

Título:	Política corporativa de asistencia financiera	Sección:	
Propósito:	Garantizar la administración uniforme del Programa de Asistencia Financiera Corporativa de MedStar Health en todos los Hospitales y consultorios médicos de los hospitales de MedStar Health	Número:	
Formularios:		Fecha de entrada en vigencia:	01/12/2020

Política

1. Como uno de los principales sistemas de salud sin fines de lucro de la región, MedStar Health está comprometido a garantizar que los pacientes sin seguro y los pacientes con seguro insuficiente que cumplan con los criterios de elegibilidad y los pacientes que se determinen elegibles para la presunción de elegibilidad dentro de las comunidades que servimos y que carezcan de recursos financieros, tengan acceso a los servicios hospitalarios de emergencia y medicamente necesarios. Los hospitales y consultorios médicos de MedStar Health harán lo siguiente:

- 1.1 Tratarán a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión.
- 1.2 Atenderán las necesidades de atención médica de emergencia de todas las personas que se presentan en los hospitales MedStar Health y en los consultorios médicos de los hospitales, independientemente de la capacidad del paciente para pagar la atención.
- 1.3 Ayudará a los pacientes que ingresan a través de nuestro proceso de admisión para que reciban atención médica necesaria que no sea urgente y a quienes no puedan pagar por la atención que reciban.
- 1.4 Equilibrará la asistencia financiera necesaria para algunos pacientes con responsabilidades fiscales más amplias, con el fin de mantener las puertas de sus hospitales abiertas a todas las personas que puedan requerir de atención en su comunidad.

2. MedStar Health no denegará asistencia financiera ni rechazará una solicitud de asistencia financiera de un paciente por motivos de raza, color, religión, descendencia o nacionalidad, sexo, edad, estado civil, orientación sexual, identidad de género, información genética o discapacidad. Asimismo, MedStar Health no utilizará la ciudadanía ni la situación migratoria del paciente como requisito de elegibilidad para acceder a la asistencia financiera.

Alcance

1. Para cumplir con sus compromisos, los hospitales y consultorios médicos de MedStar Health trabajarán con sus pacientes que buscan atención de emergencia y medicamente necesaria para comprender los recursos financieros de cada paciente. Sobre la base de esta información y determinación de elegibilidad que se describen a continuación, los hospitales y consultorios médicos de MedStar Health proporcionarán asistencia financiera a los pacientes que residen en las comunidades en las que prestamos servicios de una o más de las siguientes maneras:
 - 1.1 Ayudar con la inscripción en programas de ayuda financiados con fondos públicos (por ejemplo, Medicaid).
 - 1.2 Remitir los pacientes a otros recursos del Insurance Exchange Navigator estatal o federal.
 - 1.3 Ayudar en la consideración de aporte de fondos que puedan obtenerse a partir de otras organizaciones benéficas.
 - 1.4 Proporcionar asistencia financiera de acuerdo con las directrices de las políticas aplicables.

1.5 Proporcionarán asistencia financiera para el pago de los cargos del hospital y del consultorio médico de MedStar Health utilizando una escala móvil basada en el ingreso familiar y los recursos financieros del paciente.

1.6 Ofrecer planes de pago para ayudar a los pacientes con la financiación de sus servicios de salud.

Definiciones

1. Atención gratuita

100% de Asistencia financiera para cuidados médicamente necesarios proporcionados a los pacientes sin seguro, cuyos ingresos familiares se encuentren entre 0% y 200% del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL).

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 200% y el 400% del FPL.

3. Paciente con seguro insuficiente

Un "paciente con seguro insuficiente" se define como una persona que elige cobertura de seguro de responsabilidad civil con beneficios de seguro que impliquen altos desembolsos de su bolsillo o un paciente con cobertura de Medicare, los cuales ocasionen saldos elevados en sus cuentas de paciente.

4. Dificultades financieras

Deuda médica, contraída por un hogar durante un período de 12 meses, en el mismo hospital y consultorio médico de MedStar Health que exceda el 25% de los ingresos del hogar. Esto significa que la prueba se aplica a los pacientes no asegurados e insuficientemente asegurados con ingresos de hasta el 500% de las Directrices 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.

6. Hoja de información para el paciente de MedStar Health

Un resumen en lenguaje sencillo que proporciona información sobre la Póliza de Asistencia Financiera de MedStar Health, y los derechos y obligaciones del paciente en relación con la búsqueda y calificación de atención médica gratuita o de costo reducido que sea médicamente necesaria. 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.

7. AGB - Cantidad generalmente facturada (AGB – Amount Generally Billed)

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

8. Deuda médica

Una "deuda médica" incluye los gastos de bolsillo por los costos médicos cobrados por un hospital, pero no incluye los copagos, los coseguros ni los deducibles.

