



Id. de doc.: 853-02
Revisión: 19
Estado: Oficial
Departamento: Políticas y procedimientos del Departamento de Salud
Manual(es):

Políticas y procedimiento: Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera

Política:

La política del Hospital del condado de Lewis Distrito N° 1 (LCHD N° 1) es ser una organización de atención médica para la comunidad comprometida con su misión y valores fundamentales. No solo es la filosofía sino también la práctica de nuestro distrito que los servicios médicos necesarios estén disponibles sin demora para los miembros de la comunidad y los que tienen necesidades médicas emergentes, con independencia de su capacidad de pago. El LCHD N° 1 se regirá por las pautas detalladas a continuación:

1. Cumplir con las leyes y reglamentos federales y estatales relacionados con los servicios médicos de emergencia y la Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera.
2. Ofrecer Atención médica Benéfica/Asistencia Financiera a pacientes calificados sin otras fuentes de pago de terceros para liberarlos de parte o todas sus obligaciones financieras por servicios de atención médica necesaria.
3. Alinearse con sus valores fundamentales: el LCHD N° 1 brindará Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera a pacientes calificados de manera respetuosa, compasiva, justa, consistente, efectiva y eficiente.
4. No discriminar en base a la edad, sexo, raza, credo, color, discapacidad, orientación sexual, origen nacional, religión, identidad de género o situación migratoria al hacer determinaciones de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera.
5. En circunstancias atenuantes, el LCHD N° 1 puede, a nuestra discreción, aprobar la Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera fuera del alcance de esta política.

La Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera no debe considerarse un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los requisitos del LCHD N° 1 para obtener Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera u otras formas de pago. Los pacientes que no cooperen en el proceso podrán no calificar para recibir Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera.

Definiciones:

Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera significa la «atención médica hospitalaria necesaria que se presta a las personas indigentes cuando se haya agotado la cobertura de terceros, si la hubiera, en la medida en que la(s) persona(s) no pueda(n) pagar la atención o pagar los importes deducibles o de coaseguro exigidos por un tercero pagador, en base a los criterios de esta política y procedimiento».

Cobertura de terceros significa «una obligación de una compañía aseguradora, contratista de servicios de atención médica, organización de mantenimiento de la salud, plan de salud grupal, programa gubernamental (Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, compensación por accidentes de trabajo, beneficios para veteranos, beneficios de salud tribales o ministerios de atención médica compartida, según la definición de la Sección 5000A del 216 U.S.C.) de pagar por la atención de los pacientes y servicios cubiertos, y puede incluir arreglos, sentencias o laudos recibidos relacionados con actos negligentes de otros (por ejemplo, accidentes vehiculares o lesiones personales) que hayan resultado en la afección médica por la que el paciente ha recibido servicios de atención médica hospitalaria».

Prima-Facie: «Lo que se conoce en base a la primera impresión pero que está sujeto a evidencia o información posterior».

Departamento: Hace referencia al Departamento de Salud del estado de Washington, creado por el capítulo 43.70 RC.

Indigente médicamente: Un paciente cuya cobertura de seguro médico, si la hubiera, no cubre la totalidad de sus gastos médicos y cuyos gastos médicos, en relación con sus ingresos, le convertirían en indigente si se viera obligado a pagarlos en su totalidad.

Índice y Umbrales Federales de Pobreza

1. Los índices son la medición federal de la pobreza emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Sociales y publicada en el Registro Federal, que se aplica al LCHD N° 1.
2. Los Umbrales son la versión original de la medición federal de la pobreza emitidos por la Oficina del Censo únicamente con fines estadísticos y no se aplican al LCHD N° 1.

Familia: Se define como un grupo de dos personas o más (una de las cuales se considera jefe de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas; todas esas personas (incluidos los miembros secundarios de la familia relacionados) se consideran miembros de una misma familia.

Ingresos: Incluye ganancias, desempleo, indemnización, compensación por accidentes de trabajo. Seguridad social, ingresos suplementarios de seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, fondos de pensión o retiro, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimentaria, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes varias.

