



Fecha de creación 11/28/2022
01/26/2026
Última aprobación 01/26/2026
A partir del 01/26/2026
Última revisión 01/26/2027
Próxima revisión

Propietario James Markel
Administrador de Servicios para pacientes
Área de la política Ciclo de ingresos
Referencias Política

Charity Care Program (Programa de ayuda económica de Confluence Health)

POLÍTICA:

Confluence Health se compromete a prestar servicios de atención médica a todas las personas que necesiten atención médicamente necesaria, independientemente de su capacidad de pago. Para proteger la integridad de las operaciones y cumplir este compromiso, se establecen los siguientes criterios para la prestación de asistencia financiera y atención caritativa, de conformidad con los requisitos del Código Administrativo de Washington (WAC), Capítulo 246-453. Estos criterios ayudarán al personal a tomar decisiones objetivas y coherentes sobre elegibilidad para asistencia económica y ayuda benéfica, mientras garantizan el mantenimiento de una base financiera sólida.

A. COMUNICACIONES AL PÚBLICO:

1. La información sobre la política de asistencia financiera y atención caritativa de Confluence Health, también conocida como Programa de Atención Caritativa (CCP), se hará disponible al público de la siguiente manera:
 - a. Se pondrá un aviso que informe a los pacientes de que Confluence Health da asistencia financiera y atención caritativa en las áreas públicas clave de Confluence Health Hospital, incluyendo las admisiones, el Departamento de emergencias (Emergency department) y los servicios financieros.
 - b. Confluence Health distribuirá un aviso por escrito sobre la disponibilidad de asistencia económica y ayuda benéfica a todos los pacientes. El aviso por escrito también se explicará verbalmente cuando se pida. Si por algún motivo, por ejemplo, en una situación de emergencia, no se informa al paciente de la existencia de asistencia económica y ayuda benéfica antes de recibir el tratamiento, se lo notificará por escrito lo antes posible.

- c. Tanto el aviso por escrito como la explicación verbal deben estar disponibles en cualquier idioma que hable más del diez por ciento de la población en el área de servicio de Confluence Health y se debe interpretar para otros pacientes que no hablen inglés o que lo hablen de manera limitada y para otros pacientes que no puedan entender lo escrito o la explicación. Confluence Health considera que las siguientes traducciones que no sean al inglés del aviso deben estar disponibles: español
- d. Confluence Health capacitará al personal de primera línea para que responda las preguntas de asistencia económica y ayuda benéfica de manera eficaz o dirija dichas preguntas al departamento adecuado de manera oportuna.
- e. Un aviso por escrito sobre la ayuda económica y la política de ayuda benéfica de Confluence Health estará disponible para cualquier persona que pida la información, ya sea por correo, por teléfono o en persona. La tabla de cargos según la escala variable de Confluence Health, si corresponde, también se pondrá a disposición cuando se pida.

B. Lista de proveedores sujetos al Programa de ayuda benéfica de Confluence Health:

- 1. Confluence Health identificará específicamente una lista de aquellos médicos, grupos médicos u otros profesionales que presten servicios que estén y no estén cubiertos por su programa de asistencia económica y ayuda benéfica. Cada centro de Confluence Health le dará esta lista a cualquier paciente que pida una copia. Además, la lista también la puede encontrar en línea en el sitio web de Confluence Health visitando <https://www.confluencehealth.org/documents/Providers-Covered-and-not-Covered-by-CH-FAP.pdf>

C. Capacitación del personal:

- 1. Confluence Health estableció un programa de capacitación estandarizado sobre la política de ayuda benéfica y financiera y el uso de los servicios de interpretación para ayudar a las personas con poco dominio del inglés y a las personas que no hablan inglés, para que puedan entender la información sobre su política de ayuda benéfica y financiera. Confluence Health dará capacitación periódica al personal de primera línea que trabaja en el registro, los ingresos y la facturación y a cualquier otro personal pertinente, para que pueda responder a las preguntas sobre la ayuda benéfica y financiera de manera eficaz, obtener los servicios de interpretación necesarios y dirigir las consultas al departamento adecuado de manera oportuna.

