 - 1.1 Tratarán a todos los pacientes de forma equitativa, con dignidad, respeto y compasión.
 - 1.2 Atenderán las necesidades de atención médica de urgencias, de todas las personas que acuden a nuestros hospitales y consultorios médicos de los hospitales de MedStar Health, independientemente de la capacidad de pago del paciente.
 - 1.3 Ayudarán a aquellos pacientes que son admitidos a través de nuestro proceso de admisión para cuidados no urgentes y médicamente necesarios y que no pueden pagar por la atención que reciben.
 - 1.4 Equilibrará la asistencia financiera necesaria para algunos pacientes con responsabilidades fiscales más amplias, para mantener las puertas de sus hospitales abiertas para todos los que puedan llegar a necesitar atención en la comunidad.
2. MedStar Health no negará la asistencia financiera, ni denegará la solicitud de asistencia financiera de un paciente por motivos de raza, color, religión, ascendencia o nacionalidad, sexo, edad, estado civil, orientación sexual, identidad de género, información genética o por motivos de discapacidad. Además, MedStar Health no utilizará la condición de ciudadanía o de inmigración de un paciente como requisito de elegibilidad para la asistencia financiera.

Alcance

1. En el cumplimiento de sus compromisos, los hospitales y consultorios médicos hospitalarios de MedStar Health, trabajarán con sus pacientes que buscan atención de urgencias y médicamente necesaria, para conocer y comprender los recursos financieros de cada paciente. Basándose en esta información, los hospitales de MedStar Health y los consultorios médicos hospitalarios, determinarán la elegibilidad para la asistencia financiera de los pacientes que residen en Maryland, el Distrito de Columbia o el norte de Virginia. Para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, los hospitales y consultorios médicos hospitalarios de MedStar Health:
 - 1.1 Determinará si el paciente tiene seguro médico.
 - 1.2 Determinará si el paciente es posiblemente elegible para la atención gratuita o con reducción de costos.
 - 1.3 Determinará si los pacientes no asegurados tienen derecho a un seguro médico público o privado.

1.4 En la medida de lo posible, ofrecerá asistencia a los pacientes no asegurados si éstos deciden solicitar un seguro médico público o privado.

1.5 En la medida de lo posible, determinará si el paciente puede acogerse a otros programas públicos que puedan ayudar a financiar los gastos de la atención médica.

1.6 Si está disponible, usará la información que tiene el hospital, para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir atención gratuita o con reducción de costos, según la Política de Asistencia Financiera del hospital.

Definiciones

1. Atención gratuita

Asistencia financiera del 100% para la atención médicamente necesaria prestada a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, con ingresos familiares iguales o inferiores al 200% del Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). La asistencia gratuita se calcula en el momento del servicio o se actualiza, según corresponda, para tener en cuenta cualquier cambio en la situación económica del paciente que ocurra dentro de los 240 días siguientes a la emisión de la factura inicial del hospital.

2. Atención con reducción de costos

Asistencia financiera parcial para atención médicamente necesaria prestada a pacientes sin seguro, cuyos ingresos familiares se encuentren entre el 201% y el 400% del FPL. La atención con reducción de costos, según se define en la Sección 5.2, se calcula en el momento del servicio o se actualiza según corresponda, para tener en cuenta cualquier cambio en la situación económica del paciente que ocurra dentro de los 240 días siguientes a la emisión de la factura inicial del hospital.

3. Paciente con seguro insuficiente

Un "paciente con seguro insuficiente" se define como una persona que elige una cobertura de seguro de terceros con elevadas prestaciones que impliquen altos desembolsos de su bolsillo, o un paciente con cobertura de Medicare que da lugar a grandes saldos en la cuenta del paciente.

4. Dificultades financieras

Deuda médica, contraída por una familia durante un período de 12 meses, en los hospitales y consultorios médicos de MedStar Health, que exceda el 25% de los ingresos familiares. Esto significa que la prueba se aplica a los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente, con ingresos de hasta el 500% de las Guías Federales de Pobreza.

5. Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme de MedStar Health

Un documento de recopilación de datos de asistencia financiera uniforme. La Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme del Estado de Maryland, será utilizada por todos los hospitales y consultorios médicos de MedStar Health, independientemente de la ubicación geográfica del hospital o del consultorio. La Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera está redactada en un lenguaje sencillo; y no exige documentación que suponga un obstáculo indebido para que el paciente reciba la asistencia financiera.

6. Hoja de información del paciente de MedStar Health

Un resumen en lenguaje sencillo que proporciona información sobre la Política de Asistencia Financiera de MedStar Health, y los derechos y obligaciones del paciente en relación con la búsqueda y calificación de atención médica necesaria, gratuita o con reducción de costos. El formato de la Hoja de Información del Paciente del Estado de Maryland, desarrollado a través de los esfuerzos conjuntos de los Hospitales de Maryland y la Asociación de Hospitales de Maryland, será utilizado por todos los hospitales de MedStar Health y los

consultorios médicos de los hospitales, independientemente de la ubicación geográfica del hospital o del consultorio. La Hoja de Información del Paciente de MedStar Health, incluirá una sección que permite al paciente poner sus iniciales para indicar que ha sido informado de la Política de Asistencia Financiera.

7. AGB - Cantidad generalmente facturada

Cantidades facturadas a pacientes que califican para asistencia financiera de escala móvil de costos reducidos.

8. Deuda médica

Una “deuda médica” incluye los gastos de bolsillo por los costos médicos, pero no incluye los copagos, los coseguros ni los deducibles.

9. Planes de Pago

Los "Planes de pago" son planes de pago ofrecidos sobre una deuda médica adeudada por servicios prestados a pacientes que no son elegibles para la atención gratuita, de acuerdo con las directrices que puedan ser establecidas y modificadas por las agencias reguladoras apropiadas y descritas con más detalle en la Política de Facturación y Cobranza de MedStar.

Responsabilidades

1. MedStar Health dará amplia publicidad a la Política de Asistencia Financiera de MedStar Health, mediante:

- 1.1 Facilitando el acceso a la Política de Asistencia Financiera de MedStar Health, a las solicitudes de asistencia financiera, y a la hoja de información del paciente de MedStar Health, en todos los sitios web de los hospitales y portales del paciente.
- 1.2 Suministrando copias impresas de la Política de Asistencia Financiera de MedStar Health, de la Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme de MedStar Health y de la Hoja de Información del Paciente de MedStar Health a los pacientes que la soliciten.
- 1.3 Suministrando copias impresas de la Política de Asistencia Financiera de MedStar Health, de la Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme de MedStar Health y de la Hoja de Información del Paciente de MedStar Health a los pacientes que lo soliciten por correo, la cual no generará cargos.
- 1.4 Proporcionando una notificación e información sobre la Política de Asistencia Financiera de MedStar Health, mediante:
 - 1.4.1 La entrega de copias como parte de los procesos de registro o alta, y la comunicación de respuestas a preguntas sobre cómo solicitar asistencia.
 - 1.4.2 La entrega de notificaciones por escrito sobre los estados de cuenta.
 - 1.4.3 Exponer la información de la Política de Asistencia Financiera de MedStar Health en todos los puntos de registro del hospital, incluida la oficina comercial, informando a los pacientes de sus derechos a solicitar asistencia financiera y a quién dirigirse en el hospital para obtener información adicional.
 - 1.4.4 La traducción de la Política de Asistencia Financiera de MedStar Health, de la Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme de MedStar Health y de la Hoja de Información del Paciente de MedStar Health, a los idiomas principales que constituyan el menor de los 1000 individuos o el 5% de la población total dentro de la ciudad o el condado en el que se encuentra el hospital, según el censo más reciente.
- 1.5 MedStar Health proporcionará avisos públicos anuales en periódicos locales que sirven a la población objetivo del hospital.
- 1.6 Entrega de muestras de documentos y otros materiales relacionados, como los archivos adjuntos a la presente Política:

- 1.6.1 Anexo #1 – Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme de MedStar Health
 - 1.6.2 Anexo #2 - Hoja de Información del Paciente de MedStar Health
 - 1.6.3 Anexo # 3 – Lista traducida en los idiomas de todas las poblaciones importantes con bajo nivel de inglés (los documentos estarán disponibles previa solicitud y en los sitios web de los hospitales y los portales de los pacientes).
 - 1.6.4 Anexo #4 – Lista de verificación de requisitos de datos para la asistencia financiera de MedStar Health
 - 1.6.5 Anexo # 5 – Lista de contactos de asistencia financiera de MedStar Health e instrucciones para obtener copias gratuitas y solicitar asistencia
 - 1.6.6 Anexo # 6 – Proveedores elegibles para la Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de MedStar Health
- 1.7 Se deberá entregar la Hoja de Información del Paciente de MedStar Health al paciente, a la familia del paciente o al representante legal del paciente:
- 1.7.1 Antes del alta;
 - 1.7.2 Junto con la factura del hospital;
 - 1.7.3 Si el paciente la solicita; y
 - 1.7.4 En cada comunicación por escrito, relacionada con la factura del hospital, que se le envíe al paciente.
2. MedStar Health proporcionará una determinación de elegibilidad probable y posible para asistencia financiera al paciente, en un lapso de dos días hábiles contados desde la recepción de la solicitud inicial de asistencia financiera
- 2.1 Las determinaciones de elegibilidad probables y posibles se basarán en:
- 2.1.1 La recepción de una presentación inicial de la solicitud de Asistencia Financiera Uniforme de MedStar Health.
- 2.2 La determinación final de elegibilidad será tomada y comunicada al paciente, en función de la recepción y revisión de una solicitud completa.
- 2.2.1 La solicitud completa se define a continuación:
 - 2.2.1.a El paciente proporciona todos los documentos de respaldo, para completar la revisión de la solicitud y el proceso de decisión.
Véase el Anexo # 5 – Lista de verificación de requisitos de datos para la asistencia financiera de MedStar Health.
 - 2.2.1.b La solicitud ha sido aprobada por la dirección de MedStar Health de conformidad con la Política de ajuste de MedStar Health en relación con los protocolos de firmas y límites en las cantidades en dólares.
 - 2.2.1.c A la espera de una decisión definitiva, para el proceso de solicitud de Medicaid.
- 2.3 Al recibir una solicitud completa, MedStar Health tomará una determinación final de elegibilidad en un plazo de 14 días. Durante este periodo, se suspenderá cualquier acción de facturación y cobranza.
3. MedStar Health considera que sus pacientes tienen responsabilidades personales, relacionadas con los aspectos financieros de sus necesidades de atención médica. La asistencia financiera y los planes de pago disponibles bajo esta política no estarán disponibles para aquellos pacientes que no cumplan con sus responsabilidades. Para efectos de esta política, las responsabilidades del paciente incluyen:
- 3.1 Cumplir con la entrega de los formularios de información financiera necesarios para evaluar su elegibilidad para los programas de asistencia médica financiados con fondos públicos, los programas de atención de caridad y otras formas de asistencia financiera. Estos formularios de información deben completarse de forma precisa, veraz y oportuna, para que los centros de MedStar Health puedan asesorar adecuadamente a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
 - 3.1.1 Todos los pacientes deben demostrar que residen dentro de Maryland, el norte de Virginia o dentro del Distrito de Columbia. La documentación de prueba de residencia incluiría facturas de gas y energía,

comprobantes de pago, extractos bancarios, declaraciones de alquiler, etc. El paciente debe solicitar primero la elegibilidad para la Asistencia Médica, los Servicios de Emergencia de Asistencia Médica o cualquier otro programa de cobertura.

