



Entrada en vigor 07/2002  
Aprobado 11/2023  
Última revisión 11/2023  
Vencimiento 11/2024

Dueño Krista Zabreznik:  
gerente de la  
Oficina Comercial  
Departamento Cuentas de  
pacientes

## Atención caritativa/Asistencia financiera

### 1. POLÍTICA:

Con el fin de que North Valley Hospital (“NVH”) pueda lograr los estándares establecidos en su Misión y Visión y cumplir con su compromiso de atención al paciente, NVH ha adoptado los siguientes procedimientos para garantizar la prestación de Atención caritativa/Asistencia financiera (“CC/FA”) que sea consistente con los requisitos del [Código administrativo de Washington, capítulo 246-4](#)

### 2. ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los pacientes que buscan atención en North Valley Hospital ya sea para atención hospitalaria o ambulatoria e incluye los cargos de médicos y proveedores del hospital (es decir, proveedores de la sala de emergencias). Esta política excluye a los pacientes que consultan a los médicos en la Clínica de salud rural del Hospital o que son residentes en la división de cuidados a largo plazo del distrito.

### 3. RESPONSABILIDADES:

- I. Bajo la supervisión del Director ejecutivo, el Gerente de servicios financieros para pacientes y el Director financiero son responsables de garantizar el cumplimiento de esta política.
- II. En su sitio web, [www.nvhospital.org](http://www.nvhospital.org), North Valley Hospital pondrá a disposición la versión actual de esta política, un resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de Atención caritativa de North Valley Hospital.

#### III. 3.1. Notificación y requisitos lingüísticos:

1. Las notificaciones escritas, las explicaciones verbales, el resumen de la política y el formulario de solicitud estarán disponibles en todos los idiomas que sean hablados por más del diez por ciento de la población en el área de servicio de North Valley Hospital. El personal del Hospital pondrá a disposición servicios de interpretación para los pacientes que no hablen inglés o que hablen inglés limitado y para otros pacientes que no entiendan la escritura o las explicaciones. La traducción de estos documentos de un idioma que no sea inglés está actualmente disponible en español.

2. Se publicará una notificación que informe a los pacientes que North Valley Hospital brinda Asistencia financiera y Atención caritativa CC/FA en áreas públicas clave del Hospital, estas incluyen Ingreso o Registro, Emergency Department (Departamento de emergencias), clínicas del Hospital, Billing Department (Departamento de facturación) y el Financial Services Department (Departamento de servicios financieros).
3. Los estados de cuenta de North Valley Hospital y otras comunicaciones escritas relacionadas con la facturación o el cobro de una factura del hospital por parte de North Valley Hospital incluirán la siguiente declaración en la primera página del estado de cuenta en inglés y en español:
  1. Es posible que califique para recibir atención gratuita o un descuento en su factura del hospital, ya sea que tenga o no seguro. Comuníquese con nuestro representante de asistencia financiera al (509) 486-2151 o al (877) 542-2877.

#### IV. **3.2. Requisitos para la capacitación del personal:**

1. North Valley Hospital ha establecido un programa de capacitación estandarizado sobre su política de Asistencia financiera y Atención caritativa CC/FA y el uso de servicios de interpretación para ayudar a las personas con dominio limitado del inglés y a las personas que no lo hablan a comprender esta política. North Valley Hospital brinda capacitación continua al personal que trabaja en el área de registro, admisiones y facturación, y a cualquier otro personal idóneo. Estos miembros del personal pueden responder preguntas sobre la Asistencia financiera y la Atención caritativa, coordinar las comunicaciones con los servicios de interpretación necesarios y dirigir las consultas al departamento correspondiente de manera oportuna.
2. El programa de capacitación incluye información sobre: 1. La ley de Atención caritativa del Estado de Washington; 2. La elegibilidad basada en el número de integrantes de la familia del paciente y en sus ingresos en comparación con las pautas del Nivel federal de pobreza; 3. Elegibilidad para cualquier atención médica hospitalaria que sea médicamente necesaria; y, 4. Elegibilidad, ya sea que el paciente tenga seguro o no.
3. En la capacitación se explican los términos “atención caritativa” y “persona indigente”. Además, la capacitación explica cómo y cuándo brindar información a los pacientes y la disponibilidad de intérpretes. También capacita al personal sobre dónde estos, los pacientes y el público pueden acceder a la política de atención caritativa del Hospital, a un resumen de la política, a la solicitud de Atención caritativa del Hospital y a cualquier otra información que el Hospital haya preparado.

