



Fecha de creación:	8/1/2013
Entrada en vigor:	2/9/2022
Última aprobación:	2/9/2022
Última revisión:	2/9/2022
Próxima revisión:	2/8/2025
Propietario:	<i>James Markel: gerente de Servicios para Pacientes</i>
Área de política:	<i>Ciclo de ingresos</i>
Referencias:	<i>Política</i>

## Programa de Ayuda Benéfica (Programa de Ayuda Financiera de Confluence Health)

### POLÍTICA:

El compromiso de Confluence Health y sus afiliados, Central Washington Hospital & Clinics (CWH) y Wenatchee Valley Hospital & Clinics (WVH) es prestar servicios de atención médica a todas las personas que necesiten atención médicamente necesaria sin considerar su capacidad de pago. Para proteger la integridad de las operaciones y cumplir este compromiso se establecen los siguientes criterios para la prestación de ayuda financiera y ayuda benéfica según lo establecen los requisitos del Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC), Capítulo 246-453. Estos criterios ayudarán al personal a tomar decisiones objetivas y coherentes sobre la elegibilidad para la ayuda financiera y la ayuda benéfica, mientras garantiza el sostenimiento de una base financiera sólida.

#### A. COMUNICACIONES AL PÚBLICO:

1. La información sobre la política de ayuda financiera y ayuda benéfica de Confluence Health, también llamada Programa de ayuda benéfica (Charity Care Program, CCP), se pondrá a disposición del público según se indica:
  - a. En las áreas públicas clave de Central Washington Hospital (CWH) y Wenatchee Valley Hospital (WVH) y sus clínicas (colectivamente "Hospitales"), incluyendo Ingresos, el Departamento de Emergencias y Servicios Financieros, se colocará un aviso que indique a los pacientes que Confluence Health da ayuda financiera y ayuda benéfica.
  - b. Confluence Health distribuirá un aviso por escrito sobre la disponibilidad de ayuda benéfica y financiera a todos los pacientes. Esto se hará en el momento en que Confluence Health pida información relacionada con la cobertura de terceros. El aviso por escrito también se explicará verbalmente en ese momento. Si por algún motivo, por ejemplo, en una situación de emergencia, no se notifica al paciente de la existencia de ayuda benéfica y financiera antes de recibir el tratamiento, se le 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 del aviso que no son en inglés, deben estar disponibles: Español
  - d. Confluence Health capacitará al personal de primera línea para que responda las preguntas de ayuda benéfica y financiera de manera eficaz o dirija dichas preguntas al departamento adecuado de manera oportuna.
  - e. El aviso por escrito sobre la política de ayuda benéfica y financiera de Confluence Health se pondrá

a disposición de 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. 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 registro, ingresos y facturación y a cualquier otro personal adecuado, para que puedan 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.

**C. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:**

1. Generalmente, la ayuda benéfica y financiera es secundaria 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 financiera 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 benéfica y financiera para servicios no urgentes no será restringida por el área de servicio, sino que estará disponible para todos los pacientes que vivan en Estados Unidos y busquen servicios médicos en Confluence Health.
4. La ayuda benéfica y financiera se limitará a los "servicios médicos hospitalarios apropiados", como se definen en WAC 246-453-010(7) y a los servicios clínicos no excluidos en G.3.
5. En las situaciones en las que no se disponga de fuentes de pago primarias apropiadas, se considerará a los pacientes para la ayuda benéfica y financiera según esta política basándose en los siguientes criterios:
  - a. Todas las partes responsables con ingresos familiares iguales o por debajo del cien por ciento del estándar federal de pobreza, ajustado según el tamaño de la familia, se determinarán como personas indigentes que califican para el patrocinio de beneficencia por la cantidad total de los cargos del hospital o de la clínica relacionados con los servicios médicos hospitalarios apropiados que no cubre el patrocinio de terceros privados o públicos.
  - b. Todas las partes responsables con ingresos familiares entre el ciento uno y el doscientos por ciento del estándar federal de pobreza, ajustado según el tamaño de la familia, se determinarán como personas indigentes que califican para obtener descuentos de los cargos relacionados con los servicios médicos hospitalarios o de la clínica apropiados, según la tabla de cargos y la escala variable del hospital y las políticas relacionadas con las circunstancias financieras individuales.
  - c. Los hospitales y las clínicas pueden clasificar a cualquier persona responsable que tenga ingresos de más de doscientos por ciento del estándar federal de pobreza, ajustado según el tamaño de la familia, como una persona indigente elegible para obtener un descuento de los cargos en función de las circunstancias financieras individuales de esa persona responsable. WAC 246-453-040.1.2.3