D. Definiciones:

- 1. **Ayuda benéfica significa:** ayuda benéfica o asistencia económica significa atención médica de hospital médicamente necesaria prestada a personas indigentes cuando la cobertura de terceros, si la hay, ha terminado, en la medida en que las personas no puedan pagar la atención o las cantidades del deducible o del coseguro que exige un pagador tercero según los criterios de esta política.
- 2. **Cobertura de terceros significa:** la cobertura de terceros significa la obligación de una compañía de seguros, un contratista de servicios de atención médica, una organización de mantenimiento médico, un plan médico de grupo, un programa gubernamental

(Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, compensación de los trabajadores, beneficios de los veteranos), beneficios médicos tribales o un ministerio que comparte atención médica, según se define en 26 U.S.C. Sec. 5000A de pagar la atención de los pacientes y servicios cubiertos y puede incluir acuerdos, sentencias o indemnizaciones realmente recibidas relacionadas con los actos negligentes de otros (por ejemplo, accidentes de auto o lesiones personales) que dieron como resultado la condición médica por la que el paciente recibió servicios de atención médica de hospital.

3. **Familia:** significa un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Todas estas personas relacionadas se consideran miembros de una familia;
4. **Determinación inicial del estado de patrocinio significa:** una indicación, pendiente de verificación, de que los servicios que presta el hospital o las clínicas pueden o no tener la cobertura del patrocinio de terceros, o una indicación de la parte responsable, pendiente de verificación, de que puede cumplir los criterios para la designación como persona indigente que califica para la ayuda benéfica.
5. **Determinación final del estado de patrocinio significa:** la verificación de la cobertura de terceros o la falta de cobertura de terceros, según lo demuestra el pago recibido del tercero patrocinador o la negación del pago del presunto tercero patrocinador, y la verificación de la calificación de la parte responsable para la clasificación como persona indigente, después de la finalización de cualquier apelación a la que la parte responsable pueda tener derecho y que por sus méritos tenga una posibilidad razonable de lograr el patrocinio de terceros en su totalidad o en parte.
6. **Cantidad generalmente facturada (AGB):** Las cantidades generalmente facturadas por la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria para los pacientes que tienen seguro médico en esta política se llama AGB. Confluence Health determina el porcentaje de AGB aplicable multiplicando los cargos brutos del hospital de cualquier atención de emergencia o atención médicamente necesaria por un porcentaje fijo basado en los reclamos permitidos según Medicare y las aseguradoras privadas. Las hojas de información que describen los porcentajes de AGB (y cómo se calculan usando el método retroactivo) se pueden obtener pidiéndolos al comunicarse con servicios para pacientes al (509) 436-4020.

a. **Limitación de cargos para todos los pacientes elegibles para ayuda financiera:**

- i. Ningún paciente que califique para cualquiera de las categorías de ayuda mencionadas arriba será personalmente responsable de más del porcentaje de la "Cantidad generalmente facturada" (Amounts Generally Billed, AGB) de los cargos brutos definidos arriba.

E. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

1. La ayuda benéfica y financiera son generalmente secundarias a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo los planes médicos de grupo o individuales, la compensación de los trabajadores, Medicare, Medicaid o los programas de asistencia médica, otros programas estatales, federales o militares, situaciones de obligación de terceros (por ejemplo, accidentes de auto o lesiones

personales) o cualquier otra situación en la que otra persona o entidad pueda tener una responsabilidad legal para pagar los costos de los servicios médicos.