#### V. **3.3. Plazo de determinaciones de ingresos:**

1. Para ser considerado “elegible” para los descuentos definidos en la política de Atención caritativa y Asistencia financiera del Hospital, el Hospital determina los ingresos familiares del paciente en comparación con el Nivel federal de pobreza (FPL) para las familias que tienen el mismo número de dependientes. Los ingresos familiares del paciente se determinarán a partir del momento en que se brindan los servicios de North Valley Hospital, o al momento de la solicitud de Atención caritativa o asistencia financiera. La solicitud debe hacerse dentro de los dos años posteriores a la fecha en que se brindaron los servicios médicos médicamente necesarios, el

solicitante debe haber hecho esfuerzos de buena fe para pagar los servicios y demuestra elegibilidad para la Atención caritativa y la Asistencia financiera

## 2. **3.3.1. DEFINICIONES:**

### a. Atención caritativa:

- A. Atención caritativa o Asistencia financiera se refiere al apoyo financiero (a través de atención gratuita o con descuento) para pacientes que cumplen con ciertos umbrales de ingresos y número de integrantes de la familia con el fin de permitir que el paciente pague por los servicios hospitalarios médicamente necesarios que le sean prestados.
- B. La Atención caritativa o la Asistencia financiera están disponibles para los pacientes que califican (según ciertos umbrales de ingresos y número de integrantes de la familia) cuando se haya agotado la cobertura de seguro de una compañía de seguros de terceros, si la hubiera, o, en la medida en que las personas no puedan pagar el deducible, el coseguro o los montos denegados (cuando se ha firmado una notificación anticipada al beneficiario) requeridos por un tercero pagador según los criterios de esta política.
- C. Los hospitales de Nivel 1 y de Nivel 2 están definidos por la ley estatal. North Valley Hospital está clasificado como un hospital de Nivel 2. La ley estatal define los parámetros para la atención gratuita y los descuentos para los pacientes de NVH.

### b. Cobertura de terceros:

- A. La cobertura de terceros significa una obligación por parte de una compañía de seguros, un contratista de servicios de atención médica, una organización de mantenimiento de la salud, un plan de salud grupal, un programa gubernamental (Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, indemnización del trabajador, beneficios para veteranos), beneficios de salud tribales o un ministerio de atención médica compartida según se define en 26 U.S.C. Sec. 5000A para pagar la atención de pacientes y servicios cubiertos; esta puede incluir acuerdos, sentencias o adjudicaciones efectivamente recibidas relacionadas con los actos negligentes de otros (por ejemplo, accidentes automovilísticos o lesiones personales) que han resultado en la afección médica por la cual el paciente ha recibido servicios de atención médica hospitalaria.

### c. Nivel federal de pobreza ("FPL")

- A. Es una medida de ingresos publicada anualmente por el Department of Health and Human Services (Departamento de salud y servicios humanos, HHS). La escala del FPL 2023 figura en el Apéndice A.