**Directrices federales de pobreza para la Ayuda benéfica de Confluence Health**

Personas en la familia	48 estados contiguos y D. C.
1	\$13,590
2	\$18,310
3	\$23,030
4	\$27,750
5	\$32,470
6	\$37,190
7	\$41,910
8	\$46,630
Para cada persona adicional sume	\$4,720

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>

6. **Ayuda benéfica significa:** ayuda benéfica o financiera significa atención médica hospitalaria médicamente necesaria prestada a personas indigentes cuando la cobertura de terceros, si la hay, se terminó, en la medida en que las personas no pueden pagar la atención o pagar las cantidades del deducible o del coseguro que exige un pagador tercero según los criterios de esta póliza
7. **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 hospitalaria.
8. **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;
9. **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.
10. **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.
11. **Ayuda catastrófica.** Confluence Health puede cancelar como ayuda benéfica las cantidades de los pacientes con ingresos familiares mayores del 300 % del nivel federal de pobreza cuando las circunstancias indiquen dificultades financieras o pérdidas personales serias.
12. La **obligación financiera** de la parte responsable que permanezca después de la solicitud de cualquier tabla de cargos según la escala variable se pagará según la negociación entre Confluence Health y la parte responsable. La cuenta de la parte responsable no se entregará a una agencia de cobranza 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.

13. Confluence Health no exigirá la revelación de la existencia y disponibilidad de bienes familiares a los solicitantes de ayuda benéfica y financiera cuyos ingresos sean **menores que el 100 %** del nivel federal de pobreza actual, pero puede exigir la revelación de la existencia y disponibilidad de bienes familiares a los solicitantes de ayuda benéfica y financiera cuyos ingresos sean iguales o **mayores que el 201 %** del nivel federal de pobreza actual.

14. **Tabla de cargos según la escala variable:**

- a. La tabla de cargos según la escala variable considerará el nivel de los cargos que no cubre ningún patrocinio público o privado relacionado con o como porcentaje de los ingresos familiares de la parte responsable.
- b. La tabla de cargos según la escala variable determinará la cantidad máxima de los gastos que se espera que pague la parte responsable, con flexibilidad para que la administración del hospital pueda hacer responsable al encargado de una cantidad menor después de considerar la situación financiera específica de la parte responsable.
- c. La tabla de cargos según la escala variable debe considerar la posible necesidad de permitir que la parte responsable pague la cantidad máxima de los cargos que se espera que pague en un período de tiempo razonable, sin intereses ni cargos por retraso. Las políticas y los procedimientos del hospital relacionados con la tabla de cargos según la escala variable especificarán las circunstancias financieras individuales que puede considerar el personal adecuado del hospital para ajustar la cantidad resultante de la solicitud de la tabla de cargos según la escala variable, como los gastos extraordinarios no discrecionales relativos a la cantidad de los gastos de atención médica de la parte responsable.
- d. La existencia y disponibilidad de bienes familiares solo se pueden considerar en relación con la aplicabilidad de la tabla de cargos según la escala variable, la capacidad de la parte responsable de obtener ingresos en el futuro, especialmente cuando su capacidad de trabajar en el futuro se pueda ver limitada como resultado de la enfermedad y la capacidad de la parte responsable de hacer pagos durante un período de tiempo prolongado.
- e. Las tablas de cargos según la escala variable que tratan las directrices de la subsección previa son:
  - i. Una persona cuyos ingresos familiares anuales están entre el ciento uno y el doscientos por ciento del estándar federal de pobreza, ajustado según el tamaño de la familia, tendrá los gastos hospitalarios que no cubre el patrocinio público o privado limitados al cuarenta por ciento del exceso del ingreso familiar anual de esa persona sobre el cien por ciento del estándar federal de pobreza, ajustado según el tamaño de la familia. El personal apropiado del hospital puede ajustar esta responsabilidad después de considerar las circunstancias financieras individuales de la parte responsable. 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.
  - ii. Las personas cuyos ingresos familiares estén entre el ciento uno y el doscientos por ciento del nivel federal de pobreza, ajustado según el tamaño de la familia, tendrán una reducción de los gastos de hospitalización que no cubre el patrocinio público o privado, según la tabla abajo. El personal apropiado del hospital podrá ajustar la responsabilidad resultante después de considerar las circunstancias financieras individuales de la parte responsable. 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 o cargos por retraso, según lo negociado entre el hospital y la parte responsable. La tabla es como sigue: **(FPL 0 %-175 %, 100 %; FPL 176 %-200 %, 75 %; FPL 201 %-300 %, 50 %)**