2. Se concederá ayuda benéfica y económica a los pacientes sin importar su raza, credo, color, país de origen, sexo, orientación sexual o cualquier discapacidad sensorial, mental o física o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona discapacitada.
3. La ayuda económica y la ayuda benéfica estarán disponibles para todos los pacientes que busquen servicios médicos en Confluence Health.
4. La asistencia económica y la ayuda benéfica se limitarán a “servicios médicos adecuados basados en el hospital” como se definen en WAC 246-453-010(7) y a los servicios clínicos no excluidos en J.1.
5. Confluence Health **no exigirá** la revelación de la existencia y disponibilidad de bienes familiares a los solicitantes de ayuda económica y ayuda benéfica.
6. El programa de ayuda benéfica de Confluence Health está basado en las Directrices federales de pobreza y se actualiza anualmente. Los ingresos que se muestran abajo representan el 100 % del nivel federal de pobreza.

7.	Personas en la familia	48 estados contiguos y D. C.
	1	\$15,960
	2	\$21,640
	3	\$27,320
	4	\$33,000
	5	\$38,680
	6	\$44,360
	7	\$50,040
	8	\$55,720
	Por cada persona adicional, agregue	\$5,680

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

8. Una persona con ingresos familiares anuales iguales o por debajo del trescientos por ciento del Nivel federal de pobreza, ajustado al tamaño de la familia, se determinará como una persona indigente que califica para el patrocinio de ayuda benéfica y se le reducirán sus cargos por servicios médicos en el hospital apropiados no cubiertos por patrocinio público o privado de acuerdo con el siguiente plan:
 - a. 0 %-200 % del Nivel Federal de Pobreza, en un 100 %. No se cobran cargos nominales a los pacientes que alcanzan o están por debajo del 200 % del nivel federal de pobreza para servicios de ayuda benéfica calificados.
 - b. 201 %-250 % del nivel federal de pobreza, en un 75 %
 - c. 251 %-300 % del nivel federal de pobreza, en un 50 %

9. Las políticas y procedimientos del hospital deben especificar las circunstancias económicas individuales que el personal apropiado del hospital puede considerar a los efectos de responsabilizar a la parte responsable por una cantidad menor, después de la aplicación del plan de cargos según la escala variable, como gastos extraordinarios no discrecionales relativos a la cantidad de los gastos de atención médica de la parte responsable.
10. Para los propósitos de ayuda benéfica catastrófica, Confluence Health puede clasificar a cualquier persona responsable cuyos ingresos excedan el trescientos por ciento del nivel federal de pobreza, ajustado al tamaño de la familia, como una persona indigente elegible para un descuento de los cargos basado en las circunstancias económicas individuales de esa persona responsable. WAC 246-453-040.1.2.3
11. La obligación financiera de la parte responsable que queda después de la solicitud de esta tabla de cargos según la escala variable se puede pagar en cuotas mensuales durante un período de tiempo razonable, sin intereses ni cargos por retraso, según la negociación entre el hospital y la parte responsable. La cuenta de la parte responsable no se entregará a una agencia de cobros a menos que no se hagan los pagos o haya un período de inactividad en la cuenta, y no haya un contacto adecuado con el paciente.

F. PROCESO PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD:

1. **Determinación inicial:**
 - a. Confluence Health usará un proceso de solicitud para determinar la elegibilidad para la ayuda benéfica y financiera. Se aceptarán remisiones para dar ayuda económica y ayuda benéfica de fuentes como empleados de Confluence Health, médicos, grupos de la comunidad o grupos religiosos, servicios sociales, personal de servicios financieros y el paciente, siempre que cualquier uso o revelación después de la información contenida en la solicitud esté sujeta a las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos y a las políticas de privacidad de Confluence Health. Todas las peticiones identificarán a la parte responsable económicamente del paciente como la "Parte responsable"
 - b. La solicitud de ayuda benéfica de Confluence Health está disponible para todos los pacientes del hospital y las clínicas. Los hospitales y las clínicas harán todos los esfuerzos razonables para llegar a las determinaciones iniciales y finales de la designación de la ayuda benéfica de manera oportuna; sin embargo, el hospital y las clínicas harán esas designaciones en cualquier momento al conocer los hechos o recibir la documentación, según se describe en WAC 246-453-030. El paciente debe cumplir las peticiones del equipo de CCP sobre toda la documentación del grupo familiar y financiera de soporte. El paciente debe entregar la documentación en un plazo máximo de 30 días después de la presentación de su solicitud.
2. La determinación inicial de la elegibilidad para la asistencia económica y ayuda benéfica se completará en el momento del ingreso o tan pronto como sea posible después de

iniciar los servicios al paciente, pero no pasados los 14 días del ingreso o de haber ya iniciado los servicios.

