

PROPÓSITO:

Willapa Harbor Hospital está comprometido con prestar servicios de atención médica de emergencia a todas las personas que los necesitan, independientemente de su capacidad de pago. Con el fin de proteger la integridad de las operaciones y cumplir este compromiso, se establecen estos criterios para dar asistencia económica, de acuerdo con los requisitos del Código Administrativo de Washington (WAC) 246-453. Estos criterios ayudarán al personal a tomar decisiones coherentes y objetivas con respecto a la elegibilidad para la asistencia económica a la vez de asegurarse de que se mantenga una sólida base financiera.

La política por escrito incluye: (a) los criterios de elegibilidad para asistencia económica, (b) describe la base para calcular la cantidad que se cobra a los pacientes elegibles para asistencia económica (c) describe el método para que los pacientes puedan pedir asistencia económica y (d) describe cómo el hospital dará a conocer la política en la comunidad que atiende.

POLÍTICA:

La asistencia económica puede cubrir todos los servicios médicos hospitalarios correspondientes que hayan recibido en el hospital como paciente hospitalizado o en un entorno ambulatorio/clínico. Los servicios que no califican para recibir asistencia económica pueden incluir los costos de transporte, procedimientos electivos o servicios profesionales facturados por separado prestados por el personal médico del hospital. Las personas que no son residentes del estado de Washington son elegibles para recibir asistencia económica de acuerdo con el Código Administrativo de Washington 246-453, que incluye únicamente servicios de emergencia no programados.

PROCEDIMIENTO:

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La asistencia económica generalmente es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo los planes médicos de grupo o individuales, Compensación de los trabajadores, Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, otros programas estatales, federales o militares, situaciones de responsabilidad de terceros (por ejemplo, accidentes automovilísticos o lesiones personales), o cualquier otra situación en la que otra persona o entidad pueda tener la responsabilidad legal de pagar los costos de los servicios médicos.

No se discrimina para prestar servicios a una persona (i) porque la persona no pueda pagar; (ii) porque el pago de esos servicios será mediante Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP); o (iii) basado en la raza, color, sexo, país de origen, discapacidad, religión, edad, orientación sexual o identidad de género del individuo. [Puede ser aplicable o no el Servicio de Salud para Indígenas, las Clínicas de salud tribales o urbanas para indígenas (Tribal or Urban Indian Health Clinics, ITU), clínicas gratuitas o centros correccionales].

En las situaciones en las que las fuentes de pago primario adecuado no estén disponibles, se puede evaluar a los pacientes para que reciban asistencia económica según la política del hospital, basándose en estos criterios, que son coherentes con los requisitos de WAC 246-453-040:

- A. La cantidad total de la responsabilidad del paciente o del fiador por los gastos del hospital se considerará como ayuda benéfica para el paciente o el fiador cuyos ingresos estén en o por debajo del 200 % de los niveles federales de pobreza actuales, ajustado por el tamaño de la familia (de acuerdo con el código WAC 246-453-050). Estos pacientes recibirán un ajuste del 100 % en el saldo del paciente.
 1. El hospital no considerará el valor de los activos para reducir los descuentos de ayuda benéfica para las personas que están en esta categoría.
- B. El setenta y cinco por ciento de la responsabilidad del paciente o del fiador por los gastos de hospitalización se considerará como ayuda benéfica para aquellos pacientes o fiadores cuyos ingresos se sitúen entre el 201 % y el 250 % de los niveles federales de pobreza actuales, ajustado al tamaño de la familia. **Directrices federales de pobreza: Anexo A.** Las directrices deben tomar en cuenta la posible necesidad de permitir a la parte responsable pagar la cantidad máxima de los gastos que se espera que pague durante un período de tiempo razonable, sin intereses ni cargos por retraso. El hospital calcula la cantidad máxima de los gastos usando la metodología de retrospectiva de las cantidades generalmente facturadas (AGB). Para el año en curso, el porcentaje de AGB del hospital se menciona en el **Anexo A.** A ninguna persona que califique para la política de asistencia económica se le cobrará más que las AGB por atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.
- C. El cincuenta por ciento de los cargos del hospital no cubiertos se determinarán como ayuda benéfica para el paciente o su fiador cuyos ingresos estén entre el 251 % y el 300 % de los niveles federales de pobreza actuales, ajustados por el tamaño de la familia.