**D. 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 póliza se llama AGB. Confluence Health determina el porcentaje de AGB aplicable multiplicando los cargos brutos del hospital por cualquier atención de emergencia o atención médicamente necesaria por un porcentaje fijo que está basado en los reclamos permitidos según Medicare y las aseguradoras privadas. Puede obtener las hojas de información que describen los porcentajes de AGB (y cómo se calculan usando el método retroactivo) pidiéndolas al comunicarse con Servicios para Pacientes al (509) 436-4020.

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

- a. 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. 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 benéfica y financiera de fuentes como médicos, grupos de la comunidad o religiosos, servicios sociales, personal de servicios financieros y el paciente, siempre que cualquier uso o revelación después de la información incluida en la petición esté sujeta a las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico y a las políticas de privacidad de Confluence Health. Todas las peticiones identificarán a la parte económicamente responsable del paciente como la "Parte responsable".
- b. Hay dos solicitudes: Solicitud de "Sala de emergencias" y "Estándar".
  - i. Si se atiende al paciente en la sala de emergencias se le dará una solicitud "rápida". Si la solicitud no se entrega en la fecha del servicio, esta es nula. El paciente debe cumplir las peticiones del equipo de CCP sobre toda la documentación financiera y de apoyo al grupo familiar.
  - ii. La solicitud estándar está disponible para todos los pacientes del hospital y de 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 financiera y de apoyo al grupo familiar. El paciente debe presentar la documentación en un plazo de 14 días después de que se ha pedido.
2. La determinación inicial de la elegibilidad para la ayuda benéfica y financiera se completará en el momento del ingreso o tan pronto como sea posible después de iniciar los servicios al paciente, pero no después de los 14 días a partir del ingreso o de iniciar 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 calificar al paciente 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 el paciente es elegible para recibir ayuda benéfica o financiera y quiere que se revisen las deudas incobrables. El paciente debe dar los datos de ingresos o financieros del plazo que se describe en la sección E inciso n.º 4.