Responsabilidades

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

- 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 para el paciente de MedStar Health a los pacientes a que hagan una petición 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 La visualización de la información de la Política de asistencia financiera de MedStar Health en todos los puntos de registro del hospital.
 - 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 para el paciente de MedStar Health a los idiomas principales de todas las poblaciones importantes con dominio limitado del inglés.
- 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 Apéndice #1 – Solicitud de Asistencia financiera uniforme de MedStar Health
 - 1.6.2 Apéndice #2 - Hoja de Información del Paciente de MedStar Health
 - 1.6.3 Apéndice # 3 – Lista traducida en los idiomas de todas las poblaciones importantes con bajo nivel de inglés (los documentos estarán disponibles a petición y en los sitios web y portales de pacientes de hospital)
 - 1.6.4 Anexo #4 – Lista de códigos ZIP de las comunidades servidas por el hospital
 - 1.6.5 Anexo # 5 – Lista de verificación de requisitos de datos para la asistencia financiera de MedStar Health
 - 1.6.6 Anexo # 6 – Lista de contactos de asistencia financiera de MedStar Health e instrucciones para obtener copias gratuitas y solicitar asistencia
 - 1.6.7 Anexo # 7 - Proveedores elegibles para FAP (FAP, Política de asistencia al paciente) de MedStar Health

1.7 Se deberá proporcionar 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 que se le envíe al paciente en relación con la factura del hospital.

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 completada.
 - 2.2.1 La solicitud completada se define a continuación:
 - 2.2.1.a Todos los documentos de respaldo son proporcionados por el paciente 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 los directores 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 final para el proceso de solicitud de Medicaid.

2.3 Luego de recibir una solicitud completa, MedStar Health tomará una determinación final de elegibilidad dentro de un período de 14 días. Durante este período, se suspenderán la facturación y las medidas de cobro.

3. MedStar Health considera que sus pacientes tienen responsabilidades personales relacionadas con los aspectos financieros de sus necesidades de salud. La asistencia financiera y los planes de pagos periódicos disponibles en el marco de esta política no estarán disponibles para aquellos pacientes que no cumplan con sus responsabilidades. Para los propósitos de esta política, las responsabilidades del paciente incluyen:

3.1 Cumplir con la obligación de presentar los formularios de información financiera necesarios para evaluar su elegibilidad para los programas de salud financiados con fondos públicos, programas caritativos de atención a la salud y otros formularios de asistencia financiera. Estos formularios de revelación de información deben ser completados con exactitud, veracidad y de manera oportuna, a fin de permitir a los centros de salud de MedStar Health asesorar adecuadamente a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

3.1.1 Todos los pacientes deben proporcionar prueba de residencia dentro del área de servicio del hospital definida. La documentación de prueba de residencia incluiría facturas de gas y electricidad, talones de pago, estados de cuenta bancarios, estados 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.

3.3 Hacer los pagos aplicables por los servicios de una manera oportuna, incluyendo los pagos realizados de conformidad con el calendario de pagos diferidos y periódicos.

3.4 Proporcionar información financiera actualizada a los Defensores del paciente o a los Representantes de atención al cliente del hospital de MedStar Health de manera oportuna en vista de que la situación financiera del paciente pudiera cambiar.

3.5 Es responsabilidad del paciente, durante su período de elegibilidad de 12 meses, notificar a MedStar Health sobre la elegibilidad existente en su hogar para recibir atención gratuita, atención a costo reducido y/o elegibilidad en virtud de 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 poner en práctica esfuerzos de facturación y cobro adicionales. Para los casos de falta de pago, los esfuerzos de facturación y cobro están definidos en la Política de facturación y cobro de MedStar Health. En todos los sitios web de los hospitales y en los portales del paciente está disponible una copia gratuita mediante la siguiente URL:

www.medstarhealth.org/FinancialAssistance, o llamando al servicio al cliente, al número 1-800-280-9006.

4. Los pacientes de los hospitales y consultorios médicos de los hospitales de MedStar Health pueden ser elegibles para la asistencia financiera total o asistencia financiera parcial con escala móvil, según se establece en esta política. 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 (hogar), 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 Directrices federales de pobreza. Basándose en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia, se calculará el porcentaje del nivel federal de pobreza (FPL) para el paciente actualizado para la fecha en cuestión.

