**HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE DE MEDSTAR**

**Política de Asistencia financiera de MedStar Health (FAP)**

MedStar Health está comprometida con la tarea de asegurarse de que los pacientes no asegurados dentro de su área de servicio, quienes carezcan de recursos financieros, tengan acceso a servicios de emergencia y hospitalarios médicamente necesarios. **Si usted no puede pagar por la atención médica, no tiene otras opciones de seguro o fuentes de pago, incluyendo Asistencia médica, responsabilidad por litigios o ante terceros, usted puede calificar para atención médica necesaria gratuita o con reducción de costos.**

**MedStar Health cumple o supera los requisitos legales proporcionando asistencia financiera a aquellas personas de grupos familiares que se encuentren por debajo de 200% del nivel federal de pobreza, y atención con reducción de costos de hasta 400% del nivel federal de pobreza y no excedan las cantidades generalmente facturadas (AGB).**

**Planes de pago se ofrecen sobre una deuda medica adeudada por servicios prestados a pacientes que no son elegibles para recibir atención gratuita.**

**Derechos del paciente**

**MedStar Health trabajará con sus pacientes que no cuenten con seguro para lograr una comprensión de los recursos financieros de cada paciente.**

* **Ello permitiría disponer de ayuda con la inscripción en un programa de derecho a atención financiada con fondos públicos (por ejemplo, Medicaid) u otras consideraciones de financiación que puedan estar disponibles a partir de otras organizaciones benéficas.**
* **Si usted no califica para recibir asistencia médica, o asistencia financiera, usted pudiera ser elegible para un plan de pagos prorrogados de las facturas médicas hospitalarias.**
* **Si usted cree que ha sido remitido por error a una agencia de cobro, usted tiene el derecho a comunicarse con el hospital para solicitar asistencia. (Vea la información de contacto más abajo).**

**Obligación del paciente**

**MedStar Health considera que sus pacientes tienen responsabilidades personales relacionadas con los aspectos financieros de sus necesidades de salud. Se espera que nuestros pacientes:**

* **Cooperen en todo momento proporcionando información de seguro y financiera completa y precisa.**
* **Proporcionen los datos solicitados para completar las solicitudes de Medicaid de una manera oportuna.**
* **Cumplan de manera sostenida los términos del plan de pago establecido.**
* **Nos comuniquen oportunamente cualquier cambio en las circunstancias llamando al número que aparece a continuación.**

**Contactos:**

**Llame al (410) 933-4966 or 1-844-817-6087 si tiene preguntas relativas a:**

* **Su cuenta de hospital.**
* **Sus derechos y obligaciones con respecto a la factura del hospital.**
* **Cómo solicitar Medicaid de Maryland.**
* **Cómo obtener copias de la Política y solicitud de Asistencia financiera de MedStar por correo convencional.**
* **Cómo realizar la solicitud para el Programa de Asistencia financiera de Medstar Health para obtener atención gratuita o con reducción de costos.**
* **En la página web del hospital y en los portales del paciente puede encontrar traducciones en varios idiomas de todos los documentos e información relacionada con PAF.**

**Para obtener copias gratuitas de la Política y la solicitud de asistencia financiera, e instrucciones sobre la solicitud, visite nuestro sitio web en:** [**www.medstarhealth.org/FinancialAssistance**](http://www.medstarhealth.org/FinancialAssistance)**, o visite el Departamento de admisión de cualquier hospital de MedStar Health.**

**Para apelar su determinacion de asistencia financiera, envie su apelacion por escrito dentro de los diez dias posteriores a la recepcion de su determinacion a:**

**MedStar Health**

**PO Box 411019**

**Boston, MA 02241-1019**

**Puede comunicarse con la Unidad de Educacion y Defensa de la Salud (HEAU) para completar y mediar la solicitud de reconsideracion.  La solicitud de asistencia debe dirigirse a:**

**Health Education and Advocacy Unit**

**200 St Paul Place**

**Baltimore,Maryland 21202**

**Email:** [**heau@oag.state.md.us**](mailto:heau@oag.state.md.us)

**Numero de  Telefono:  (410) 528-1840, or 1 (877) 261-8807**

**Numero de Fax:  (410) 576-6571**

**Correo electronico de HEAU:** [**https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx**](https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx)

**Para obtener información acerca de la Asistencia Médica de Maryland**

**Comuníquese con su departamento local de servicios sociales**

**1-800-332-6347 TTY: 1-800-925-4434**

**O visite: www.dhs.maryland.gov**

**Para obtener información sobre la Asistencia médica de DC**

**Comuníquese con su Departamento local de Servicios Humanos**

**(202) 671-4200 TTY: 711**

**O visite: www.dhs.dc.gov**

**Los cargos de los médicos no se incluyen en las cuentas de hospital y se facturan por separado.**