**F. 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.
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 deben 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. Declaración de retenciones "W-2" del año en curso
  - b. Estado de cuenta bancario (que muestre el depósito del Seguro Social)
  - c. PFMLA (Permiso médico familiar pagado de ausencia del estado)
  - d. Carta de aprobación de beneficios del Seguro Social
  - e. Estado de cuenta bancario que muestre el depósito del Seguro Social o el depósito de la pensión
  - f. Recibo de pago de todos los empleos durante el período de tiempo relevante
  - g. Declaración de impuestos sobre ingresos del año calendario más reciente
  - h. Formularios que aprueban o rechazan la elegibilidad para Medicaid o la asistencia médica que financia el estado
  - i. Formularios que aprueban o rechazan el subsidio de desempleo
  - j. Declaraciones por escrito de empleadores o empleados de DSHS
  - k. Beneficios para veteranos
  - l. Manutención de los hijos/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 petición inicial, el paciente y Confluence Health 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.
4. Los ingresos anuales de la familia del paciente clasificados según las directrices federales 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 esta se hace en un plazo de dos años a partir del momento del servicio, si el paciente hizo esfuerzos de buena fe para pagar los servicios de atención médica prestados y el paciente demuestra la elegibilidad para la ayuda benéfica. (RCW 70.170.060(10))
  - a. Se necesitará una prueba de dificultad financiera.
5. Momento de la determinación de los ingresos. Además de hacer esfuerzos razonables para determinar la existencia o no existencia de patrocinio privado o público que pueda cubrir los gastos de la atención en el hospital prestada, es necesario que los hospitales determinen los ingresos anuales de la familia del paciente en el momento en que se prestaron los servicios de atención médica o en el momento de la solicitud de ayuda benéfica, si esta se hace en el plazo de dos años a partir del momento del servicio, si el paciente hizo esfuerzos de buena fe para pagar los servicios de atención médica prestados y el paciente demuestra la elegibilidad para la ayuda benéfica. A su discreción, los hospitales pueden considerar las solicitudes de ayuda benéfica en cualquier momento, incluyendo cuando se produzca un cambio en la situación económica del paciente.
6. En caso de que la parte responsable no pueda dar 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))
7. **Plazo para la determinación final y las apelaciones:**
  - a. A cada solicitante de ayuda benéfica y financiera que se ha determinado inicialmente como elegible para recibir ayuda benéfica se le dará un plazo de al menos catorce (14) días calendario o el tiempo razonablemente necesario para garantizar y presentar la documentación que respalde su solicitud de ayuda benéfica antes de recibir una determinación final de estado de patrocinio.
  - b. Confluence Health notificará al solicitante su determinación final en un plazo de catorce (14) días a partir de la recepción de todo el material de solicitud y documentación.
  - c. 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 de recibir el aviso.
  - d. 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 WAC 246-453-020(10)
  - e. 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 benéfica o financiera 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. El paciente tiene treinta (30) días para notificar a Confluence Health el cambio de estado y Confluence Health tiene treinta (30) días para reembolsar al paciente después de recibir la ayuda benéfica o financiera o la designación de ayuda benéfica y la documentación de respaldo.

- i. El copago, los deducibles y el coseguro son elegibles para la cancelación de CCP si el paciente recibe la aprobación de CCP.

**8. Aviso adecuado del rechazo:**

- a. Cuando se rechaza una solicitud de ayuda benéfica y financiera, la parte responsable recibirá un aviso de denegación por escrito que incluye:
  - i. los 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 basándose en la información que tiene 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. La Junta de Revisión de la ayuda benéfica revisará todas las apelaciones. 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 de acuerdo con la ley estatal.
- d. Si se determina que un paciente es elegible para recibir ayuda benéfica o financiera y continúa recibiendo servicios durante un período de tiempo prolongado sin completar una nueva solicitud, Confluence Health reevaluará la elegibilidad del paciente para recibir ayuda benéfica y financiera cada noventa (90) días para confirmar que el paciente sigue siendo elegible.

**G. 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.

**H. 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 ocurrir
  - 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.

#### I. SERVICIOS EXCLUIDOS DEL PROGRAMA DE AYUDA BENÉFICA:

1. Evaluaciones que exige el empleador
2. Atención obstétrica de RUTINA, incluyendo el parto (debe pedir el servicio médico para el embarazo por medio de DSHS)
  - a. Ultrasonidos obstétricos
3. Tratamiento de infertilidad
4. Equipo médico duradero (DME)
5. Suplementos nutricionales (sin receta)
6. Cirugía cosmética
7. Venas varicosas (elegibles solo para el tratamiento del dolor)
8. Lesiones relacionadas con MVA o L&I, el seguro rechazó los cargos, cargos previamente descontados
9. Descuentos por pago en efectivo en CWOFS (Central Washington Oral & Facial Surgery)
10. Vacunas (solo para viajes)

## REFERENCIAS:

**WAC 246-453-010(7)** "Servicios médicos hospitalarios adecuados" significa los servicios de hospital que se considera razonablemente que diagnostican, corrigen, curan, alivian o previenen el empeoramiento de las condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, dan como resultado una enfermedad o dolencia, 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 a medida que ocurren las actualizaciones.**

## Anexos

[ConfluenceApproval\\_08.17.2021.pdf](#)

## Firmas de aprobación

Descripción del paso	Aprobador	Fecha
Administrador de PolicyStat	Crista Davis: coordinadora de normas reglamentarias	2/9/2022
EVP/CFO	Thomas Legel: director financiero	2/9/2022
VP	Joshua Wood: vicepresidente del ciclo de ingresos	1/27/2022
Director	Grace Pickett: directora del ciclo de ingresos	1/27/2022
	James Markel: administrador de Servicios para Pacientes	1/27/2022