3. Hasta que se determine la elegibilidad final, Confluence Health no iniciará las medidas de cobranza ni pedirá depósitos, siempre que la parte responsable coopere con los esfuerzos de Confluence Health para llegar a una determinación final del estado de patrocinio.
4. Si Confluence Health tiene conocimiento de factores que podrían hacer que el paciente califique para la ayuda benéfica y financiera según esta política, informará al paciente de esta posibilidad y determinará inicialmente que dicha cuenta se debe tratar como calificada para recibir ayuda benéfica o financiera.
5. Si consideramos que el paciente es elegible para recibir ayuda económica o ayuda benéfica y quiere que se revise la deuda incobrable de un año anterior, el paciente debe entregar la documentación de ingresos de ese período.

G. DETERMINACIÓN FINAL:

1. Condonaciones Prima Facie. En el caso de que la identificación de la parte responsable como persona indigente sea obvia para el personal de Confluence Health, y Confluence Health pueda establecer que los ingresos del solicitante están claramente dentro del rango de elegibilidad, Confluence Health concederá la ayuda benéfica basándose únicamente en esta determinación inicial. En estos casos, Confluence Health no tiene la obligación de hacer una verificación o documentación completa. WAC 246-453-030(3).
 - a. Confluence Health examinará a todas las personas indigentes para que reciban los beneficios de Medicaid o VA/TriCare antes de darles el alta del centro.
 - b. Los guías de seguros trabajarán las solicitudes en un plazo de 2 días hábiles
 - c. Se anotarán las cuentas apropiadas (dentro de las directrices permitidas)
 - d. Se le dará al paciente un seguimiento apropiado dependiendo de los programas, etc.
 - e. Se enviará una respuesta por correo electrónico con actualizaciones o el resultado final, según corresponda
 - f. Los asesores financieros/defensores de pacientes trabajarán con WQ de pago por cuenta propia y trabajarán con remisiones de administradores de casos y coordinadores de alta. También van al piso y evalúan al paciente mientras están en el lugar.
2. Los formularios, las instrucciones y las solicitudes por escrito de ayuda benéfica y financiera se darán a la parte responsable cuando se pida la ayuda benéfica o financiera, cuando se mencione la necesidad o cuando la evaluación financiera indique la posible necesidad. Todas las solicitudes, que haya iniciado el paciente o Confluence Health, deberán incluir la documentación para verificar la información mencionada en el formulario de solicitud. Uno o más de los siguientes documentos se considerarán pruebas suficientes para usar en la determinación final sobre la elegibilidad para la ayuda benéfica:

- a. Una declaración de retenciones "W-2" del año en curso
 - b. Estado de cuenta bancario (que muestre el depósito del Seguro Social)
 - c. PFMLA (Permiso de licencia médica familiar paga del estado)
 - d. Carta de aprobación de beneficios del Seguro Social
 - e. Estado de cuenta bancaria que muestre el depósito del Seguro Social o el depósito de la pensión
 - f. Talones de pago de todos los empleos durante el período de tiempo relevante
 - g. Una declaración de impuestos sobre ingresos del año calendario más reciente
 - h. Formularios que aprueben o rechacen la elegibilidad para Medicaid o la asistencia médica que financia el estado
 - i. Formularios que aprueben o rechacen el subsidio de desempleo
 - j. Declaraciones por escrito de empleadores o empleados de DSHS
 - k. Beneficios para veteranos
 - l. Manutención de los hijos/del cónyuge - orden judicial
 - m. Ingresos de la propiedad /inquilinos
 - n. Subsidio de desempleo
 - o. Remuneración laboral (L&I)
 - p. Jubilación
 - q. Pensión
 - r. Pagos de anualidades
 - s. Declaración de pérdidas y ganancias
 - t. Cualquier otra información que pueda ayudar en la determinación.
3. Durante el período de solicitud inicial, Confluence Health determinará si existe o no patrocinio privado o público que pudiera cubrir los costos de atención en el hospital.
 4. Confluence Health y el paciente pueden buscar otras fuentes de financiamiento, incluyendo Medical Assistance y Medicare. Es necesario que la parte responsable dé una verificación por escrito de la inelegibilidad para todas las demás fuentes de financiamiento. Confluence Health no puede exigir que un paciente que pide una determinación de estado indigente busque financiamiento bancario o de otra fuente de préstamos.
 5. Confluence Health determinará los ingresos familiares anuales del paciente según la clasificación del nivel federal de pobreza en el momento en que se prestaron los servicios de atención médica, o en el momento de la solicitud de ayuda benéfica si la solicitud se hace en el plazo de dos años después del momento del servicio, siempre que el paciente haya hecho esfuerzos de buena fe para el pago de los servicios de

