

Financial Assistance Policy Information

The Johns Hopkins All Children's Hospital Financial Assistance Policy

can apply to any patient who is not receiving medical care deemed, cosmetic in nature, elected to be self-pay or as defined by our policy. Families who meet Financial Assistance eligibility criteria may receive discounted care if their family income ranges between 400 percent above the Federal Poverty Level (FPL) or is at or below 200 percent FPL. No one eligible for Financial Assistance will be charged more than amounts generally billed for services as defined by our policy.

Financial Assistance is also available to patients and families who are not eligible for Florida Medical Assistance (Medicaid) through the Department of Children and Family Services, or any other governmental program, including Medicare.

Patients and families must provide all necessary information for processing the request for Financial Assistance.

Application Process & Notification

Patients and their families are responsible for starting and completing the Financial Assistance application in a timely manner and providing any information needed to complete the application. You may apply for Financial Assistance before services are rendered, throughout the treatment process, and at any time during the billing and collection process. Please contact our dedicated Financial Assistance line at **443-997-3067** for an application or go to our website: HopkinsMedicine.org/patient_care/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance.html

Notification

We will attempt to contact all applicants by phone and also provide written notification of whether their request was approved, denied or requires more information. Any incomplete or unsigned applications cannot be processed for approval. We will attempt to notify you by phone and in writing at the last known address available.

Eligibility Criteria

Families will be asked to apply for a determination from Florida Medical Assistance (Medicaid) through the Department of Children and Family services and apply all required information needed to complete the application. Apply at: myflorida.com/accessflorida

Appeal Process

If your request for Financial Assistance was denied, you may appeal this decision by contacting Johns Hopkins All Children's Hospital at **855-662-3017** and request reconsideration. Please allow 30 days for the appeal process to be completed.

Johns Hopkins All Children's Hospital

Physical Location:

Business Office Department 2405
601 7th Street South, Suite 100
St. Petersburg, FL 33701

Mailing Location:

3910 Keswick Road, Suite S-5100
Attn: Financial Assistance
Baltimore, MD 21211

Phone: 443-997-3067

Fax: 443-769-1250

Email: FinancialAssistance@jhmi.edu

HopkinsAllChildrens.org



all we do.
all for kids.™

Información sobre la política de ayuda económica

La política de asistencia financiera de Johns Hopkins All Children's Hospital

aplica para cualquier paciente que no reciba atención médica considerada, de naturaleza cosmética, elegida para pago propio o según lo defina nuestra política. Las familias que cumplan con los criterios de elegibilidad de asistencia financiera podrán recibir un descuento en su atención médica si su ingreso familiar oscila entre el 400 por ciento por encima del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) o si se encuentra en el FPL o en el 200 por ciento por debajo del FPL. A ninguna persona elegible para asistencia financiera se le cobrará más que los montos que por lo general se facturan por servicios, según lo define nuestra política.

La asistencia financiera también se encuentra disponible para pacientes y familias que no son elegibles para recibir asistencia médica en Florida (Medicaid) mediante el Departamento de Servicios para Niños y Familias o cualquier otro programa gubernamental, incluido Medicare.

Los pacientes y las familias deben brindar toda la información necesaria para procesar la solicitud de asistencia financiera.

Proceso de solicitud y notificación

Los pacientes y sus familias son los responsables de iniciar y completar la solicitud de asistencia financiera de forma oportuna y de brindar la información necesaria para completar la solicitud. Puede solicitar asistencia financiera antes de que se presten los servicios, a lo largo del proceso de tratamiento y en cualquier momento durante el proceso de facturación y cobro. Contáctenos mediante nuestra línea exclusiva de asistencia financiera al **443-997-3067** para una solicitud o visite nuestro sitio web: HopkinsMedicine.org/patient_care/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance.html

Notificación

Intentaremos comunicarnos con todos los candidatos por teléfono, así como brindar una notificación por escrito acerca de la aprobación, el rechazo o la falta de más información de su solicitud. Cualquier solicitud incompleta o sin firmar no se puede procesar para su aprobación. Intentaremos notificarlo por teléfono y por escrito a la última dirección conocida disponible.

Criterio de elegibilidad

Se pedirá a las familias que soliciten una determinación de asistencia médica en Florida (Medicaid) mediante el Departamento de Servicios para Niños y Familias y que la solicitud. Aplicar en: myflorida.com/accessflorida

Proceso de apelación

Si se denegó su solicitud de asistencia financiera, puede apelar esta decisión comunicándose con Johns Hopkins All Children's Hospital al **855-662-3017** y solicitar una reconsideración. Espere 30 días para que se complete el proceso de apelación.

Johns Hopkins All Children's Hospital

Ubicación física:

Business Office Department 2405
601 7th Street South, Suite 100
St. Petersburg, FL 33701

Dirección postal:

3910 Keswick Road, Suite S-5100
a/a: Financial Assistance
Baltimore, MD 21211

Phone: 443-997-3067

Fax: 443-769-1250

Email: FinancialAssistance@jhmi.edu

HopkinsAllChildrens.org



all we do.
all for kids.™