- d. Fechas de servicio al calcular la elegibilidad para la Atención caritativa
- A. Las regulaciones del estado de Washington no establecen un período de tiempo antes del cual el paciente puede solicitar Atención caritativa/Asistencia financiera.
  - B. El paciente debe solicitar Atención caritativa/ Asistencia financiera dentro de los dos años posteriores a la fecha del servicio.
  - C. Al solicitar Atención caritativa/Asistencia financiera, el Hospital solicitará información sobre el número de integrantes de la familia del paciente y sus ingresos de varias fuentes. No se utilizará la información de ingresos del período actual para los servicios médicos prestados en los años calendario anteriores. Por ejemplo: el paciente solicita en marzo de 2023 Atención caritativa por servicios médicos recibidos en octubre de 2022. El Hospital solicitará la información de ingresos que sean relevantes al período en que se prestó el servicio médico.
- e. Niveles y requisitos relacionados con la atención gratuita/con descuento
- A. De conformidad con las leyes estatales, NVH ha establecido tres (3) niveles para calcular la atención caritativa:
  - B. Nivel 1~ 0-200 % FPL; Nivel 2~ 201-250 % FPL; y, Nivel 3~ 251-300 % FPL.
  - C. Las tasas de descuento son: Nivel 1 ~ 100 %; Nivel 2 ~ 75 %; y, Nivel 3 ~ 50 %.
  - D. El director ejecutivo y el director financiero pueden aprobar descuentos mayores que estas pautas caso por caso.
- f. Consideración de la información de activos
- A. Medicare requiere que el Hospital obtenga información sobre los activos financieros del paciente (garante).
  - B. El Estado permite que NVH considere los activos financieros no exentos del paciente (o garante) que, después de considerarlos, podrían reducir el porcentaje de descuento para pacientes que se encuentran en o por encima del 200 % del FPL. Estos activos se describen en la política de Asistencia financiera y Atención caritativa.
  - C. Ciertos activos están exentos de consideración, estos incluyen:
    - Los primeros \$5,000 en activos monetarios para una persona, \$8,000 para una familia de dos y \$1,500 de activos monetarios por cada miembro adicional de la familia;
    - Equidad en la vivienda principal
    - Planes de jubilación distintos a los planes 401(k)
    - Un vehículo motorizado (y un segundo vehículo motorizado si fuera necesario para fines laborales o médicos)

- Contratos o parcelas de entierro pagados por adelantado
  - Pólizas de seguro de vida con un valor nominal de \$10,000 o menos.
- D. El Hospital no impondrá una “carga excesiva” a la parte responsable en la búsqueda de información.
- g. Solicitud para Medicaid y el intercambio de beneficios de salud del estado de Washington
- A. La ley estatal exige que NVH implemente procedimientos para identificar a los pacientes y garantes elegibles para los programas de asistencia médica en virtud de Medicaid o el intercambio de beneficios de salud del estado de Washington y para ayudar a los pacientes a solicitar la cobertura disponible.
  - B. Si un paciente o garante es elegible para Medicaid retroactiva o para otra cobertura, NVH puede optar por no brindar atención caritativa a ningún paciente o garante que no haga esfuerzos razonables para colaborar con NVH en el proceso de solicitud.
- h. Persona indigente
- A. La ley estatal define a una persona indigente como una persona que cumple con los umbrales del FPL y que ha agotado toda cobertura de terceros.

## 4. PROCEDIMIENTO:

- I. La política de Atención caritativa/Asistencia financiera de North Valley Hospital se hará pública:
- A. Se publicará una notificación que informe a los pacientes que el hospital brinda asistencia financiera y atención caritativa en áreas clave del hospital, estas incluyen Ingresos, Emergency Department (Departamento de emergencias), clínicas ambulatorias del hospital, Billing Department (Departamento de facturación) y el Financial Services Department (Departamento de servicios financieros).
  - B. El Hospital brindará un resumen escrito de la política a los pacientes en el momento en que el personal del hospital solicite información relacionada con la cobertura de terceros, o en la admisión, o en el alta. La información que se encuentra en el resumen por escrito de la política también se explicará verbalmente al paciente, a su cuidador, al apoderado notarial o al garante del paciente. Luego, el paciente debe firmar la notificación de la Política de Atención caritativa/Asistencia financiera, que indica que fue debidamente informado de la disponibilidad de CC/FA. Una copia de la notificación firmada se archivará en el expediente del paciente. Si por alguna razón (por ejemplo, una situación de emergencia) el paciente no recibe notificación de CC/FA antes de recibir tratamiento, se le notificará por escrito tan pronto como sea posible.
  - C. Tanto la información escrita como la explicación verbal deberán estar disponibles en todos los idiomas hablados por más del diez por ciento de la población en el área de servicio del Hospital, y se interpretarán para otros pacientes que no hablen inglés o que tengan un dominio limitado del inglés y para aquellos pacientes que no puedan entender los documentos escritos o la explicación. El hospital pondrá este documento a disposición en español.