atención médica prestados y el paciente demuestre elegibilidad para la ayuda benéfica. (RCW 70.170.060(10))

6. Confluence Health considerará las solicitudes de ayuda benéfica en cualquier momento, incluyendo cuando se produzca un cambio en la situación económica del paciente.
7. En caso de que la parte responsable no pueda proporcionar ninguno de los documentos descritos arriba, Confluence Health se basará en las declaraciones por escrito y firmadas de la parte responsable para tomar una determinación final sobre la elegibilidad para clasificar como persona indigente. (WAC 246-453-030(4))

8. Plazo para la determinación final y las apelaciones:

- a. Confluence Health informará al solicitante la determinación del patrocinio en el plazo de catorce (14) días después de recibir la solicitud de ayuda benéfica completa y la documentación de ingresos de respaldo.
 - i. Durante la determinación inicial del patrocinio, cesan todos los esfuerzos de cobro.
- b. La parte responsable puede apelar una denegación de elegibilidad para la ayuda benéfica presentando más verificaciones de los ingresos o del tamaño de la familia al personal de CCP de Confluence Health en un plazo de 30 días después haber recibido el aviso.
 - i. Durante la apelación de una determinación del patrocinio, cesan todos los esfuerzos de cobro.
- c. El momento en el que se llegue a una determinación final del estado de la ayuda benéfica no influirá en la identificación de las deducciones de ayuda benéfica de los ingresos como algo distinto a las deudas incobrables, según WAC246-453-020(10).
- d. Si el paciente o la parte responsable pagó una parte o la totalidad de la factura por los servicios médicos y después se determina que era elegible para recibir ayuda económica o ayuda benéfica en el momento en que se prestaron los servicios, se reembolsará al paciente cualquier pago que supere la cantidad determinada como apropiada según WAC 246-453-040 en el plazo de treinta días después de la obtención de la designación de ayuda benéfica.
 - i. El copago, los deducibles y el coseguro son elegibles para la cancelación de CCP si el paciente recibe la aprobación de CCP.

9. Aviso adecuado de denegación:

- a. Cuando se rechace una solicitud de ayuda benéfica y financiera, la parte responsable recibirá un aviso de denegación por escrito que incluye:
 - i. el motivo o motivos del rechazo
 - ii. la fecha de la decisión; y
 - iii. las instrucciones para la apelación o reconsideración.

- b. Cuando el solicitante no presente la información pedida y no haya suficiente información disponible para que Confluence Health determine la elegibilidad, el aviso de rechazo también debe incluir:
 - i. una descripción de la información que se pidió y no se dio, incluyendo la fecha en que se pidió la información;
 - ii. una declaración de que la elegibilidad para la ayuda benéfica no se puede establecer sobre la base de la información que dispone Confluence Health; y
 - iii. que la elegibilidad se determinará si, en un plazo de treinta días a partir de la fecha del aviso de rechazo, el solicitante presenta toda la información especificada que se le pidió previamente pero que no dio.
- c. Todas las apelaciones las revisará la junta de revisión de la ayuda benéfica. Si esta revisión confirma el rechazo a la denegación anterior de la asistencia financiera y la ayuda benéfica, se enviará una notificación por escrito a la parte responsable y al Departamento de Salud según la ley estatal.
- d. Si determinamos que un paciente es elegible para recibir ayuda económica o ayuda benéfica y continúa recibiendo servicios durante un período de tiempo prolongado, los pacientes deben volver a enviar una solicitud cada 6 meses de una reevaluación de ayuda benéfica y deben dar la documentación de ingresos de respaldo con la nueva solicitud.