3.2 Trabajar con defensores del paciente y el personal de Servicios Financieros al Paciente, del hospital de MedStar Health, para garantizar que haya una comprensión completa de la situación y limitaciones financieras del paciente. El personal está capacitado para trabajar con el paciente, la familia del paciente y el representante autorizado del paciente con el fin de comprender:

3.2.1 La factura del paciente;

3.2.2 Los derechos y obligaciones del paciente con respecto a la factura del hospital, incluidos los derechos y obligaciones del paciente con respecto a la atención médicamente necesaria con reducción de costos, debido a una dificultad económica;

3.2.3 Cómo solicitar los programas estatales de asistencia médica y cualquier otro programa que pueda ayudar a pagar la factura del hospital; y

3.2.4 Cómo contactar al hospital para recibir asistencia.

3.3 Hacer los pagos correspondientes por los servicios, en el momento oportuno, incluidos los pagos realizados, de acuerdo con los calendarios de pagos diferidos y periódicos.

3.4 Proporcionar información financiera actualizada a los defensores del paciente del hospital MedStar Health o a los representantes del servicio de atención al cliente, de forma oportuna, debido a que las circunstancias financieras del paciente pueden cambiar.

3.5 Es responsabilidad del paciente, durante su período de elegibilidad de 12 meses, notificar a MedStar Health la elegibilidad existente en su hogar para la atención gratuita, la atención con reducción de costos, y/o la elegibilidad bajo las disposiciones de Dificultades Financieras para la atención médica necesaria recibida durante el período de elegibilidad de 12 meses.

3.6 En caso de que un paciente no cumpla con estas responsabilidades, MedStar Health se reserva el derecho de realizar esfuerzos adicionales de facturación y cobranza. En caso de falta de pago, los esfuerzos de cobranza y facturación se definen en la Política de Facturación y Cobranza de MedStar Health. En todos los sitios web de los hospitales y en los portales del paciente está disponible una copia gratuita en la siguiente URL: www.medstarhealth.org/FinancialAssistance, o llamando al servicio al cliente, al número 1-800-280-9006.

4. Según lo establecido en esta política, los pacientes de los hospitales y consultorios médicos de MedStar Health, pueden ser elegibles para la asistencia financiera total o asistencia financiera parcial con escala móvil. El Defensor del paciente y el personal de Servicios Financieros al Paciente determinarán la elegibilidad para asistencia financiera completa y la asistencia financiera parcial de escala móvil basándose en la revisión de los ingresos del paciente y su familia, otros recursos financieros a disposición de la familia del paciente, tamaño de la familia y la magnitud de los gastos médicos en que incurra el paciente.

5. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

5.1 Guías Federales de Pobreza. Basándose en los ingresos familiares y el tamaño de la familia, se calculará el porcentaje del Índice Federal de Pobreza (FPL) vigente del paciente.

5.1.1 Atención gratuita: La atención gratuita (asistencia financiera de 100%) estará disponible para los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares se encuentren entre 0% y 200% del FPL. El FPL se actualizará anualmente.

5.1.2 Atención con reducción de costos: La atención con reducción de costos estará disponible para aquellos pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, cuyos ingresos familiares se encuentren entre 201% y 400% del FPL. Según se define en la Sección 5.2, calculado al momento del servicio o

actualizado, según corresponda, para tener en cuenta cualquier cambio en la situación financiera del paciente que ocurra dentro de los 240 días posteriores a la emisión de la factura hospitalaria inicial. La atención con reducción de costos estará disponible basándose en una escala móvil, que se indica a continuación. Los descuentos se aplicarán a los importes generalmente facturados (ABG). El FPL se actualizará anualmente.