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 cuyo grupo familiar tenga ingresos entre 200% y 400% del FPL. La atención con reducción de costos estará disponible basándose en una escala móvil, que se indica a continuación. Los descuentos serán aplicados a las cantidades generalmente facturadas (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 los pacientes menores de edad, el tamaño de la familia debe incluir al menor y a las siguientes personas:

5.1.3d Padres biológicos, padres adoptivos, padrastros o tutores;

5.1.3e Hermanos biológicos, hermanos adoptivos o hermanastros; y

5.1.3f Cualquier persona por la que los padres o tutores del paciente soliciten una exención personal en la declaración de impuestos federales o estatales.

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

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 en hospitales y servicios no regulados por la HSCRC
0% hasta 200%	100%	100%
201% hasta 250%	40%	80%
251% hasta 300%	30%	60%
301% hasta 350%	20%	40%
351% hasta 400%	10%	20%
más de 400%	ninguna asistencia financiera	ninguna asistencia financiera

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 procuren atención de emergencia y medicamento necesaria.

5.3.1 El cálculo de MedStar Health para las cantidades generalmente facturadas (AGB, Amounts Generally Billed, 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 AGB.

Ejemplo:

CARGOS BRUTOS	MONTO AGB PERMITIDO PARA MEDICARE	** PACIENTE ELEGIBLE PARA DE 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 para calcular las cantidades a cobrar a los pacientes en esta Política				

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

- 6.1 MedStar Health proveerá Atención de Costo Reducido a pacientes, sin seguro o con seguro insuficiente, con ingresos familiares entre el 201% y el 500% del FPL que, en un período de 12 meses, hayan contraído una deuda médica en el mismo hospital o en el mismo consultorio médico del hospital que supere el 25% de los ingresos familiares del paciente. La atención a costo reducido estará disponible sobre la base de una escala móvil según se indica a continuación.
- 6.2 Un paciente que reciba atención de costo reducido por dificultades financieras y los familiares inmediatos del paciente recibirán o mantendrán su elegibilidad para recibir atención médica de costo reducido cuando busquen atención posterior durante 12 meses a partir de la fecha en que se recibió la atención reducida. Es la responsabilidad del paciente informar al hospital y al consultorio médico del hospital 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 de costo reducido, y para dificultades financieras, el hospital y el consultorio médico del hospital emplearán la política más generosa para el paciente.
- 6.4 Niveles de la escala móvil para la atención con reducción de costos para dificultades financieras:

Nivel de Asistencia financiera - Dificultades financieras		
Porcentaje ajustado del nivel de pobreza	Servicios regulados por la HSCRC	Hospitales de Washington, los consultorios médicos en hospitales y servicios no regulados por la HSCRC
201% hasta 500%	No debe exceder el 25% del ingreso familiar	No debe exceder el 25% del ingreso familiar

EJEMPLO: Cálculo de dificultades para pagar facturas médicas		
Deuda médica de 12 meses	Ingresos anuales del hogar	% de deuda médica respecto a los ingresos anuales del hogar
\$25,000	\$50,000	50.0%
25% de los ingresos anuales del hogar / Responsabilidad del paciente (B)		
\$12,500		
Subsidio por dificultades médicas = (A) menos (B)		
\$12,500		

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 A partir de Defensores del paciente de hospital y/o Asociados de admisión/registro del hospital de MedStar Health; o
 - 7.1.3 Comunicándose con Servicios al Cliente de Servicios financieros al paciente
- Véase el Anexo # 6 – Lista de contactos de Asistencia financiera e Instrucciones para obtener copias gratuitas y cómo solicitar asistencia
- 7.2 MedStar Health evaluará los recursos financieros del paciente **EXCLUYENDO:**
 - 7.2.1 Los primeros \$ 250.000 de inversión neta en la residencia principal del paciente
 - 7.2.2 Los fondos invertidos en planes de pensiones y de jubilación para los que el IRS haya concedido trato preferencial como cuenta de jubilación, incluidos los planes de compensación diferida que cumplan con los requisitos del Código de Impuestos Internos y los planes de compensación no diferida.
 - 7.2.3 Los primeros \$ 10.000 en activos monetarios como, por ejemplo, cuenta bancaria, acciones, certificados de depósito, etc.

7.2.4 Un vehículo motorizado utilizado para el transporte del paciente o algún miembro de la familia del paciente.

7.2.5 Cualquier recurso que se excluya del proceso de determinación de elegibilidad financiera conforme a la disposición de los Programas de Asistencia Médica de la Ley de Seguridad Social.

7.2.6 Los fondos para la educación superior prepaga que estén en una cuenta del Programa 529 de un estado específico.

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 continua de proporcionar información financiera precisa y completa. En el caso de que un paciente no cumpla con estas responsabilidades de manera continua, el paciente pasará a ser financieramente responsable del monto original que deba pagar, menos los pagos realizados hasta la fecha.