OBLIGACIONES DE MEDICAID E INTERCAMBIO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Identificación de pacientes elegibles para ciertas coberturas de terceros: Para los servicios que se presten a los pacientes a partir del 1 de julio de 2022, se aplicarán estos procedimientos para identificar a los pacientes o fiadores que pueden ser elegibles para la cobertura de atención médica a través de los programas de asistencia médica de Washington (por ejemplo Apple Health) o el Washington Health Benefit Exchange:

- A. Como parte del proceso de solicitud para recibir ayuda benéfica y determinar la elegibilidad para asistencia económica y ayuda benéfica, el HOSPITAL consultará si el paciente o fiador cumple los criterios para la cobertura de atención médica según los programas de asistencia médica que están en el capítulo 74.09 RCW o en Washington Health Benefit Exchange.
- B. Si la información que está en la solicitud indica que el paciente o el fiador es elegible para la cobertura, el Hospital ayudará al paciente o al fiador en la solicitud mediante, entre otras cosas:
 1. Ayuda a las personas y a las familias para completar la solicitud de *Washington Healthplanfinder* y a inscribirse en una cobertura de seguro médico;
 2. Apoyo a las personas con necesidades culturales, lingüísticas, discapacidad u otras necesidades especiales, y
 3. Explicación de las opciones de cobertura y la disponibilidad de asistencia económica para reducir el costo de las primas de seguro
 1. Con la asistencia para el proceso de solicitud, el Hospital tomará en cuenta cualquier deficiencia física, mental, intelectual, sensorial o barreras lingüísticas que puedan impedir que el paciente o el fiador cumplan los procedimientos de solicitud y no impondrá al paciente ni al fiador procedimientos que constituyan una carga irrazonable.
- C. Si el paciente o el fiador no hacen los esfuerzos razonables para cooperar con el Hospital en la solicitud de cobertura según el capítulo 74.09 RCW o Washington Health Benefit Exchange, el Hospital no está obligado a dar ayuda benéfica a ese paciente.
- D. Si un paciente o fiador es obvia o categóricamente no elegible o se considera no elegible para la cobertura a través de los programas de asistencia médica según el capítulo 74.09 RCW o Washington Health Benefit Exchange en los 12 meses anteriores, el Hospital no exigirá al paciente ni al fiador que solicite dicha cobertura.

ASISTENCIA ECONÓMICA POR CATÁSTROFE

El Hospital también puede cancelar como asistencia económica las cantidades de los pacientes con ingresos familiares superiores al 300 % de los estándares federales de pobreza o en un porcentaje más alto para aquellos que están por encima del 200 % de las directrices de pobreza, cuando las circunstancias indiquen dificultades económicas graves o pérdida personal. Esto se hará solo por recomendación del representante o del director, la Oficina Comercial con la justificación adecuada y solo con la aprobación del Director Financiero y de la Junta de Comisionados del Hospital.

PROCESO PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Determinación inicial

Con el fin de llegar a una determinación inicial de elegibilidad, el Hospital se basará en la información dada de manera oral o por escrito para la asistencia económica como se describe en las instrucciones del formulario de solicitud de asistencia económica. El Hospital puede exigir a la parte responsable que firme una declaración en la que dé fe de la exactitud de la información dada al Hospital para los efectos de la determinación inicial de elegibilidad. Mientras espera la determinación final de elegibilidad, el Hospital no iniciará las gestiones de cobranza ni pedirá depósitos, siempre que la parte responsable coopere con los esfuerzos del Hospital para llegar a una determinación del estado de patrocinio, incluyendo la devolución de las solicitudes y la documentación adecuada. El Hospital usará un proceso de solicitud para determinar el interés inicial y la calificación para la asistencia económica. En caso de que los pacientes decidan no pedir la asistencia económica, no se les considerará para recibir asistencia económica, a menos que el Hospital tenga conocimiento de otras circunstancias.

