

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:	12/01/2019

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, los pacientes con seguro insuficiente que cumplan con los criterios de dificultades médicas 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 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 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.

Alcance

1. Para cumplir con sus compromisos, los hospitales y consultorios médicos de MedStar trabajarán con sus pacientes no asegurados 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, los hospitales y consultorios médicos de MedStar proporcionarán asistencia financiera a los pacientes no asegurados 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 utilizando una escala móvil basada en el ingreso familiar y los recursos financieros del paciente.
 - 1.6 Ofrecer planes de pago periódicos 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 FPL (Federal Poverty Level, Nivel federal de pobreza).

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, los cuales ocasionen saldos elevados en sus cuentas de paciente.

4. Dificultades médicas

Deuda médica, contraída por un hogar durante un período de 12 meses, en el mismo hospital y consultorio médico de MedStar 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

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, independientemente de la ubicación geográfica del hospital o del consultorio.

6. Hoja de información para el paciente de MedStar

Un resumen en lenguaje sencillo que proporciona información sobre la Póliza de Asistencia Financiera de MedStar, 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 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.

Responsabilidades

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

- 1.1 Facilitando el acceso a la Política de Asistencia financiera de MedStar, a las solicitudes de asistencia financiera, y a la Hoja de información del paciente de MedStar 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, de la Solicitud de Asistencia financiera uniforme de MedStar y de la hoja de información del paciente de MedStar a los pacientes que la soliciten.
- 1.3 Suministrando copias impresas de la Política de asistencia financiera de MedStar, de la Solicitud de asistencia financiera uniforme de MedStar y de la hoja de información para el paciente de MedStar 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 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 en todos los puntos de registro del hospital.
 - 1.4.4 La traducción de la Política de Asistencia financiera de MedStar, de la Solicitud de asistencia financiera uniforme de MedStar y de la hoja de información para el paciente de Medstar 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
 - 1.6.2 Apéndice #2 - Hoja de Información del Paciente de MedStar
 - 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
 - 1.6.6 Anexo # 6 – Lista de contactos de asistencia financiera de MedStar 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

2. MedStar 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.

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

2.2.1.b La solicitud ha sido aprobada por los directores de MedStar de conformidad con la Política de ajuste de MedStar 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.

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 asesorar adecuadamente a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

3.2 Trabajar con Defensores del paciente y el personal de Servicios financieros al paciente del centro 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 del centro o a los Representantes de atención al cliente 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 médicas 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 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. 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 sin seguro de los centros de Medstar Health pueden ser elegibles para la asistencia financiera total o asistencia financiera parcial con escala móvil, ambas previstas 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 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 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 No elegibilidad. Si este porcentaje supera el 400% del FPL, el paciente no será elegible para el Atención gratuita o Atención con reducción de costos (a menos que se determine elegible basándose en criterios de Dificultades médicas, los cuales se definen a continuación). El FPL se actualizará anualmente.

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

Porcentaje ajustado del nivel de pobreza	Nivel de asistencia financiera	
	Atención gratuita/con reducción de costos	
	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** 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 médicamente 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 cantidades generalmente facturadas (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 MÉDICAS.

- 6.1 MedStar Health proveerá Atención de Costo Reducido a pacientes 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 médicas 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 sobre su elegibilidad existente en caso de dificultades para pagar facturas médicas durante el período de 12 meses.
- 6.3 Si un paciente es elegible para Atención gratuita / Atención de costo reducido, y para Atención médica de emergencia, 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:

Nivel de Asistencia financiera - Dificultades médicas		
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

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

7.2.3 Los primeros \$ 10.000 en activos monetarios como, por ejemplo, cuenta bancaria, acciones, certificados de depósito, etc.

7.3 MedStar Health utilizará la Solicitud de Asistencia financiera uniforme de MedStar 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 6 meses anteriores a la fecha de la solicitud.

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 de asistencia nutricional complementario de Maryland (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 Otros Programas de pagadores no participantes

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 asistencia financiera.

8.3 Los pacientes que se consideren elegibles para la Elegibilidad Presunta, como se define en 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 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 Si el Panel de apelaciones de Medstar Health confirma la Resolución de denegación original, al paciente se le ofrecerá un plan de pago.

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 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. MedStar se reserva el derecho de revertir los ajustes de cuenta de asistencia financiera y exigir al paciente 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 atención gratuita, 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 asegurados que puedan tener un seguro "insuficiente" (por ejemplo, pacientes con altos deducibles/co-seguro) que no cumplan con los criterios de elegibilidad por Dificultades médicas, tal como se definen en la Sección 6 de esta política.

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

1.3 Ciudadanos no-estadounidenses y extranjeros-nacionales que viajen a los Estados Unidos en busca de atención médica.

1.4 Los pacientes que residan fuera del área de servicio con códigos zip definidos de un hospital.

1.5 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.

2 RENUNCIAS ESPECIALES A LAS EXCLUSIONES DEL PROGRAMA

2.1 Ciudadanos no estadounidenses con estatus de residente permanente/extranjero residente según lo definido por la Oficina de Ciudadanía y

Servicios de Inmigración que hayan recibido una tarjeta verde que pueda servir como prueba de residencia dentro del área de servicio definida del hospital.

2.2 Ciudadanos no-estadounidenses con estatus de asilo político aprobado según la documentación de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración que puedan proveer prueba de residencia dentro del área de servicio definida del hospital.

2.3 Todos los demás ciudadanos no estadounidenses que puedan proporcionar prueba de residencia dentro de los Estados Unidos y el 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. Las personas que no son ciudadanas de los Estados Unidos deben solicitar primero la elegibilidad para los Servicios de Emergencia de Asistencia Médica y otros programas para personas mayores de edad.

2.4 Los requisitos del área de servicio del código zip definido por el hospital no serán tenidos en cuenta:

2.4.1 Remisiones de pacientes entre el Sistema de la Red de Medstar Health.

2.4.2 Pacientes que acuden para tratamiento de emergencia por medio de transporte de ambulancia terrestre o aérea.

Como se ha indicado anteriormente, 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.