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 figuran, sin sentido limitativo:

8.1.1 Programa federal de asistencia nutricional complementario (SNAP);

8.1.2 Asistencia provisional en efectivo de Maryland (TCA);

8.1.3 Todos los programas duales elegibles de Medicare/Medicaid - SLMB QMB;

8.1.4 Todas las cantidades gastadas en servicios médicos que compensen un exceso de ingresos para calificar para Medicaid (Medicaid Spend Down) documentadas según los archivos del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services);

8.1.5 Pacientes que viven en un hogar con niños inscritos en el Programa de Comida Gratuita o a Precio Reducido;

8.1.6 Programa Estatal de Asistencia de Energía;

8.1.7 Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC);

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 de otro 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 sucesión conocida según conste en la documentación de registro médico, certificado de defunción y confirmación con el Registrador 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 la Elegibilidad Presunta, como se define en las Secciones 8.1 y 8.2 de esta política, quedan automáticamente exentos de las Exclusiones del Programa, como se define en la sección de Exclusión de esta política.

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 la presentación de una apelación se encontrará en la carta de determinación de denegación de MedStar Health enviada al paciente.

9.3 Las cartas de apelación deben ser recibidas en un lapso de 30 días contados a partir de la determinación de denegación de asistencia financiera.

9.4 Las apelaciones de asistencia financiera serán revisadas por un equipo de Apelaciones de MedStar Health. Entre los miembros del equipo figuran el Director de Servicios financieros del paciente, el Vicepresidente de Servicios financieros de asistencia al paciente 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 Educación y Promoción de la Salud (Health Education and Advocacy Unit, HEAU) para la presentación y la mediación de una solicitud de reconsideración. Las solicitudes de asistencia deben enviarse a la siguiente dirección:

Health Education and Advocacy Unit
200 St Paul Place
Baltimore, Maryland 21202
Dirección de correo electrónico: heau@aog.state.md.us

Teléfono: (410) 528-1840 o 1 (877) 261-8807
Fax: (410) 576-6571

Sitio web de HEAU: <https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>

9.7 Si el Panel de apelaciones de Medstar Health confirma la Resolución de denegación original, al paciente se le ofrecerá un plan de pago para ayudarlo a pagar.

10. PLANES DE PAGO

10.1 MedStar Health pondrá a disposición planes de pago, según la Política corporativa de Planes de pago de MedStar, a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares se encuentren por encima de 200% del nivel federal de pobreza, y que no cumplan con los criterios de elegibilidad para Asistencia financiera de MedStar Health o los programas de asistencia financiera.

10.2 Los pacientes a quienes se ofrezcan descuentos, planes de pago o asistencia financiera tienen la responsabilidad de proporcionar continuamente información financiera exacta y completa. En caso de que un paciente no cumpla con estas responsabilidades continuas, MedStar Health procurará el cobro de los saldos abiertos, de conformidad con la Política corporativa de facturación y cobro a los pacientes de MedStar Health. MedStar Health se reserva el derecho de revertir los ajustes de cuenta de asistencia financiera y exigir el pago de los saldos adeudados originales.

11. RECONSIDERACIONES DE DEUDA INCOBRABLE Y REEMBOLSOS

11.1 En caso de que se determine que, en un lapso de un período de dos (2) años posteriores a la fecha de servicio un paciente es elegible para atención gratuita para las fechas del servicio en cuestión, MedStar Health iniciará una revisión de la cuenta(s) para determinar la idoneidad de un reembolso para el paciente por aquellas cantidades cobradas que excedan \$25.

11.2 Es responsabilidad del paciente solicitar una revisión de la cuenta y proporcionar la documentación de respaldo necesaria para determinar la elegibilidad para obtener asistencia financiera, a fin de disfrutar de atención gratuita.

11.3 Si el paciente no cumple con las solicitudes de documentación, MedStar Health documentará el incumplimiento del paciente. El paciente deberá renunciar a cualquier reclamación a un reembolso al paciente o asistencia para atención gratuita.

11.4 Si MedStar Health obtiene un fallo adverso o envía informes adversos a una agencia de informes de crédito para un paciente a quien posteriormente se determine como elegible para recibir asistencia financiera, MedStar Health tratará de anular el fallo y retirar dicha información adversa.

Exclusiones

1 EXCLUSIONES DEL PROGRAMA

El programa de asistencia financiera de MedStar Health excluye lo siguiente:

1.1 Los pacientes que procuren servicios médicos no necesarios, incluyendo procedimientos cosméticos.

1.2 Los pacientes que residan fuera del área de servicio con códigos zip definidos de un hospital. Pueden realizarse ciertas exenciones en los siguientes casos:

1.2.1 Las remisiones de pacientes entre el Sistema de la Red 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, los programas caritativos de atención y otras formas de asistencia financiera.