Las solicitudes para dar asistencia económica se aceptarán de fuentes como un médico, grupos de la comunidad o religiosos, servicios sociales, personal de servicios financieros o el paciente. Si el Hospital tiene conocimiento de factores que podrían hacer que el paciente califique para recibir asistencia económica según esta política, deberá informar al paciente/fiador de la posibilidad y tomará la determinación inicial de que dicha cuenta debe tratarse como asistencia económica.

Tenga en cuenta que algunos proveedores independientes ejercen o prestan servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios para los pacientes del Hospital.

Esos proveedores están en la lista de [Proveedores independientes](#), Anexo B.

Determinaciones finales

Los formularios de asistencia económica, las instrucciones y las solicitudes por escrito se entregarán a los pacientes cuando pidan la asistencia económica, cuando haya indicios de la necesidad o cuando la evaluación financiera indique una posible necesidad. Las solicitudes, ya sea iniciadas por el paciente, por el hospital o por las clínicas, deben ir acompañadas por la documentación para verificar las cantidades de los ingresos mencionados en el formulario de solicitud. Uno o más de estos tipos de documentación son aceptables con el fin de verificar los ingresos:

1. Las declaraciones de retención W-2 por todos los empleos durante un período de tiempo relevante;
2. Los talones de pago de todos los empleos durante el período de tiempo relevante;
3. Una declaración de impuestos sobre ingresos presentada para el año calendario más reciente;
4. Los formularios que aprueban o niegan el subsidio de desempleo; o
5. Declaraciones por escrito de los empleadores o de las agencias de bienestar. Se pedirá a los pacientes que presenten la verificación de imposibilidad de ser elegido para recibir ayuda de Medicaid o Medical. Durante el período de solicitud inicial, el Hospital puede buscar otras fuentes de financiamiento, incluyendo Medicaid.
6. En el caso de que el paciente no pueda entregar ninguno de los documentos descritos arriba, el Hospital se basará en las declaraciones por escrito y firmadas por el paciente para determinar la elegibilidad para darle asistencia económica.

Los ingresos se anualizarán a partir de la fecha de solicitud en función de la documentación proporcionada y de la información verbal dada por el paciente. Este proceso lo determinará el Hospital y tomará en cuenta los empleos temporales y los aumentos o disminuciones temporales de los ingresos. Las solicitudes se procesarán en los 14 días posteriores a la recepción de la solicitud en la Oficina Comercial.

La asistencia económica se dará basándose en las directrices de aprobación descritas en [Anexo A](#). La determinación inicial seguirá siendo válida durante 180 días. Después de eso, el Hospital puede pedir información actualizada o una nueva verificación del estado de calificación del paciente.

Es posible que se pida a los pacientes que entreguen la verificación o elegibilidad para Apple Health u otra asistencia médica. Durante el período de solicitud inicial, el Hospital puede buscar otras fuentes de financiamiento, incluyendo Medicaid.

Se exige la verificación de ingresos como se describe en las instrucciones del formulario de solicitud de asistencia económica del hospital.

Para los servicios electivos no cubiertos, comuníquese con la clínica o departamento correspondiente del hospital.

En caso de falta de pago o si el paciente no coopera razonablemente con el proceso de asistencia económica, el Hospital puede tomar las medidas descritas en la Política de facturación y cobro al paciente, que está disponible cuando la piden y en línea.

Aprobaciones

Las solicitudes de asistencia económica se aprobarán una vez que se reciba toda la información necesaria y se cumplan las directrices de ingresos para dar asistencia económica. Las solicitudes se procesarán en un plazo de 14 días posteriores a la recepción de la solicitud en la Oficina Comercial.