- D. Como se detalló anteriormente, el hospital capacitará a todo el personal correspondiente para responder preguntas sobre CC/FA de manera efectiva o dirigirá dichas consultas al departamento correspondiente de manera oportuna. Esta capacitación cumplirá con las directivas y las regulaciones del Estado de Washington.
  - E. La Política de Asistencia financiera/Atención caritativa del Hospital se pondrá a disposición de cualquier persona que solicite información, ya sea por correo postal, por teléfono o en persona. El programa de descuentos del Hospital se publicará y estará disponible.
- II. De acuerdo con las regulaciones del Estado de Washington, el Hospital brindará orientación, ayudará activamente al paciente a obtener cobertura de atención médica o hará referencias a la organización o a la entidad apropiada si determina que el paciente podría ser elegible para un seguro a través de un programa de seguro gubernamental (es decir, Medicare, Medicaid, Servicios de salud para indígenas, etc.) o si el paciente podría inscribirse en un programa de seguro a través del intercambio de beneficios de salud del Estado.
- A. Si un paciente no solicita este seguro alternativo, el Hospital no está obligado a proporcionar un descuento según su política de Atención caritativa/Asistencia financiera.
- III. La solicitud de Atención caritativa/Asistencia financiera generalmente es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluidos los planes médicos grupales o individuales, la indemnización del trabajador, Medicare, Medicaid o los 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 una responsabilidad legal prioritaria para pagar el costo de los servicios médicos, incluso de forma retroactiva.
- IV. Se otorgará Atención caritativa/Asistencia financiera a los pacientes independientemente de su raza, color, sexo, orientación sexual, religión, edad, origen nacional o estado migratorio.
- V. La Atención caritativa/Asistencia financiera se limitará a “servicios médicos hospitalarios apropiados y necesarios desde el punto de vista médico, según se define en WAC 245-453-010(7)”.
- VI. Los servicios que son elegibles para el pago a través de cualquier otra fuente no son elegibles para su inclusión bajo CC/FA calificada. Sin embargo, la política de CC/FA permite que el paciente reciba un descuento por aquellos servicios o partes de servicios no pagados por el pagador principal. Algunos ejemplos de saldos restantes incluyen deducibles, copagos y aquellos servicios no pagados por el pagador principal, ya que no son médicamente necesarios a menos que el paciente haya firmado un acuse de recibo de antemano que documente su comprensión de que la compañía de seguros podría negar el reclamo por los servicios. En aquellas situaciones en las que no se disponga de fuentes de pago primarias adecuadas, el paciente será considerado para CC/FA según esta política y en función de los siguientes criterios:
- A. La cantidad total de cargos hospitalarios no cubiertos y no reembolsados se considerará atención de caridad para un paciente cuyo ingreso familiar bruto es igual o inferior al 200 % del Nivel federal de pobreza actual (de acuerdo con WAC 246-435).
  - B. El siguiente cronograma se utilizará para determinar el descuento que se aplicará a los saldos elegibles del paciente.
    - a. El hospital también proporcionará un descuento a cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente cuando sus ingresos sean inferiores al

300 % del nivel federal de pobreza, a menos que sea modificado por la política del hospital para la consideración de activos no exentos. Porcentaje de descuento del FPL:

0–200 % ~100 %

201–250 % ~75 %

251–300 % ~50 %

- C. Los activos disponibles se pueden utilizar para determinar la elegibilidad para CC/FA si el ingreso familiar es mayor al 200 % de las pautas federales de pobreza. Este análisis se completará de manera uniforme para todos los pacientes que superen el umbral del 200 %.
  - D. Caridad catastrófica: el hospital puede ofrecer un descuento para los pacientes con ingresos familiares superiores al 300 % del nivel federal de pobreza cuando las circunstancias indiquen dificultades financieras graves o pérdidas personales. El director financiero y el director ejecutivo tomarán estas decisiones después de considerar el saldo, los ingresos del paciente y la cantidad de activos no exentos.
- VII. La obligación financiera de la parte responsable, que permanece después de la aplicación de cualquier descuento, será pagadera en no más de 12 cuotas mensuales iguales según la política del Hospital, sin intereses ni cargos por mora, según lo acordado entre el Hospital y la parte responsable. La cuenta de la parte responsable no se entregará a una agencia de cobro a menos que no se cumplan los pagos negociados (acordados) o que haya un período de inactividad en la cuenta. La inactividad incluye el incumplimiento del paciente a brindar una comunicación oportuna con el personal de la Oficina comercial de NVH o si el paciente se niega a responder a las comunicaciones escritas o verbales de NVH. North Valley Hospital se reserva el derecho de utilizar una agencia externa para gestionar las cuotas de pago acordadas.
- VIII. Si en algún momento después de que se lleven a cabo dichos arreglos, el paciente informa a North Valley Hospital de circunstancias atenuantes o un cambio en su situación financiera actual que genere dificultades financieras y que afecte su capacidad de pago durante un período prolongado, North Valley Hospital hará arreglos para poner la cuenta en estado de "pausa", donde las gestiones de cobro cesarán hasta el momento en que North Valley Hospital pueda realizar una revisión oportuna del saldo actual de la cuenta y tomar una decisión adicional. Si el cambio en el estado financiero es temporal, el Hospital puede optar por suspender los pagos de manera temporal antes de continuar con las actividades de cobro.
- IX. En los casos en que la obligación financiera de la parte responsable no se pueda pagar en más de 12 cuotas mensuales iguales, North Valley Hospital se reserva el derecho de remitir el saldo pendiente a una agencia de cobranza de terceros.
- X. North Valley Hospital no exigirá la divulgación de recursos de los solicitantes de CC/FA cuyos ingresos sean inferiores al 100 % del Nivel federal de pobreza actual, pero solicitará la divulgación de los activos no exentos (también conocidos como recursos) de los solicitantes cuyos ingresos sean iguales o superiores al 101 % del Nivel federal de pobreza actual.
- XI. La decisión inicial de elegibilidad se llevará a cabo de la siguiente manera:
- A. El hospital le pedirá al paciente que complete la solicitud para determinar la elegibilidad para CC/FA. Se aceptarán solicitudes de CC/FA de fuentes conectoras de la situación financiera del paciente, como por ejemplo, de grupos comunitarios o religiosos, servicios sociales, personal de servicios financieros, poder notarial del paciente, garante, cuidador del paciente y del paciente, siempre que cualquier uso o divulgación adicional de la información incluida en la solicitud esté sujeto a las

regulaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico y las políticas del Hospital. Todas las solicitudes deberán identificar a la parte que es financieramente responsable de reembolsar al hospital la parte del costo de los servicios que le corresponde al paciente (la "parte responsable").

- B. La decisión inicial de elegibilidad para CC/FA se debe completar tan pronto como sea posible en el proceso de admisión del paciente. Los pacientes que sean derivados a North Valley Hospital para recibir servicios médicos serán contactados antes de la fecha del servicio para determinar su elegibilidad para la Atención caritativa. El Hospital no denegará los servicios médicos mientras se procesa una solicitud de Atención caritativa/Asistencia financiera.
- C. Durante el proceso de registro o admisión del paciente, o tan pronto como sea posible después del inicio de los servicios y después de que el paciente haya sido notificado de la existencia y la disponibilidad de CC/FA, el Hospital tomará una decisión inicial de elegibilidad basada en una solicitud verbal o escrita.
- D. A la espera de la decisión final de elegibilidad, el Hospital no emprenderá acciones de cobro ni solicitará depósitos monetarios, siempre que la(s) persona(s) responsable(s) de la parte no pagada de la factura médica colabore(n) con los esfuerzos del Hospital para llegar a una decisión final de su situación.
- E. Si el Hospital identifica circunstancias que podrían calificar al paciente para recibir asistencia según esta política, se le informará al paciente sobre esta posibilidad y se tomará una decisión inicial de que dicha cuenta debe ser tratada como calificada para recibir CC/FA.