5.1.3 Para determinar el ingreso familiar de un paciente, el hospital debe aplicar un concepto de tamaño de familia que incluya al paciente y, por lo menos, a las siguientes personas:

- 5.1.3.a Un cónyuge, independientemente de si el paciente y su cónyuge deciden presentar una declaración conjunta de impuestos federales o estatales;
- 5.1.3.b Hijos biológicos, hijos adoptados o hijastros; y
- 5.1.3.c Cualquier persona por la que el paciente solicite una exención personal en la declaración de impuestos federales o estatales

En el caso de un paciente que sea un niño, el tamaño del hogar estará compuesto por el niño y las siguientes personas:

- 5.1.3.d Padres biológicos, padres adoptivos, padrastros o tutores;
 - 5.1.3.e Hermanos biológicos, hermanos adoptivos o hermanastros; y
 - 5.1.3.f Cualquier persona por la que los padres o tutores del paciente soliciten una exención personal en la declaración de impuestos federales o estatales.
- 5.1.4 MedStar Health proporcionará atención médica necesaria gratuita o con reducción de costos a todos los residentes calificados de Maryland, el Distrito de Columbia y el norte de Virginia, independientemente de su estatus migratorio.

5.2 Base para calcular los montos cobrados a los pacientes: Niveles de atención gratuita o atención con reducción de costos de escala móvil:

	Nivel de asistencia financiera	
	Atención gratuita/con reducción de costos	
Porcentaje ajustado del nivel de pobreza	Servicios regulados por la HSCRC	Hospitales de Washington, consultorios médicos hospitalarios y servicios no regulados por la HSCRC
0% hasta 200%	100%	100%
201% hasta 250%	75%	80%
251% hasta 300%	60%	60%
301% hasta 350%		40%
351% hasta 400%		20%

5.3 **Los Hospitales y Consultorios de MedStar Health** cumplirán con los requisitos de IRS 501(r), en cuanto a la limitación de los montos cobrados a los pacientes sin seguro, que buscan atención de emergencia y atención medicamente necesaria.

- 5.3.1 El cálculo de MedStar Health para las cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) será la cantidad que Medicare permitiría para pagar la atención, incluyendo las cantidades abonadas o reembolsadas y las pagadas por las personas, como los copagos, coseguros o deducibles.
- 5.3.2 Las cantidades facturadas a los pacientes que califiquen para la asistencia financiera con reducción de costos de escala móvil, no superará las cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés)

Ejemplo:

CARGOS BRUTOS	MONTO AGB PERMITIDO PARA MEDICARE	PACIENTE ELEGIBLE PARA ESCALA MÓVIL MONTO DE	ASISTENCIA FINANCIERA APROBADA COMO % DEL MONTO DE AGB PERMITIDO PARA MEDICARE	RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE
\$1,000.00	\$800.00	40%	\$320.00	\$480.00
** El % de la escala móvil variará según la Sección 5.2 - Base de cálculo de los importes que se cobran a los pacientes en esta póliza				

5.4 MedStar Health no cobrará tarifas adicionales, incluidos los intereses, por un monto que exceda los cargos establecidos por el servicio hospitalario por el cual se adeuda la Deuda Médica en una factura de un paciente que es elegible para recibir atención gratuita o con reducción de costos en virtud de la Política de Asistencia Financiera de MedStar Health.

6. ASISTENCIA FINANCIERA: FACTORES ADICIONALES UTILIZADOS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LA AYUDA FINANCIERA: DIFICULTADES FINANCIERAS.