H. DOCUMENTACIÓN Y EXPEDIENTES:

- 1. Confidencialidad: Toda la información relacionada con la solicitud se mantendrá confidencial. Las copias de los documentos que respaldan la solicitud se guardarán con el formulario de solicitud.
- 2. Los documentos relacionados con la ayuda benéfica y financiera se guardarán durante cinco (5) años.

I. FRAUDE:

- 1. Declaraciones falsas
 - a. Incluyendo, entre otros;
 - i. Falsificación del tamaño del grupo familiar
 - ii. Falsificación del estado civil
 - iii. Falsificación del estado y las fuentes de ingresos
 - iv. Falsificación de cualquier documento que se pida como parte de la solicitud
- 2. Ocultar información
 - a. Esto incluye el cambio de estado financiero en un plazo de treinta (30) días después de que ocurra
 - b. Cambio en el tamaño del grupo familiar/estado civil

3. Consecuencias de una cuenta falsificada
La cuenta se revisará con la información correcta y se tomará una decisión según la nueva información.
4. Aviso de un posible fraude
 - a. El paciente recibirá un aviso por escrito sobre una "auditoría" en su cuenta.
 - b. El paciente tendrá treinta (30) días para dar la documentación que demuestre su estado.

J. CARGOS QUE LA AYUDA ECONÓMICA NO CUBRE: La ayuda económica se aplicará a los saldos de atención médicamente necesaria.

1. Los cargos por servicios que son cosméticos, de investigación o principalmente para la conveniencia del paciente no son elegibles para ayuda económica. Abajo se mencionan ejemplos de servicios que no son elegibles:
 - a. Evaluaciones que exige el empleador
 - b. Tratamiento de infertilidad
 - c. Cirugía cosmética
 - d. Lentes especiales mejorados para operación de cataratas
 - e. Dispositivos para la vista
 - f. Descuentos por pago en efectivo en CWOFS (Central Washington Oral & Facial Surgery)
2. Los servicios que un proveedor alternativo dentro de la red puede prestar que no hayan sido aprobados por el seguro del paciente para la prestación fuera de la red de Confluence Health no son elegibles para ayuda económica.

K. Acciones de cobro.

1. Los estados de cuenta se generarán cada 30 días para cualquier cuenta que tenga un saldo de pago por cuenta propia pendiente. Todos los estados de cuenta incluyen información sobre el programa de asistencia económica y ayuda benéfica de Confluence Health, junto con la información de contacto de los representantes de ayuda benéfica de Confluence Health.
2. A los 30-60 días, si no recibimos ningún pago, Confluence Health hará todos los esfuerzos razonables para comunicarse con el garante y hablar sobre su saldo pendiente.
 - a. Si no se recibió ninguna comunicación, se puede intentar una llamada telefónica para comenzar a trabajar con el garante. Si no se puede contactar al garante, se enviará una carta.
 - b. Se informará al garante de la disponibilidad de todas las opciones de planes de pago, financiamiento bancario, descuentos de escala variable y del programa de asistencia económica y ayuda benéfica de Confluence Health.