XII. La decisión final de elegibilidad se llevará a cabo de la siguiente manera:

- A. Cancelaciones a primera vista. En el caso de que la identificación de la parte responsable como una persona indigente sea obvia para el personal del Hospital, y el Hospital pueda establecer que los ingresos del solicitante están claramente dentro del rango de elegibilidad, el Hospital otorgará la Atención de caridad basándose únicamente en esta decisión inicial. En estos casos, el Hospital no está obligado a completar la verificación o la documentación completa. (De acuerdo con WAC 246-453-030 (3).)
- B. Los formularios, las instrucciones y las solicitudes escritas de Atención caritativa y Asistencia financiera se brindarán a los pacientes o a la parte responsable cuando se solicite, cuando se indique la necesidad o cuando la evaluación financiera indique una posible necesidad. Todas las solicitudes, ya sean iniciadas por el paciente o por el Hospital, irán acompañadas de la documentación que verifique los montos de ingresos indicados en el formulario de solicitud. Cualquiera de los siguientes documentos se considerará evidencia suficiente para basar la decisión final de elegibilidad para la Atención caritativa:
  - 1. Comprobante de retención "W-2";
  - 2. Talones de pago de todos los empleos durante el período relevante;
  - 3. Una declaración de impuestos sobre la renta del año calendario más recientemente presentado;
  - 4. Un documento que aprueba o rechaza la elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado;
  - 5. Un documento que aprueba o rechaza la compensación por desempleo; o



6. Declaraciones por escrito de los empleadores del paciente o de los empleados del DSHS (Departamento de servicios sociales y de salud).
- C. Durante el período inicial de solicitud, el Hospital ayudará al paciente (o a la parte responsable) a solicitar otras fuentes de financiamiento, esto incluye la cobertura de seguro a través de Asistencia Médica, Medicare o el intercambio de beneficios de salud del estado cuando el Hospital considere que el paciente (o la parte responsable) es elegible para una cobertura de seguro alternativa. Si el Hospital considera que el paciente o la parte responsable es elegible para una cobertura de seguro alternativa, se le pedirá al paciente (o a la parte responsable) que confirme que completó la solicitud de cobertura de seguro alternativa al proporcionar la documentación del pagador del seguro de la aceptación o del rechazo por parte del pagador de la solicitud de cobertura del paciente (o de la parte responsable). El Hospital no exigirá que un paciente que solicita una determinación de estado indigente busque financiamiento bancario o de otro tipo.
  - D. Por lo general, se solicitará documentación correspondiente al año calendario completo anterior a la fecha del servicio. El Hospital podría solicitar documentación de los tres meses previos a la fecha de solicitud para reflejar la situación financiera actual del solicitante. El Hospital aplicará el descuento de Atención Caritativa al saldo pendiente adeudado al Hospital a partir de la fecha en que cambie la situación financiera del paciente (parte responsable).
  - E. Los ingresos se anualizarán a partir de la fecha de solicitud conforme a la documentación proporcionada y a la información verbal brindada por el paciente. Los ingresos anuales serán determinados por el Hospital y tendrán en cuenta el empleo por temporada y los aumentos o disminuciones temporales de los ingresos.
  - F. En caso de que la parte responsable no pueda proporcionar ninguna de la documentación descrita anteriormente, el Hospital se basará en declaraciones escritas y firmadas de la parte responsable para tomar una decisión final de elegibilidad para la clasificación como persona indigente. (WAC 246-453-030 (4))

XIII. El plazo para la decisión definitiva y las apelaciones es el siguiente:

- A. Cada solicitante que haya sido determinado inicialmente elegible tendrá al menos treinta (30) días calendario, o el tiempo que sea razonablemente necesario, para asegurar y presentar la documentación que respalde su solicitud de atención caritativa antes de recibir una decisión final de su situación.
- B. El Hospital notificará al solicitante su decisión final dentro de los catorce (14) días posteriores a la recepción de la solicitud completada y la documentación de respaldo.
- C. La parte responsable puede apelar la decisión de elegibilidad al brindar una verificación adicional de los ingresos o del número de integrantes de la familia al gerente de Servicios financieros del paciente dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la decisión final del Hospital. Si la parte responsable apela la denegación, North Valley Hospital no emprenderá acciones de cobro hasta que la apelación del paciente haya sido revisada y se haya tomado una segunda decisión.
- D. Tal como se establece en WAC 246-453-020 (10), el plazo en el que se alcance una decisión final de la situación de atención caritativa no afectará la identificación de las deducciones por atención caritativa de los ingresos a diferencia de las deudas incobrables.

