



Willapa Harbor Hospital

Política/Procedimiento

Procedimiento para la política de
asistencia económica - ESP

Oficina comercial 11004

Funcionario (Mod.: 20)

PROPOSITO:

Willapa Harbor Hospital (WHH) está comprometido con la prestación de servicios de atención médica necesarios desde el punto de vista médico 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 la prestación de asistencia económica, según los requisitos del Código Administrativo de Washington (WAC) 246-453. Las personas que no son residentes del estado de Washington son elegibles para recibir asistencia económica según (WAC) 246-453, que incluye servicios médicos necesarios desde el punto de vista médico. Estos criterios ayudarán al personal a tomar decisiones coherentes y objetivas con respecto a la elegibilidad para la asistencia económica, mientras se asegura que se mantenga una sólida base financiera.

La política escrita 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 correspondientes necesarios desde el punto de vista médico, recibidos en el hospital como paciente hospitalizado o ambulatorio/clínico. Los servicios que no califican para asistencia económica pueden incluir costos de transporte o servicios profesionales facturables por separado prestados por el personal médico del hospital que también figuran en la lista de **Proveedores independientes - Anexo B**. Willapa Harbor Hospital no factura por estas entidades/proveedores específicos.

PROCEDIMIENTO:

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La asistencia económica generalmente es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo los planes médicos grupales o individuales, el seguro de accidentes de trabajo, 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.

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

En aquellas 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 el fiador, por los gastos del hospital se considerará como ayuda beneficiosa 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 (según 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 beneficiosa 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, los cuales se espera que pague, durante un tiempo razonable, sin intereses ni cargos moratorios. El hospital calcula la cantidad máxima de los gastos usando la metodología de retrospectiva de las cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB). Para el año en curso, el porcentaje de AGB del Hospital figura en las [**Directrices federales de pobreza - Anexo A.**](#) No se cobrará a ninguna persona que califique según la Política de asistencia económica más que las cantidades generalmente facturadas (AGB) por servicios médicamente necesarios.
- C. El cincuenta por ciento de los cargos hospitalarios no cubiertos se determinarán como ayuda benéfica para el paciente o beneficiario 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 Y HEALTH BENEFIT EXCHANGE

Identificación de pacientes elegibles para ciertas coberturas de terceros: Para los servicios que se den 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 mediante 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 bajo el capítulo 74.09 RCW o el Washington Health Benefit Exchange.
- B. Si la información que está en la solicitud indica que el paciente o fiador es elegible para la cobertura, el Hospital ayudará al paciente o al fiador en la solicitud de la siguiente manera, entre otras cosas:
1. Ayudará a las personas y a las familias a completar la solicitud para *Washington Healthplanfinder* y a inscribirse en una cobertura de seguro médico,
 2. Apoyará a las personas con necesidades culturales, lingüísticas, discapacidad u otras necesidades especiales.
 3. Explicará las opciones de cobertura y la disponibilidad de asistencia económica para reducir el costo de las primas de seguro
 1. Al dar 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 fiador cumpla los procedimientos de solicitud y no impondrá procedimientos al paciente o fiador que constituyan una carga irrazonable.
- C. Si un paciente o fiador es obvia o categóricamente no elegible o se considera no elegible para la cobertura mediante los programas de asistencia médica según el capítulo 74.09 RCW o Washington Health Benefit Exchange en los 12 meses anteriores, el Hospital no ayudará al paciente o fiador a pedir dicha cobertura, a menos que el paciente pida asistencia.

ASISTENCIA ECONÓMICA PARA CATÁSTROFES

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 financieras graves o pérdidas personales. Esto se hará solo por recomendación del representante de cuentas del paciente o gerente de la oficina comercial, con la justificación adecuada por escrito, y solo con la aprobación del gerente de Finanzas o director de Ciclo de Ingresos.

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 a 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 se espera la determinación final de elegibilidad, el Hospital no iniciará las gestiones de cobranza, 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 elijan no pedir la asistencia económica, no deberán ser considerados para recibir asistencia económica a menos que el Hospital conozca otras circunstancias.

Las solicitudes para dar asistencia económica serán aceptadas 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 calificar al paciente 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 médicaamente necesarios para los pacientes del Hospital.

Esos proveedores están mencionados en el anexo B, Proveedores independientes.

Determinaciones finales

Los formularios de asistencia económica, las instrucciones y las solicitudes por escrito se darán a los pacientes cuando se pida la asistencia económica, cuando se indique la necesidad o cuando la evaluación financiera indique una posible necesidad. Las solicitudes, iniciadas por el paciente o por el hospital o las clínicas, deben ir acompañadas por la documentación para verificar las cantidades de los ingresos indicados en el formulario de solicitud. Uno o más de estos tipos de documentación pueden ser aceptados con el fin de verificar los ingresos:

1. Las declaraciones de retención W-2 para todos los empleos durante el período correspondiente;
2. Los talonarios de pago de todos los empleos durante el período correspondiente;
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;
5. Declaraciones por escrito de los empleadores o de las agencias de bienestar; o
6. En el caso de que el paciente no pueda entregar ninguno de los documentos descritos arriba, el Hospital se basará en las declaraciones escritas 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 entregada 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 dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la solicitud en la oficina comercial.