- 6.1 MedStar Health proporcionará atención con reducción de costos, a los pacientes tanto asegurados como con seguro insuficiente, con ingresos familiares entre el 201% y el 500% del FPL que, durante un periodo de 12 meses, hayan incurrido en una deuda médica en el mismo hospital o consultorio médico hospitalario que supere el 25% de los ingresos familiares del paciente. La atención con reducción de costos estará disponible basándose en una escala móvil, que se indica a continuación.
- 6.2 Un paciente que reciba atención con reducción de costos por dificultades financieras y los miembros de la familia inmediata del paciente recibirán/mantendrán su elegibilidad para la atención médica necesaria con reducción de costos, cuando busquen atención posterior durante 12 meses a partir de la fecha en que se recibió la atención reducida. Es responsabilidad del paciente informar al hospital y al consultorio médico hospitalario MedStar Health sobre su elegibilidad existente, en caso de dificultades financieras durante el período de 12 meses.
- 6.3 Si un paciente es elegible para Atención gratuita / Atención con reducción de costos, y para dificultades financieras, el hospital y el consultorio médico hospitalario emplearán la política más generosa para el paciente
- 6.4 Niveles de la escala móvil para la atención con reducción de costos por dificultades financieras para los servicios regulados por HSCRC: Si un paciente es elegible para atención médicamente necesaria con reducción de costos debido a dificultades financieras, el hospital deberá reducir los gastos de bolsillo del paciente por el servicio hospitalario regulado:
1. Para un paciente con ingresos familiares de al menos el **201% pero no más del 250%** del nivel federal de pobreza, en un **75%**.
 2. Para un paciente con ingresos familiares de más del **250% pero no más del 300%** del nivel federal de pobreza, en un **60%**.
 3. Para un paciente con ingresos familiares de más del **300% pero no más del 350%** del nivel federal de pobreza, en un **50%**.

4. Para un paciente con ingresos familiares de más del **350% pero no más del 400%**, del nivel federal de pobreza, en un **45%**.
5. Para un paciente con ingresos familiares de más del **400% pero no más del 450%**, del nivel federal de pobreza, en un **40%**.
6. Para un paciente con ingresos familiares de más del **450% pero no más del 500%**, del nivel federal de pobreza, en un **35%**.

6.5 Niveles de escala móvil de atención reducida por dificultades financieras para hospitales de Washington, D.C., consultorios médicos hospitalarios y servicios no regulados por HSCRC: Si un paciente es elegible para atención médicamente necesaria con reducción de costos debido a dificultades financieras, los gastos de bolsillo del paciente deberán reducirse, sin exceder el 25% de los ingresos familiares.

7. MÉTODO PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA: DETERMINACIÓN INGRESOS Y ACTIVOS.

7.1 Los pacientes pueden obtener una Solicitud de Asistencia Financiera y otros documentos informativos:

- 7.1.1 En los sitios web de los hospitales y portales del paciente, a través de la siguiente URL: www.medstarhealth.org/FinancialAssistance;
- 7.1.2 De los Defensores del Paciente del hospital y/o Asociados de admisión/registro del hospital de MedStar Health; o
- 7.1.3 Comunicándose con servicio al cliente de Servicios Financieros al Paciente
- Ver el Anexo # 6 – Lista de Contactos de Asistencia Financiera e Instrucciones para obtener copias gratuitas y cómo solicitar asistencia.

7.2 MedStar Health solo tiene en cuenta los activos monetarios del hogar que superen los 100.000 dólares, excluyendo los activos de jubilación a los que el IRS haya concedido un trato preferente como cuenta de jubilación, incluyendo los planes de compensación diferida calificados según el Código de Rentas Internas o los planes de compensación diferida no calificados, a la hora de determinar la elegibilidad para la atención gratuita y de costo reducido, además de los criterios basados en los ingresos.

7.2.1

7.2.2

7.3 MedStar Health utilizará la Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme de MedStar Health como la solicitud estándar para todos los Hospitales de Medstar Health. MedStar Health solicitará al paciente suministrar todos los documentos necesarios para validar la información, a fin de tomar decisiones de elegibilidad.

7.4 Las solicitudes de asistencia financiera y la documentación de respaldo serán aplicables para determinar la elegibilidad de un programa (1) año contado desde la fecha de la solicitud. Adicionalmente, MedStar Health examinará la elegibilidad para todas las cuentas (incluyendo deudas incobrables) de los 240 días anteriores a la fecha de la solicitud.