Propósito:

El propósito de esta política y del procedimiento es describir las circunstancias en la que se pueden brindar descuentos de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera a pacientes calificados de bajos ingresos por servicios de atención médica necesaria provistos por el LCHD N° 1 y por las clínicas de pacientes ambulatorios de su propiedad.

Procedimiento:

1. Criterios de elegibilidad

Servicios: Los siguientes servicios de atención médica califican para recibir Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera:

- a. Se presta Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera únicamente para servicios médicos necesarios. El LCHD N° 1 reconoce como servicios hospitalarios adecuados, según la definición de WAC 246-453-010(7), «aquellos servicios hospitalarios que se calculan de manera razonable para diagnosticar, corregir, curar, aliviar o impedir que empeoren afecciones que ponen en riesgo la vida, o que causan sufrimiento o dolor, o que resultan en enfermedad o dolencia, o que amenazan con causar o agravar una discapacidad, o que causan una deformidad o un mal funcionamiento físico, y no hay otro curso de tratamiento igualmente efectivo más conservador o sustancialmente menos costoso disponible o adecuado para la persona que solicita el servicio». A los efectos de esta sección, «curso de tratamiento» puede incluir la mera observación o, cuando corresponda, ningún tipo de tratamiento. Esta política también se aplica a los servicios médicos necesarios prestados por las clínicas y los médicos.
- b. Los pacientes que residen fuera del área definida del LCHD N° 1 no califican para recibir Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera, excepto en circunstancias atenuantes que pueden incluir servicios emergentes cuando se visita el área de servicio de nuestro hospital y se cumplen los requisitos de elegibilidad descritos en esta política.
- c. Los procedimientos y servicios electivos no califican para recibir Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera.
- d. El LCHD N° 1 proporcionará servicios hospitalarios gratuitos o con descuento a pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con un seguro insuficiente, en tanto y en cuanto reúnan los requisitos, cuando la capacidad de pago de los servicios sea un obstáculo para acceder a los servicios médicamente necesarios. Los pacientes deben cumplir los requisitos descritos en esta política.

2. Elegibilidad para recibir Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera:

La Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera es secundaria a todo otro recurso financiero disponible para el garante, que incluye, entre otros, seguro, pagadores de obligaciones de terceros, programas gubernamentales y programas de

agencias externas. Cuando no hay fuentes primarias de pago adecuadas disponibles, los garantes pueden solicitar la Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera con base en los requisitos de elegibilidad de esta política.

El área de servicio del LCHD N° 1 es el este del condado de Lewis, que comienza en el punto donde la carretera 12 cruza Mayfield Lake y se extiende hacia el norte y el sur desde ese punto. También comprende las áreas del código postal de Ashford (código postal 98304) y de Elbe (código postal 99330) en la medida en que esas áreas se extiendan más allá del condado de Lewis.

- a. El importe total (100 %) de los gastos de hospitalización se ajustará como Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera para cualquier garante cuyos ingresos familiares brutos sean iguales o inferiores al 200 % del nivel federal de pobreza actual (de acuerdo con el WAC 246-453), siempre que dichas personas no califiquen para recibir otra cobertura médica privada o pública (véase RCW 70.170.060(5)).
- b. La escala de tarifas gradual del LCHD N° 1 se utilizará para determinar el importe que se cancelará como Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera para los garantes con ingresos entre el 100 % y el 300 % del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) actual, y el descuento 501r se aplicará a los saldos abiertos para aquellos pacientes no asegurados cuyos ingresos sean superiores al 300 % del FPL. Esto es aplicable después de que se hayan agotado o denegado todas las posibilidades de financiación disponibles para el garante y se hayan revisado los recursos financieros personales para una posible financiación destinada a pagar los servicios y suministros prestados. La escala de tarifas gradual se muestra a continuación. La decisión de brindar Atención Médica Benéfica/Ayuda Financiera se basa únicamente en el tamaño del grupo familiar y los ingresos brutos. En la determinación de la asistencia financiera no se incluyen los activos.
- c. Esta política se aplica a todos los servicios no electivos y a todas las áreas de servicios, incluidos los servicios de atención primaria, los servicios de la Clínica de Salud Rural, salas de emergencia y servicios para pacientes internados y ambulatorios.
- d. Limitaciones en los aranceles: Los importes facturados habitualmente (AGB, por su sigla en inglés) se usan para determinar el valor de los descuentos que se ofrecerán a pacientes no asegurados que, de lo contrario, no califican para recibir asistencia financiera. Los AGB se determinan analizando todos los reclamos facturados y pagados del año anterior. El importe neto del pago se usa para determinar el valor promedio del pago por clase financiera. La intención es no cobrar a nuestros pacientes que pagan por su cuenta más de lo que esperamos que pague una compañía de seguros. Este descuento (501r) se aplica a todos los servicios de emergencia y médicamente necesarios pagados por el propio paciente en todas las clínicas y servicios hospitalarios de Arbor Health. El cálculo de los AGB se usa para determinar el descuento para el año calendario siguiente.
- e. Se ofrece un 15 % de descuento por pronto pago a todos los pacientes que pagan sus propias facturas si cancelan el saldo dentro de los 30 días de recibido su primer resumen de cuenta. Este descuento se aplica al saldo tras haber realizado el descuento 501r, y no se deduce de los gastos brutos.

La elegibilidad para recibir Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera estará basada en la necesidad financiera a la fecha de la solicitud o analizando más de 24 meses anteriores. Si analizamos más de 24 meses anteriores, basaremos la necesidad económica en los ingresos del paciente/garante y el tamaño del grupo familiar durante la fecha de servicio especificada. Para determinar la aplicabilidad de la escala de tarifas gradual del LCHD N° 1, se toman en cuenta todos los recursos familiares definidos por WAC 246-453-010(17). El cálculo del descuento de la Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera a aplicar se basa en el índice federal de pobreza vigente. La tabla de tarifas y los porcentajes de descuento se indican a continuación.

La elegibilidad en una solicitud completada es válida para los servicios elegibles recibidos dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de aprobación de la solicitud. Si la ayuda continúa siendo necesaria al final de los 90 días, el paciente/garante puede volver a solicitarla.

3. Obligaciones de Medicaid y Health Benefit Exchange

Identificación de los pacientes que califican para recibir una determinada cobertura de terceros

- a. Para los servicios prestados a los pacientes a partir del 1° de julio de 2022, se aplicará el siguiente procedimiento para identificar a los pacientes y/o a sus garantes que puedan ser elegibles para la cobertura de atención médica a través de los programas de Washington Medical Assistance (por ejemplo, Apple Health) o el Washington Health Benefit Exchange.
- b. Como parte del proceso de solicitud de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera, para determinar si es elegible, el LCHD N° 1 preguntará al paciente si cumple o no con los criterios de cobertura de atención médica bajo el programa de asistencia médica en virtud del capítulo 74.09 RCW o el Washington Health Benefit Exchange.
- c. Si la información en la solicitud de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera indica que el paciente o su

garante pueden ser elegibles para la cobertura, el LCHD N° 1 ayudará al paciente o a su garante a solicitar la cobertura bajo estos dos programas. Según las necesidades de cada paciente, esto incluye acompañarles en el proceso, responder a sus preguntas, proporcionarles los formularios adecuados, ponerles en contacto con un representante de la agencia y/o facilitarles los enlaces adecuados.

- d. La ayuda que se ofrece a los pacientes o a los garantes puede variar. El LCHD N° 1 tendrá en cuenta cualquier deficiencia física, mental, intelectual, sensorial, la falta de acceso a una computadora/internet, las dificultades idiomáticas y cualquier otra razón que pueda constituir una carga irrazonable.
- e. Si el paciente o el garante no hiciera esfuerzos razonables para cooperar con el LCHD N° 1 en la solicitud de cobertura conforme el capítulo 74.09 RCW o el Washington Health Benefit Exchange, el LCHD N° 1 no estará obligado a brindar atención médica benéfica a dicho paciente.
- f. Si un paciente o su garante es obviamente o categóricamente inelegible, o se ha considerado inelegible para la cobertura a través de programas de asistencia médica conforme el capítulo 74.09 RCW o el Washington Health Benefit Exchange en los 12 meses anteriores, el LCHD N° 1 no requerirá que el paciente o su garante soliciten dicha cobertura.

4. Proceso de determinación de elegibilidad

- a. Cuando los pacientes soliciten Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera, cuando se determine una necesidad o cuando la evaluación financiera determine una posible necesidad, se les entregarán los formularios, instrucciones y solicitudes impresas de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera. Todas las solicitudes, iniciadas por el paciente, el hospital, la clínica u otros, estarán acompañadas por documentación para verificar el importe de los ingresos familiares indicado en el formulario de solicitud. Excepción: Cancelaciones prima-facie.
- b. Como parte de este proceso de evaluación, el LCHD N° 1 y nuestro proveedor de asistencia temprana para pacientes que pagan por su propia cuenta revisarán si el garante ha agotado sus opciones o si no califica para recibir ninguna fuente de pago de terceros. Cuando la identificación como indigente de un paciente o garante sea obvia para el LCHD N° 1 mediante una determinación prima-facie de elegibilidad, el LCHD N° 1 podrá iniciar voluntariamente el proceso de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera que tal vez no requiera una solicitud o documentación de respaldo. Todas las determinaciones prima facie requieren la aprobación del director financiero del hospital y se documentarán en Cerner.
- c. Un garante que pueda ser elegible para solicitar Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera después de la evaluación inicial tendrá catorce (14) días o el plazo que se considere razonable para presentar documentación al LCHD N° 1 para respaldar una determinación de asistencia benéfica o financiera. Con base en la documentación provista con la solicitud, el LCHD N° 1 decidirá si se necesita información adicional o si se puede hacer una determinación. Si el garante no completa razonablemente los procedimientos de solicitud adecuados, esto será motivo suficiente para que el LCHD N° 1 niegue la asistencia e inicie gestiones de cobranza externa que pueden incluir embargos, acciones legales y otros medios para asegurar el pago.
- d. Se completará una determinación inicial de condición de patrocinio y elegibilidad potencial para Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera en la fecha más cercana posible a la del servicio o a pedido o en nombre del paciente.

Cualquiera o una combinación de los siguientes documentos se considerará prueba suficiente para basar la determinación final de elegibilidad para la Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera:

- i. Formulario W-2 de declaración de retenciones;
- ii. Recibos de sueldo de todos los empleos durante el período pertinente;
- iii. Declaración de impuestos a la renta del último año calendario presentado;
- iv. Formularios de aprobación o denegación de elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado;
- v. Formularios de aprobación o denegación de indemnización por desempleo, o
- vi. Declaración escrita de empleadores o empleados del Departamento de Salud del estado de Washington (DSHS)

NOTA: Se podrá solicitar información adicional si la documentación no respalda la solicitud de asistencia financiera del paciente. Por ejemplo, para trabajadores de temporada, el formulario W2 o la declaración de impuestos a la renta podrá no ser necesaria y se podrán usar los recibos de sueldo para asegurar la calificación correcta del paciente.

En la determinación se tiene en cuenta el tamaño del grupo familiar. El LCHD N° 1 amplía la definición de WAC del tamaño del grupo familiar (relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción) e incluye a la familia como padres, hijos y otros miembros del grupo familiar que se consideren dependientes en la última declaración presentada de los impuestos federales a la renta (p. ej. si un hijo adulto declara sus propios impuestos, pero vive

en el hogar, el LCHD N° 1 no se fijará en los ingresos de sus padres para evaluar su solicitud financiera).

- e. En caso de que la parte responsable no esté en condiciones de presentar ninguno de los documentos descritos anteriormente, el hospital dependerá de declaraciones escritas y firmadas por la parte responsable para llegar a una determinación final de elegibilidad para clasificar como persona indigente. (WAC 246-453-030(04).
- f. El LCHD N° 1 pondrá a disposición del paciente/garante, un representante designado para ayudar al paciente a completar la solicitud de Asistencia Financiera.
- g. Toda la información relacionada con la solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad. Las copias de los documentos que respaldan la solicitud se guardarán con el formulario de solicitud. Los documentos se guardarán durante seis (6) años, de conformidad con el esquema de Retención de Registros Distritales de Hospitales Públicos de la Oficina del Archivo del Estado de Washington. Número de autoridad de la disposición (DAN) HO2011-097. Transcurridos seis años, los documentos se podrán destruir. No son de archivo, no son esenciales.
- h. El LCHD N° 1 notificará al paciente/garante, por escrito, la determinación final dentro de catorce (14) días hábiles después de recibir toda la documentación necesaria. La determinación de la elegibilidad puede hacerse en cualquier momento al conocer que los ingresos de un responsable están por debajo del 200 % del FPL según el WAC 246-453-020.
- i. El garante puede apelar la determinación de no elegibilidad para recibir Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera si presenta documentación adicional relevante al LCHD N° 1 en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha del rechazo. El LCHD N° 1 no derivará la cuenta a una agencia externa de cobranza dentro de esos 30 días. Si la cuenta ya ha sido asignada a una agencia externa de cobranza, la oficina comercial del hospital solicitará que la gestión se deje en suspenso hasta que se tome una decisión. Transcurridos los treinta días, si no se ha presentado ninguna apelación, el hospital puede iniciar o reanudar las actividades de cobranza. Para apelar un rechazo de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera, el paciente debe comunicarse con nuestro proveedor de asistencia temprana, Revenue Enterprises (REL), llamando al 360-496-5328 o al 800-339-0791 o con el departamento de facturación del LCHD N° 1, llamando al 360-496-3707.
- j. Se revisarán todas las apelaciones y, si la determinación de la apelación confirma el rechazo, se enviará una notificación escrita al garante y al Departamento de Salud, de conformidad con la ley estatal. El proceso de apelación final terminará dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha del rechazo original.

5. Informes

El LCHD N° 1 informará los datos al departamento y el importe de la atención médica benéfica prestada de conformidad con las instrucciones emitidas por el departamento. (WAC 246-453-080) Las agencias de cobranza enviarán al director financiero del LCHD N° 1 un resumen anual sobre las medidas de cobranza tomadas. El director financiero revisará anualmente estos documentos con la junta directiva o los comisionados.

6. Reembolsos

En caso de que el paciente/garante pague una porción o la totalidad de los aranceles relacionados con servicios hospitalarios de atención médica adecuados y luego se determine que cumplía con los criterios para recibir Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera, cualquier pago que supere el importe determinado como adecuado de conformidad con WAC 246-453-040 será reembolsado al paciente en un plazo de treinta días desde el logro de la asignación de atención médica benéfica.

7. Capacitación

El LCHD N° 1 brindará capacitación regular estandarizada relacionada con la política de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera del hospital y el uso de servicios de intérprete a todo el personal pertinente. El personal pertinente comprende la inscripción, admisión, facturación y clínicas, y puede incluir otras áreas y departamentos (como gestión de casos, calidad, etc.).

8. Facturación y cobros

En el caso de los saldos no abonados por el paciente/garante, una vez revisada la solicitud de atención médica benéfica y aplicados los ajustes pertinentes, el paciente/garante podrá establecer un plan de pagos para todos los saldos adeudados (si

los hubiera). Si no se cumple el plan de pago acordado, el saldo podrá asignarse a una agencia de cobros externa.

9. Comunicación de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera

1. El LCHD N° 1 exhibirá de manera visible la notificación de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera en todos los idiomas principales hablados en las zonas donde se admiten o inscriben los pacientes, incluido el departamento de emergencias.
2. Se publicará una versión actualizada de esta política, un resumen en lenguaje sencillo, el formulario de Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera e instrucciones sobre cómo completar el formulario en el sitio web de nuestro hospital, en idioma inglés y en el segundo idioma más hablado en nuestra área, que es el español.
3. Se incluirá de manera visible información relacionada con la Atención Médica Benéfica/Asistencia Financiera en la primera página de la declaración de cada paciente, en inglés y en español.
4. Para información en otros idiomas, consulte la Política y Procedimiento de servicios de intérprete

10. Escala de tarifas gradual

| <i>Descuento proporcionado</i> | | 100 % | 100 % | 75 % | 50 % | |
|----------------------------------|--|--------------------------|----------|-----------|-----------|------------------------------------|
| <i>Pago del paciente</i> | | 0 % | 0 % | 25 % | 50 % | |
| Tamaño del grupo familiar | | PORCENTAJE DE FPG | | | | |
| | | 100 % | 200 % | 250 % | 300 % | >300 % |
| 1 | | \$13,590 | \$27,180 | \$33,975 | \$40,770 | Se aplica el descuento 510R |
| 2 | | \$18,310 | \$36,620 | \$45,775 | \$54,930 | |
| 3 | | \$23,030 | \$46,060 | \$57,575 | \$69,090 | |
| 4 | | \$27,750 | \$55,500 | \$69,375 | \$83,250 | |
| 5 | | \$32,470 | \$64,940 | \$81,175 | \$97,410 | |
| 6 | | \$37,190 | \$74,380 | \$92,975 | \$111,570 | |
| 7 | | \$41,910 | \$83,820 | \$104,775 | \$125,730 | |
| 8 | | \$46,630 | \$93,260 | \$116,575 | \$139,890 | |
| Cada complemento adicional: | | \$4,720 | \$4,720 | \$4,720 | \$4,720 | |

Propietario del documento: Sofich, Sherry

Colaboradores: Shannon Kelly
Richard Boggess
Jessica Niedert
Char Hancock
Brandy Childress

Aprobaciones

– **Comités:** (Pendiente de ratificación) Junta de Comisionados, (06/06/2022) Comité de Revisión de Política No Clínica, (06/13/2022) Comité de Supervisión de la Política,

– **Firmantes:**

Fecha original de entrada en vigor:

Fecha de revisión: [01/01/2007 Rev. 2], [03/27/2007 Rev. 1], [06/09/2009 Rev. 3], [06/09/2009 Rev. 4], [06/10/2009 Rev. 5], [04/29/2011 Rev. 6], [10/03/2013 Rev. 7], [04/30/2015 Rev. 8], [06/10/2016 Rev. 9], [04/18/2018 Rev. 10], [11/12/2018 Rev. 11], [03/03/2020 Rev. 12], [08/04/2020 Rev. 13], [09/25/2020 Rev. 14], [10/06/2020 Rev. 15], [09/16/2021 Rev. 16], [09/22/2021 Rev. 17], [05/19/2022 Rev. 18], [06/13/2022 Rev. 19]

Fecha de Revisión: [01/28/2013 Rev. 6]

Anexos: <http://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.170&full=true>
(REFERENCIAS DE ESTE DOCUMENTO) <http://apps.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=246-453&full=true#246-453-001>
<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> Acceso a intérpretes

Descuento por pronto pago

[Admisiones](#)

Solicitud de Atención Médica Benéfica 1616-S.PL.pdf (wa.gov)

Capítulo 70.170 RCW: DATOS SOBRE SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA BENÉFICA (wa.gov)

Registro Federal :: Actualización anual de las pautas de pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés)

[Saldos de pago por cuenta propia](#)

Otros documentos:

(QUE SE REFIEREN A ESTE DOCUMENTO)

Las copias impresas de este documento pueden no estar actualizadas y no se debe confiar en ellas con fines oficiales. La versión actualizada está en Lucidoc en

<https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=morton:11739>.