- i. Cuando se evalúe a un garante para determinar su elegibilidad para el programa de asistencia económica y ayuda benéfica de Confluence Health, cesarán todos los esfuerzos de cobro de los saldos impagos hasta que se tome una determinación final.
- 3. A los 90 días de atraso, se iniciarán más esfuerzos de cobro.
 - a. Se intentará contactar al garante por teléfono y por carta hasta que la cuenta alcance los 120 días de atraso.
 - b. Se informará al garante de la disponibilidad de todas las opciones de planes de pago, financiamiento bancario, descuentos de escala variable y del programa de asistencia económica y ayuda benéfica de Confluence Health.
 - i. Cuando se evalúe a un garante para determinar su elegibilidad para el programa de asistencia económica y ayuda benéfica de Confluence Health, cesarán todos los esfuerzos de cobro de los saldos impagos hasta que se tome una determinación final.
- 4. A los 120 días de atraso, la cuenta se remitirá a una agencia de cobros externa.
 - a. Si en algún momento durante el proceso de cobro el garante solicita que se lo evalúe para el programa de asistencia económica y ayuda benéfica de Confluence Health, la actividad de cobro cesará hasta que se tome una determinación final.

REFERENCIAS:

WAC 246-453-010(7) “Servicios médicos hospitalarios adecuados” significa aquellos servicios de hospital que se calculan razonables para diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de las condiciones que ponen en peligro la vida, o causan sufrimiento o dolor, o dan como resultado una enfermedad o dolencia, o amenazan con causar o agravar una discapacidad, o causan deformidad física o mal funcionamiento, y no hay otro curso de tratamiento igualmente eficaz más conservador o sustancialmente menos costoso disponible o adecuado para la persona que pide el servicio. A efectos de esta sección, el “tratamiento” puede incluir la simple observación o, en su caso, la ausencia de tratamiento.

WAC 246-453-030.3 En caso de que la identificación de la parte responsable como persona indigente sea obvia para el personal del hospital, y el personal del hospital pueda establecer la posición del nivel de ingresos dentro de los amplios criterios descritos en WAC 246-453-040 o dentro de los rangos de ingresos incluidos en la tabla de cargos según la escala variable del hospital, el hospital no está obligado a establecer el nivel de ingresos exacto ni a pedir la documentación mencionada a la parte responsable, a menos que la parte responsable pida otra revisión.

WAC 246-453-030.4 En caso de que la identificación de la parte responsable como persona indigente sea obvia para el personal del hospital, y el personal del hospital pueda establecer la posición del nivel de ingresos dentro de los amplios criterios descritos en WAC 246-453-040 o dentro de los rangos de ingresos incluidos en la tabla de cargos según la escala variable del hospital, el hospital no está obligado a establecer el nivel de ingresos exacto ni a pedir la documentación mencionada a la parte responsable, a menos que la parte responsable pida otra revisión.

WAC 246-453-020.10 Los hospitales deben hacer todos los esfuerzos razonables para lograr las determinaciones iniciales y finales de la designación de ayuda benéfica de manera oportuna; sin embargo, los hospitales harán esas designaciones en cualquier momento al conocer los hechos o recibir la documentación, como se describe en el

WAC 246-453-030, que indica que los ingresos de la parte responsable son iguales o menores que el doscientos por ciento del estándar federal de pobreza ajustado según el tamaño de la familia. El momento en el que se logre una determinación final del estado de la ayuda benéfica no tendrá relación con la identificación de las deducciones de la ayuda benéfica de los ingresos, a diferencia de las deudas incobrables.

****Nota: la política se debe publicar en el sitio web del hospital del DOH y CH.org a medida que ocurran las actualizaciones.**

Anexos

 [Confluence_CCPolicyLetter10.31.2024.pdf](#)

Firmas de aprobación

Descripción del paso	Aprobador	Fecha
Administrador de PolicyStat	Crista Davis: Coordinadora de normas reglamentarias	2/24/2025
CEO	Andrew Jones: Director ejecutivo	2/24/2025
VP	Kaci Ramsey: Vicepresidenta de Ciclo de ingresos	2/18/2025
Director	Loni Daniels: Director de SVCS de Acceso para Pacientes y Finanzas	2/18/2025
	James Markel: Administrador de Servicios para pacientes	2/18/2025

Normas

No hay ninguna norma asociada a este documento