La elegibilidad de una solicitud completada y aprobada es válida para los servicios elegibles que se reciban en los (180) días siguientes a partir de la fecha de aprobación de la solicitud y será retroactiva para los servicios elegibles para todas las fechas de servicio para las que se da la asistencia económica.

En el caso de que una de las partes responsables pague una parte de los cargos relacionados con los servicios apropiados de atención médica en el hospital, y posteriormente se descubra que cumplía los criterios de asistencia económica en el momento en que se prestaron los servicios, cualquier pago que supere la cantidad determinada como apropiada de acuerdo con WAC 246-453-020 se reembolsará al paciente en los treinta días posteriores a la obtención de la designación de asistencia económica.

Plazo para la determinación final y las apelaciones

El Hospital deberá dar la determinación final en un plazo de catorce (14) días posteriores a la recepción de todo el material de la solicitud y la documentación.

Denegación:

Cuando se deniegue la solicitud de asistencia económica de un paciente, el paciente recibirá un aviso de denegación por escrito que incluye:

- El motivo o los motivos de la denegación y las reglas para respaldar la decisión del Hospital;
- La fecha de la decisión; y
- Las instrucciones para apelar o pedir la reconsideración.

Cuando el solicitante no entrega la información que se pidió y no hay suficiente información disponible para que el Hospital determine la elegibilidad; el aviso de denegación también incluye:

- Una descripción de la información que se pidió y no se entregó, incluyendo la fecha en la que se pidió la información;
- Una declaración de que no puede establecerse la elegibilidad para recibir asistencia económica basándose en la información disponible para el Hospital; y
- La elegibilidad se determinará si, en un plazo de treinta días a partir de la fecha del aviso de denegación, el solicitante entrega toda la información que se había pedido pero que no se entregó.

Las denegaciones se entregarán por escrito e incluirán instrucciones para la apelación o reconsideración de la siguiente manera. El paciente /fiador puede apelar la determinación de elegibilidad para asistencia económica entregando otras verificaciones de ingresos y el tamaño de la familia al representante de cuentas del paciente en el plazo de treinta (30) días calendario. Después de los primeros catorce (14) días de este período, si no se presenta ninguna apelación, el Hospital puede iniciar las actividades de cobro.

Si el Hospital inicia las actividades de cobro y descubre que se presentó una apelación, detendrá los esfuerzos de cobranza hasta que finalice la apelación. Todas las apelaciones las revisará el representante de cuentas del paciente y el director de la Oficina Comercial.

Si esta determinación afirma la denegación anterior de asistencia económica, se enviará una notificación por escrito al paciente/fiador y al Departamento de Salud de acuerdo con la ley estatal.

DOCUMENTACIÓN Y EXPEDIENTES

- A. Confidencialidad: Toda la información relacionada con la solicitud será confidencial. Las copias de los documentos que respalden la solicitud se conservarán con el formulario de solicitud.
- B. Los documentos relativos a la asistencia económica se deben guardar por seis (6) años.

PROCESO DE COMUNICACIÓN

La política de asistencia económica de Willapa Harbor Hospital se pondrá a disposición del público a través de estos artículos:

- A. Avisos colocados o expuestos que se puedan ver fácilmente en las áreas públicas del hospital anunciando a los pacientes que se da asistencia económica.
- B. La notificación por escrito de la disponibilidad de asistencia económica se pondrá a disposición de todos los pacientes. Esto se hace en el momento en que el Hospital pide información sobre la cobertura de terceros. Esta información escrita también se explicará verbalmente en este momento. Si por algún motivo, por ejemplo, en una situación de emergencia, no se le notifica al paciente de la existencia de la Política de asistencia económica antes de recibir el tratamiento, el paciente/fiador será notificado lo antes posible a partir de entonces.
- C. La información por escrito sobre la política de asistencia económica del Hospital se pondrá a disposición de cualquier persona que pida la información.
- D. El Hospital capacitará al personal de primera línea para que responda las preguntas de asistencia económica de manera efectiva o para que dirijan dichas consultas al departamento apropiado de manera oportuna.