XIV. Notificación de denegación adecuada:

- A. Cuando la solicitud de un paciente es denegada, este recibirá una notificación de denegación por escrito que incluya:
  - 1. La razón o razones de denegación y las normativas regulatorias del estado que respalden la decisión del Hospital;
  - 2. La fecha de la decisión; y
  - 3. Las instrucciones para apelar o reconsiderar.
- B. Cuando el solicitante no proporciona la información solicitada y no hay suficiente información disponible para que el Hospital determine la elegibilidad, la notificación de denegación también incluirá:
  - 1. Una descripción de la información que se solicitó y que el paciente no ha proporcionado, incluida la fecha en que se solicitó la información;
  - 2. Una declaración de que la elegibilidad para la Atención caritativa no se puede establecer en función de la información limitada disponible para el Hospital; y
  - 3. Que la elegibilidad se determinará si, dentro de los treinta días a partir de la fecha de la notificación de denegación, el solicitante proporciona toda la información especificada previamente solicitada pero que no se proporcionó.

XV. El director financiero o el director ejecutivo revisará todas las apelaciones. Si esta revisión confirma la denegación previa de la atención caritativa, se enviará una notificación por escrito al paciente/garante y al Department of Health (Departamento de salud) de acuerdo con la ley estatal.

XVI. El hospital permitirá que un paciente solicite CC/FA dentro de los dos años posteriores a la fecha del alta, ya que reconoce que la capacidad de pago de un paciente durante un período prolongado de tiempo puede verse sustancialmente alterada debido a una enfermedad o a dificultades financieras, esto resulta en la necesidad de considerar la CC/FA que no existía en el momento inicial del servicio. Cualquier decisión se aplicará al saldo actual de la cuenta en el momento de dicha notificación documentada y a cualquier pago futuro. Si el cambio en el estado financiero es temporal, el hospital puede optar por suspender los pagos de manera temporal en lugar de iniciar una revisión de CC/FA.

XVII. Si el paciente ha pagado una parte o la totalidad de la factura por servicios médicos y, dentro de los veinticuatro meses posteriores a la fecha del servicio, se determina que era elegible para recibir atención caritativa en el momento en que se prestaron los servicios, se le reembolsará todo pago que exceda la cantidad determinada como correspondiente de acuerdo con WAC 246-453-040. El paciente recibirá el reembolso en un plazo de treinta (30) días posteriores a la recepción de la designación de atención caritativa.

XVIII. Si se ha determinado que un paciente es elegible para la atención de CC/FA y continúa recibiendo servicios recurrentes, como fisioterapia o terapia intravenosa/servicios de infusión, durante un período prolongado sin completar una nueva solicitud, el Hospital volverá a evaluar la elegibilidad del paciente trimestralmente para confirmar que aún es elegible. El Hospital le puede requerir a la parte responsable que presente una nueva solicitud y documentación.

XIX. Si un paciente tiene múltiples visitas para diferentes servicios elegibles dentro del mismo trimestre calendario de tres meses y se ha determinado que es elegible para CC/FA, el Hospital

puede combinar múltiples visitas en una sola solicitud. Después de un período de doce meses y cada aniversario de doce meses subsiguiente, el Hospital volverá a evaluar la elegibilidad del paciente para confirmar que aún sea elegible. El Hospital le puede requerir a la parte responsable que presente una nueva solicitud y documentación.

- XX. Si más de un miembro de la familia en el mismo hogar recibe servicios en North Valley Hospital que califican para CC/FA, cada miembro de la familia debe completar una solicitud por separado. Solo los servicios calificados que recibe una misma persona se pueden combinar en una sola solicitud.

## Todas las fechas de revisión

11/2023, 04/2023, 08/2022, 07/2022, 11/2019, 11/2018, 02/2016, 01/2015, 12/2013, 03/2012

---

## Anexos

[2023\\_NVH\\_Charity\\_Care\\_Application\(English\).pdf](#)

[Charity\\_Care\\_Plain\\_Language\\_Summary\\_2023.pdf](#)

[Federal\\_Poverty\\_Level\\_Table\\_2023.pdf](#)

## Firmas de aprobación

Paso Descripción	Persona que aprueba	Fecha
	John McReynolds: CEO	11/2023
	Matthew Matthiessen: CFO [JM]	11/2023
	Krista Zabreznik: gerente de la Oficina Comercial	11/2023

COPIA