La asistencia económica se dará sobre la base de las directrices de aprobación descritas en las **Directrices federales de pobreza - Anexo A**. La determinación inicial seguirá siendo válida durante 180 días. Durante los 180 días, el Hospital puede pedir información actualizada o una nueva verificación del estado de calificación del paciente.

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

Para los servicios 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 el sitio web del Hospital en <https://www.willapaharborhospital.com>.

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 durante los (180) días siguientes a partir de la fecha de aprobación de la solicitud y será retroactiva para los servicios elegibles durante 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 de atención médica hospitalaria apropiados, y posteriormente se descubra que cumplía con los criterios de asistencia económica en el momento en que se prestaron los servicios, cualquier pago que supere la cantidad determinada como apropiada según WAC 246-453-020 se reembolsará al paciente dentro de 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 (14) días posteriores a la recepción de todo el material de la solicitud y la documentación.

Negación-

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

- El motivo o los motivos de la negación 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 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 dentro de los (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 se finalice la apelación. Todas las apelaciones serán revisadas por el representante de cuentas del paciente y el gerente 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 según 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 durante seis (6) años.

PROCESO PARA LA COMUNICACIÓN

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

- A. Avisos puestos o expuestos donde se puedan ver fácilmente en las áreas públicas del hospital que anuncien a los pacientes que hay asistencia económica disponible según la elegibilidad.

- B. El aviso 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 avisa al paciente de la existencia de la política de asistencia económica antes de recibir tratamiento, se avisará al paciente/fiador lo antes posible a partir de entonces.
- C. La información por escrito sobre la política de asistencia económica del Hospital se pondrá a disposición para cualquier persona que pida la información.
- D. El personal de Acceso de Pacientes/Recepción está capacitado para responder preguntas sobre la asistencia económica de manera eficaz y remitirán las consultas que no puedan responder a la oficina comercial.

ANEXO A

Porcentajes de la escala variable de tarifas según el ingreso de Willapa Harbor Hospital, 2025

Tamaño de la familia	Directriz federal de pobreza	Nivel federal de pobreza ¹					
		100 % - 200 %		201 % - 250 %		251 % - 300 %	
1	\$ 15,650	\$ 15,060	\$ 31,300	\$ 31,301	\$ 39,125	\$ 39,126	\$ 46,950
2	\$ 21,150	\$ 21,150	\$ 42,300	\$ 42,301	\$ 52,875	\$ 52,876	\$ 63,450
3	\$ 26,650	\$ 26,650	\$ 53,300	\$ 53,301	\$ 66,625	\$ 66,626	\$ 79,950
4	\$ 32,150	\$ 32,150	\$ 64,300	\$ 64,301	\$ 80,375	\$ 80,376	\$ 96,450
5	\$ 37,650	\$ 37,650	\$ 75,300	\$ 75,301	\$ 94,125	\$ 94,126	\$ 112,950
6	\$ 43,150	\$ 43,150	\$ 86,300	\$ 86,301	\$ 107,875	\$ 107,876	\$ 129,450
7	\$ 48,650	\$ 48,650	\$ 97,300	\$ 97,301	\$ 121,625	\$ 121,626	\$ 145,950
8	\$ 54,150	\$ 54,150	\$ 108,300	\$ 108,301	\$ 135,375	\$ 135,376	\$ 162,450
Persona adicional	\$ 5,500	\$ 5,500	\$ 11,000	\$ 11,001	\$ 13,750	\$ 13,751	\$ 16,500
Descuento	100 %	100 %		75 %		50 %	

⁽¹⁾ Directrices federales de pobreza 2025 publicadas en el Diario Oficial Federal de los 48 Estados contiguos y el Distrito de Columbia. Estas directrices se usan para calcular la elegibilidad para recibir ayuda benéfica según el Código modificado de Washington (RCW) 70.170

Cantidades generalmente facturadas: 70 %

Apéndice B

Proveedores independientes y no empleados que practican otros servicios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados no cubiertos por el Programa de Asistencia Económica

- Dr. Hovanscek - Podiatra
- Mark Scoones - Audiólogo
- Grupo de radiología contratado por VRAD Facturas privadas por servicios anteriores al 1/1/2025
- CellNetix - Laboratorio de referencia de patología, facturación privada
- Interpretaciones de pruebas I-Rhythm-ZIO
- Providence Cardiology Associates - Interpretaciones de ECHO
- Providence - Telestroke



WHH Interpretive
Language
Services