ANEXO A							
Porcentajes de la escala variable de tarifas de Willapa Harbor Hospital, 2022							
Tamaño de la familia	Nivel federal de pobreza						
	Directriz federal de pobreza	100 % - 200 %		201 % - 250 %		251 % - 300 %	
1	\$ 13,590	\$ 13,590	\$ 27,180	\$ 27,181	\$ 33,975	\$ 33,976	\$ 40,770
2	\$ 18,310	\$ 18,310	\$ 36,620	\$ 36,621	\$ 45,775	\$ 45,776	\$ 54,930
3	\$ 23,030	\$ 23,030	\$ 46,060	\$ 46,061	\$ 57,575	\$ 57,576	\$ 69,090
4	\$ 27,750	\$ 27,750	\$ 55,500	\$ 55,501	\$ 69,375	\$ 69,376	\$ 83,250
5	\$ 32,470	\$ 32,470	\$ 64,940	\$ 64,941	\$ 81,175	\$ 81,176	\$ 97,410
6	\$ 37,190	\$ 37,190	\$ 74,380	\$ 74,381	\$ 92,975	\$ 92,976	\$ 111,570
7	\$ 41,910	\$ 41,910	\$ 83,820	\$ 83,821	\$ 104,775	\$ 104,776	\$ 125,730
8	\$ 46,630	\$ 46,630	\$ 93,260	\$ 93,261	\$ 116,575	\$ 116,576	\$ 139,890
Persona adicional	\$ 4,720	\$ 4,720	\$ 9,440	\$ 9,441	\$ 11,800	\$ 11,801	\$ 14,160
Descuento	100 %	100 %	75 %		50 %		

⁽¹⁾ 2022 Directrices federales de pobreza según lo publicado en el Registro Federal para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia. Estas directrices se usan para calcular la elegibilidad para recibir ayuda benéfica según el Código revisado de Washington (RCW) 70.170

Cantidades generalmente facturadas: 70 %

Apéndice B

- Dr. Robert L. Hovanscek, podólogo
- Dr. Mark H. Scoons, audiólogo
- vRAD Radiologists
- Cellnetix, patólogos

Referencias

Tipo de referencia	Título	Notas
Documentos de referencia	Directrices federales de pobreza, Anexo A	Directrices federales de pobreza
Documentos de referencia	Porcentaje de la directriz federal de pobreza, Anexo A	Porcentajes de la directriz federal de pobreza, Anexo A
Documentos de referencia	Proveedores independientes, Anexo B	Proveedores independientes, Anexo B

ID del documento	11004	Estado del documento	Oficial
Departamento	Oficina Comercial	Administrador del departamento	Ekman, Stefanie
Propietario del documento	Attridge, Scot	Próxima fecha de revisión	06/02/2023
Fecha original de entrada en vigor	01/24/2011		
Revisado	[01/24/2011 Rev. 0], [06/16/2016 Rev. 1], [07/13/2017 Rev. 2], [07/09/2019 Rev. 3], [12/05/2019 Rev. 4], [12/19/2019 Rev. 5], [07/26/2021 Rev. 7], [07/26/2021 Rev. 8], [07/26/2021 Rev. 6], [08/26/2021 Rev. 9], [08/26/2021 Rev. 10], [03/15/2022 Rev. 11], [04/04/2022 Rev. 12], [05/16/2022 Rev. 13], [06/02/2022 Rev. 14]		
Revisado	[01/03/2012 Rev. 0], [10/04/2012 Rev. 0]		
Palabras clave	Asistencia Familiar, directrices federales de pobreza, económica, benéfica		

Las copias en papel de este documento pueden no estar actualizadas y no son confiables para fines oficiales. La versión actual está en Lucidoc en

[https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=whh:11004\\$14](https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=whh:11004$14).