7.5 Los pacientes a los que se les ofrecen descuentos, planes de pago o asistencia financiera tienen la responsabilidad permanente de proporcionar información financiera precisa y completa.

8. PRESUNTA ELEGIBILIDAD

8.1 Los pacientes que ya están inscritos en ciertos programas con comprobación de recursos, se consideran elegibles para recibir atención gratuita en régimen de presunción de elegibilidad. Como ejemplos de programas elegibles en el marco del Programa de Asistencia Financiera de MedStar Health incluyen, pero no se limitan a:

8.1.1 Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés);

8.1.2 Asistencia Temporal en Efectivo de Maryland (TCA, por sus siglas en inglés);

- 8.1.3 Todos los programas de Medicare / Medicaid de doble elegibilidad - SLMB QMB;
- 8.1.4 Todos los montos del Spend Down de Medicaid documentados por el Departamento de Servicios Sociales;
- 8.1.5 Pacientes que viven en un hogar con un niño inscrito en el programa de comidas gratuitas o con reducción de costos; y es elegible para el programa en función de los ingresos familiares;
- 8.1.6 Programa Estatal de Asistencia de Energía;
- 8.1.7 Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC por sus siglas en inglés);
- 8.1.8 Pacientes que reciben beneficios de otros programas de servicio social según lo determinado por el Departamento y la Comisión; y
- 8.1.9 Programas de Medicaid fuera del Estado.

MedStar Health evaluará continuamente todos los programas financiados con fondos públicos para determinar su elegibilidad, en virtud de la disposición de presunta elegibilidad de esta política.

8.2 Entre las categorías presuntamente elegibles adicionales se incluirán, con un mínimo de documentación:

- 8.2.1 Pacientes sin hogar, tal como quede documentado en los procesos de registro/entrevistas de admisión clínica.
- 8.2.2 Pacientes fallecidos sin patrimonio conocido, según conste en la documentación de registro médico, el certificado de defunción y la confirmación del Registro de Testamentos.
- 8.2.3 MedStar Health utilizará medios automatizados para probar las campañas de puntuación y las bases de datos para determinar la presunta elegibilidad para la asistencia financiera. Los pacientes a los que se les determine un ingreso de hasta el 200% del FPL se considerarán presuntamente elegibles para recibir atención médica gratuita.

8.3 Los pacientes que se consideren elegibles para Presunta Elegibilidad, como se define en las Secciones 8.1 y 8.2 de esta política, quedan automáticamente exentos de las Exclusiones del Programa, tal y como se definen en la sección de Exclusiones de esta póliza.

9. APELACIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA DE MEDSTAR HEALTH

- 9.1 En caso de que a un paciente se le niegue asistencia financiera, se proporcionará al paciente la oportunidad de apelar la decisión de negarle los servicios de Medstar Health.
- 9.2 Los pacientes deben presentar una carta de apelación por escrito al Director de Servicios Financieros para Pacientes con documentación de apoyo adicional. La información de contacto para presentar una apelación se encuentra en la carta de determinación de denegación de MedStar Health enviada al paciente.
- 9.3 Las cartas de apelación deben recibirse dentro de los 30 días siguientes a la determinación de la denegación de la ayuda financiera.
- 9.4 Las apelaciones de asistencia financiera serán revisadas por un equipo de apelaciones de MedStar Health. Los miembros del equipo serán el Director de Servicios Financieros para Pacientes, el Vicepresidente de Asistencia de Servicios Financieros para Pacientes y el Director Financiero del hospital.
- 9.5 Las decisiones de reconsideración de negación se comunicarán, por escrito, en un lapso de 30 días hábiles contados desde la recepción de la carta de apelación.
- 9.6 El paciente o el representante legal del paciente pueden solicitar la asistencia de la Unidad de Promoción y Educación de la Salud (HEAU, Health Education and Advocacy Unit), para la presentación y la mediación de una solicitud de reconsideración. Las solicitudes de asistencia deben dirigirse a:

Health Education and Advocacy Unit (Unidad de Promoción y Educación de la Salud)
 200 St Paul Place
 Baltimore, Maryland 21202
 Correo electrónico - heau@oag.state.md.us

Teléfonos: (410) 528-1840, o 1 (877) 261-8807
 Número de fax: (410) 576-6571

- 9.7 Si el Panel de Apelación de Medstar Health mantiene la determinación de denegación original, al paciente se le ofrecerá un plan de pagos para ayudarlo a pagar.

10. PLANES DE PAGO

- 10.1 Los pacientes a los que se les otorgan descuentos, planes de pago o asistencia financiera, tienen la responsabilidad permanente de brindar información financiera precisa y completa. En caso de que un paciente no cumpla con estas responsabilidades continuas, MedStar Health buscará cobros de los saldos abiertos del paciente de acuerdo con la Política Corporativa de Facturación y Cobranza de MedStar Health. MedStar Health se reserva el derecho de revertir los ajustes de la cuenta de asistencia financiera y de hacer seguimiento al pago de los saldos originales adeudados.

11. RECONSIDERACIONES DE DEUDAS INCOBRABLES Y REEMBOLSOS

- 11.1 En el caso de que un paciente que, dentro de un período de dos (2) años después de la fecha del servicio, fuera considerado elegible para recibir atención gratuita en esa fecha de servicio, MedStar Health iniciará una revisión de la(s) cuenta(s) para determinar la conveniencia de un reembolso al paciente por las cantidades cobradas que excedan los 25 dólares. MedStar Health puede reducir el período de 2 años a no menos de 30 días, después de la fecha en que el hospital solicite información a un paciente, o al garante de un paciente, para determinar la elegibilidad del paciente para la Atención Gratuita en el momento del servicio, si el hospital documenta la falta de cooperación del paciente o del garante de un paciente para proporcionar la información solicitada.
- 11.2 Es responsabilidad del paciente solicitar una revisión de la cuenta y proporcionar la documentación de apoyo necesaria, para determinar la elegibilidad de la asistencia financiera de atención gratuita.
- 11.3 Si el paciente no cumple con las solicitudes de documentación, MedStar Health documentará el incumplimiento del paciente. El paciente perderá cualquier derecho al reembolso o a la asistencia financiera.
- 11.4 Si MedStar Health obtiene una sentencia o comunica información desfavorable a una agencia de información crediticia, sobre un paciente que más tarde se considerará elegible para recibir asistencia financiera, MedStar Health tratará de anular la sentencia o suprimir la información adversa.
- 11.5 Si un paciente está inscrito en un plan de asistencia médica del gobierno, que requiere que el paciente pague de su bolsillo por los servicios hospitalarios, el hospital deberá proporcionar un reembolso que cumpla con los términos del plan del paciente

Exclusiones

1 EXCLUSIONES DEL PROGRAMA

El Programa de Asistencia Financiera de MedStar Health excluye de la elegibilidad para la asistencia financiera lo siguiente:

- 1.1 Los pacientes que busquen servicios médicos no necesarios, incluyendo procedimientos cosméticos.
- 1.2 Los pacientes que residen fuera de Maryland, el norte de Virginia y el Distrito de Columbia; se pueden hacer ciertas exenciones en los siguientes casos:
- 1.2.1 Remisiones de pacientes dentro del sistema de MedStar Health.

- 1.2.2 Los pacientes que acuden para tratamiento de emergencia, por medio de transporte de ambulancia terrestre o aérea.
- 1.3 Los pacientes que no cumplan con los procesos de inscripción para los programas de salud financiados con fondos públicos, programas de atención de caridad y otras formas de asistencia financiera.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente
