



ASISTENCIA FINANCIERA: ATENCIÓN CARITATIVA

Asunto: Política de Asistencia Financiera de Swedish (Atención Caritativa)	Número de política: PSJH RCM 002 - SHS	
Departamento: Gestión del Ciclo de Ingresos	<input type="checkbox"/> Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Revisado	Fecha: 1 de diciembre de 2025
Patrocinador ejecutivo: Vicepresidente Sénior y Director del Ciclo de Ingresos	Propietario de la política: AVP de Asesoramiento Financiero	
Aprobado por: Vicepresidente Sénior y Director del Ciclo de Ingresos	Fecha de implementación: 27 de enero de 2025	

Swedish Health Services y Swedish Edmonds (“SHS” o “Swedish”) es una organización de atención médica sin fines de lucro que se dedica a su misión de servir a todos, especialmente a los pobres y vulnerables. SHS cree que recibir atención médica es un derecho que toda persona debería tener. Se asegura de que los servicios de atención médica emergentes y necesarios desde el punto de vista médico estén disponibles para cualquier persona en la comunidad, incluso si no pueden pagarlos.

ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los hospitales de SHS del estado de Washington. Cubre todos los servicios de emergencias, urgencias y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico (con la excepción de la atención experimental, de investigación, estética o cosmética, o la atención para la conveniencia del paciente o del médico) (según se detalla en la definición de “Servicios Elegibles”). En el Anexo A figura una lista de los hospitales de SHS cubiertos por esta política. Cuando utilizamos la palabra “hospital” o “centro” en esta política, nos referimos al ámbito de los centros descritos en el Anexo A.

Esta política se interpretará de conformidad con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su versión modificada, y con los requisitos de la Ley de Atención Caritativa de Washington y sus reglamentos de aplicación, que se encuentran en RWC 70.170 y WAC Capítulo 246.453, con las modificaciones oportunas. En caso de que esta política y la ley entran en conflicto, prevalecerá la ley.

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es garantizar que exista un método consistente, justo y no discriminatorio para brindar asistencia financiera (también conocida como “atención caritativa”) a personas que reúnen ciertos requisitos y que no pueden pagar, total o parcialmente, los Servicios Elegibles proporcionados por los hospitales de SHS.

Tiene como objetivo cumplir con todas las leyes aplicables. Esta es la Política oficial de Asistencia Financiera (Atención Caritativa) (FAP) y la Política de Atención Médica de Emergencia para cada hospital SHS en Washington.



PERSONAS RESPONSABLES:

Departamentos de Ciclo de Ingresos. Además, todo el personal apropiado que realice funciones relacionadas con el registro, las admisiones, el asesoramiento financiero y la atención al cliente recibirán capacitación periódica sobre esta política.

POLÍTICA:

SHS brindará Servicios Elegibles sin costo, o a un costo menor, a pacientes que califiquen y presenten una solicitud o se consideren elegibles para recibir atención caritativa, de acuerdo con los criterios establecidos en esta política. Para calificar, los pacientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en esta política. A los fines de esta política, el término “paciente” se utilizará para referirse al paciente, así como a cualquier persona que sea garante o parte responsable (es decir, una persona que es responsable del pago de cualquier cargo del centro en nombre del paciente que no sea pagado por un tercero).

Los departamentos de emergencia de los hospitales de SHS proporcionarán atención a las afecciones médicas de emergencia (según el significado de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto y el Capítulo 246-453-010 del Código Administrativo de Washington) de acuerdo con las capacidades disponibles del departamento, independientemente de si un individuo es elegible para asistencia financiera. SHS no discriminará por motivos de edad, raza, color, creencias, etnia, religión, nacionalidad, estado civil, sexo, discapacidad, estado militar o de veterano o cualquier combinación de las anteriores, ni por ningún otro motivo prohibido por las leyes federales, estatales o locales, a la hora de tomar decisiones sobre la asistencia financiera. La discriminación por motivos de sexo incluye, entre otras: características sexuales, incluidos rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos de género.

Los departamentos de emergencias de los hospitales de SHS realizarán exámenes médicos de emergencia y tratamiento estabilizador o, cuando corresponda, derivarán y trasladarán a una persona a otro hospital. SHS prohíbe cualquier acción, práctica de admisión o política que desaliente a las personas a buscar atención médica de emergencia, como permitir actividades de cobro de deudas que interfieran en la provisión de atención médica de emergencia.

Listado de profesionales sujetos a la FAP de SHS:

Cada hospital de SHS posee una lista de los médicos, grupos médicos u otros profesionales de atención médica que brindan servicios que están y no están cubiertos por esta política. Cada hospital de SHS proporcionará esta lista a cualquier paciente que solicite una copia. La lista de proveedores también se puede encontrar en línea en el sitio web de SHS: www.swedish.org/obp.

Requisitos de elegibilidad para asistencia financiera:

La asistencia financiera está disponible tanto para pacientes asegurados como no asegurados si cumplen con los requisitos de esta política. La atención caritativa otorgada de conformidad con esta política también pretende cumplir con otras leyes con respecto a los beneficios permitidos para los pacientes. SHS hará un esfuerzo para identificar si existe algún otro seguro que pueda cubrir los costos de los Servicios Elegibles antes de facturar al paciente. No se requerirá que los pacientes soliciten programas de asistencia médica de terceros antes de ser evaluados para recibir asistencia financiera.

Cuando un paciente puede ser elegible para cobertura a través de programas de asistencia médica en virtud del capítulo 74.09 RCW o el intercambio de beneficios de salud de Washington, o se determina que califica para cobertura de atención médica retroactiva a través de los programas de asistencia médica en virtud del capítulo 74.09 RCW, SHS asistirá al paciente para solicitar dicha cobertura. Se puede denegar la asistencia financiera si el paciente no hace los esfuerzos razonables para cooperar y ayudar a SHS a solicitar dicha cobertura. SHS no impondrá cargas irrazonables al paciente durante el proceso de solicitud de asistencia financiera y cobertura.



retroactiva, teniendo en cuenta cualquier deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, o las barreras del idioma que puedan obstaculizar la capacidad del paciente para cumplir con procedimientos de solicitud. Los pacientes que no son elegibles de forma obvia o categórica o que han sido considerados no elegibles en los 12 meses anteriores para un programa estatal o federal no tendrán que solicitar dichos programas para recibir asistencia financiera.

Los pacientes sin seguro recibirán un descuento. Los tipos de facturas que podrían ser elegibles para ajustes de asistencia financiera incluyen, entre otros: pago por cuenta propia, cargos para pacientes con cobertura fuera de la red y montos de coseguro, deducible y copago relacionados con pacientes asegurados.

Los pacientes que buscan asistencia financiera pueden completar la Solicitud de Asistencia Financiera de SHS estándar y la elegibilidad se basará en la necesidad financiera a la fecha del servicio o a la fecha de la solicitud, lo que indique la menor cantidad de ingresos y la mayor necesidad financiera. Los pacientes pueden volver a solicitar asistencia si sus circunstancias financieras cambian, incluso si una solicitud anterior fue denegada o aprobada en parte. Se realizarán esfuerzos para notificar e informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera proporcionando información durante la admisión y el alta, en el estado de cuenta del paciente, en las áreas de facturación accesibles para el paciente (como mostradores de registros), en el sitio web de SHS, mediante comunicación oral durante las charlas de pago, así como en la cartelería en las áreas de pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidas las áreas donde los pacientes son admitidos o registrados y en el departamento de emergencias. Las traducciones estarán disponibles en cualquier idioma hablado por más del cinco por ciento de la población en el área de servicio del hospital. SHS mantendrá registros de la información utilizada para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Proporcionará una copia impresa de esta política al paciente que la solicite.

También aprobará un ajuste presuntivo en el saldo de la cuenta de ciertos pacientes por medios distintos a una Solicitud de Asistencia Financiera completa si los pacientes cumplen con los requisitos detallados más adelante en esta política (consulte “Asistencia Financiera sin una Solicitud”).

Evaluación inicial: SHS ofrecerá una evaluación inicial a cada paciente con el que se encuentre directamente (es decir, en persona, por teléfono o digitalmente). La evaluación inicial se basará en las declaraciones de los pacientes sobre el tamaño de su unidad familiar y sus ingresos.

- Si, sobre la base de la evaluación inicial, parece probable que un paciente califique para recibir asistencia financiera, SHS le informará de su probable elegibilidad y le proporcionará instrucciones sobre cómo solicitarla presentando una Solicitud de Asistencia Financiera. SHS también informará al paciente que la Solicitud de Asistencia Financiera completada debe entregarse a dentro de los catorce (14) días para evitar iniciativas de cobro. Si la Solicitud de Asistencia Financiera completada no se proporciona dentro de ese plazo, SHS puede comenzar las iniciativas de cobro, a menos que el paciente pida más tiempo (consulte la sección “Solicitud de Asistencia Financiera”).
- Si un paciente no reuniera las condiciones necesarias para recibir asistencia financiera, SHS se lo comunicará por escrito. SHS también informará al paciente de que aún puede presentar una Solicitud de Asistencia Financiera debidamente completada para una revisión más exhaustiva de sus circunstancias financieras.

SHS realizará una evaluación inicial incluso si también utiliza una herramienta de evaluación financiera reconocida en la industria que evalúa la capacidad de pago basada en registros financieros o de otro tipo disponibles públicamente y esa herramienta indica que el paciente puede no ser elegible para recibir asistencia financiera.

Si SHS no tiene un encuentro directo con el paciente, este es médicamente incapaz de participar en la evaluación inicial, o una evaluación inicial no resulta práctica dadas las circunstancias, le proporcionará una explicación por escrito de la disponibilidad de asistencia financiera con instrucciones sobre cómo solicitarla. La explicación



también incluirá la información de contacto de una persona en SHS que pueda ayudar al paciente a completar la Solicitud de Asistencia Financiera, junto con una copia de dicha solicitud.

Si un paciente declina o no coopera en la evaluación inicial, pero indica interés en solicitar asistencia financiera o indica que puede tener dificultades para pagar, SHS le dará al paciente una explicación por escrito de la disponibilidad de asistencia financiera, junto con instrucciones sobre cómo solicitarla.

Dependiendo de las circunstancias o de las preferencias del paciente, Providence puede comunicarse con los pacientes a través de diversos medios, incluidos, entre otros, interfaces digitales.

Solicitud de asistencia financiera: Los pacientes pueden solicitar y presentar una Solicitud de Asistencia Financiera, la cual es gratuita y está disponible en los centros de SHS, o a través de los siguientes medios: informando al personal de servicios financieros del paciente (en el momento del alta o antes) que se solicita la asistencia, por correo o visitando www.swedish.org/obp. La Solicitud de Asistencia Financiera de una persona se procesará para determinar si puede cumplir con los criterios para asistencia financiera establecidos en esta política.

Los centros de SHS cuentan con personal designado listo para ayudar a los pacientes a completar la Solicitud de Asistencia Financiera y ver si el paciente califica para recibir asistencia financiera de SHS o de programas de seguros financiados por el gobierno. También se encuentra disponible ayuda con la traducción de idiomas para resolver cualquier pregunta y ayudar a completar la Solicitud de Asistencia Financiera.

Un paciente puede proporcionar una Solicitud de Asistencia Financiera completa, incluida toda la documentación de respaldo solicitada, en cualquier momento. SHS suspenderá cualquier actividad de cobro en espera de una determinación inicial de elegibilidad para asistencia financiera, siempre que el paciente coopere con los esfuerzos razonables de SHS para llegar a una determinación inicial. Si un paciente se comunica para solicitar más tiempo para completar su Solicitud de Asistencia Financiera, SHS no iniciará las iniciativas de cobro durante al menos otros catorce (14) días a partir de la fecha de la solicitud del paciente.

La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera se puede hacer de acuerdo con las calificaciones de ingresos como se detalla en el Anexo B. Si SHS aprueba la Solicitud de Asistencia Financiera, tratará los Servicios Elegibles que el paciente recibe como elegibles para asistencia financiera durante al menos nueve (9) meses, a menos que el paciente notifique a SHS que ya no necesita o no desea asistencia financiera.

Situación financiera individual: Los ingresos, ciertos bienes y gastos del paciente se utilizarán para evaluar la situación financiera individual del mismo. Además, SHS considerará y recopilará información relacionada con los activos según lo exijan los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para el informe de costos de Medicare, lo que aplica para pacientes de Medicare que tampoco tengan el seguro de Medicaid. Si bien SHS recopila información sobre los activos de dichas personas, que puede incluir extractos bancarios y otra información que los asesores financieros de SHS crean necesaria, no todos esos activos figurarán en el monto final de la asignación. Por ejemplo, el cálculo de la asignación no tendrá en cuenta: (A) los primeros \$100.000 de los activos monetarios de un paciente (incluido su patrimonio familiar, si corresponde) y el 50 % de los activos monetarios de un paciente sobre los primeros \$100.000 (incluido su patrimonio familiar, si corresponde); (B) cualquier capital en una residencia principal; (C) planes de jubilación o compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas Internas o planes de compensación diferida no calificados; (D) un vehículo motorizado y un segundo vehículo motorizado si es necesario para fines laborales o médicos; (E) cualquier contrato de funeral o parcela de entierro prepago; y (F) cualquier póliza de seguro de vida con un valor nominal de \$10.000 o menos. El valor de cualquier activo que tenga penalización por retiro anticipado será el valor del activo después de que se haya pagado la penalización. Las solicitudes de información de SHS a la parte responsable para verificar los activos se limitarán a lo que sea razonablemente necesario y esté fácilmente disponible para determinar la existencia, disponibilidad y valor de los activos de una persona y no se utilizará para desalentar la solicitud de



atención gratuita o con descuento. No se solicitarán formularios de verificación duplicados. Solo se requerirá un estado de cuenta corriente para verificar los activos monetarios. Si no hay documentación disponible, SHS se basará en una declaración escrita y firmada por el paciente. Cualquier información de activos obtenida por el hospital al evaluar a un paciente para atención caritativa no se utilizará para actividades de cobro. Además, no se tendrán en cuenta los activos de los hogares que se encuentren por debajo del 300 % del nivel federal de pobreza, excepto en el caso de los pacientes de Medicare que no tengan también un seguro de Medicaid, tal y como exigen los CMS para los informes de costos de Medicare.

Calificaciones de ingresos:

Los ingresos del paciente, basados en el nivel federal de pobreza (FPL), se pueden utilizar para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Consulte el Anexo B para obtener más detalles.

Determinación de elegibilidad:

Los pacientes recibirán una notificación de la determinación de elegibilidad de la FAP dentro de los 14 días posteriores a la presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera completa y la documentación necesaria. La notificación incluirá específicamente una explicación del fundamento de la determinación. Una vez que se recibe una solicitud, los esfuerzos de cobro quedarán pendientes hasta que se envíe una determinación de elegibilidad por escrito al paciente. SHS no determinará la elegibilidad para recibir asistencia con base en información que el hospital crea razonablemente que es incorrecta o poco confiable.

Resolución de conflictos:

Los pacientes que hayan completado una Solicitud de Asistencia Financiera pueden apelar una determinación de inelegibilidad para recibir asistencia financiera proporcionando la documentación adicional pertinente a SHS dentro de los 30 días posteriores a la recepción del aviso de denegación. Es posible que el paciente deba proporcionar documentación adicional pertinente para respaldar su apelación. SHS suspenderá cualquier actividad de cobro en espera de la revisión de la apelación. Se revisarán todas las apelaciones y, si la revisión confirma la denegación, se enviará una notificación por escrito al paciente y al Departamento de Salud del Estado, cuando sea necesario y de conformidad con la ley. El proceso de apelación final concluirá dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la denegación por parte de SHS. Se puede enviar una apelación a Swedish Medical Center, c/o Providence Regional Business Office P.O. Box 31001-3422 Pasadena CA 91110-3422 United States of America.

Asistencia financiera sin una solicitud:

SHS puede aprobar un ajuste presuntivo en el saldo de la cuenta de un paciente sin una Solicitud de Asistencia Financiera completa como se describe en las circunstancias a continuación:

Determinaciones presuntivas: Tales determinaciones se harán sobre una base presuntiva utilizando una herramienta de evaluación financiera reconocida por la industria que evalúa la capacidad de pago sobre la base de los registros financieros u otros disponibles públicamente, incluyendo pero no limitado a los ingresos aproximados del hogar y el tamaño del hogar de acuerdo con los criterios de elegibilidad establecidos en el Anexo B. Para los pacientes presuntamente elegibles para la condonación sobre la base de este examen, los importes elegibles se condonarán según se indica en el Anexo B. Los pacientes que hayan efectuado el pago antes de que SHS determine que el paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera pueden tener que presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa a fin de que se evalúe su elegibilidad para recibir reembolsos de los montos pagados previamente.



- **Programas de asistencia pública:** Los pacientes que participan en programas estatales de Medicaid pueden optar por la asistencia presuntiva. Los saldos de cuentas de pacientes resultantes de cargos por Servicios Elegibles que no son reembolsables por Medicaid u otros programas de asistencia de bajos ingresos patrocinados por el gobierno pueden ser elegibles para una condonación presuntiva completa, incluyendo pero no limitado a cargos no reembolsables por Servicios Elegibles relacionados con lo siguiente:
 - Estancias de hospitalización denegadas
 - Días de hospitalización denegados
 - Servicios no cubiertos
 - Denegaciones de Solicitudes de Autorización Previa
 - Denegaciones por cobertura restringida

En el caso de pacientes que participan en programas de asistencia pública financiados por el estado y calificados según el FPL, por ejemplo, el Programa de Alimentos Básicos Suplementarios de Asistencia Nutricional y el Programa de Asistencia Alimentaria (SNAP); Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF); el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP); el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC); programas de almuerzo o desayuno gratuitos; y programas de asistencia energética para hogares de bajos ingresos, SHS puede considerar dicha participación como prueba del FPL o ingreso familiar anual a fin de determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera conforme al Anexo B.

Gastos médicos catastróficos:

SHS otorgará asistencia financiera a su discreción para conceder asistencia adicional basada en las circunstancias del paciente o en el caso de un gasto médico catastrófico que califique, si el ingreso familiar anual del paciente y el total de gastos médicos en los centros de SHS en los 12 meses anteriores cumplen con los requisitos especificados en el Anexo B. Se requiere una Solicitud de Asistencia Financiera completa para evaluar la elegibilidad para Gastos Médicos Catastróficos

Tiempos de emergencia:

La asistencia financiera estará a disposición en momentos de emergencia nacional o estatal, independientemente de la asistencia por gastos catastróficos. Los criterios de elegibilidad y los montos de descuento se establecerán a discreción de SHS en el momento de dicha emergencia. Se requiere una Solicitud de Asistencia Financiera completa para evaluar la elegibilidad para recibir asistencia financiera durante los tiempos de emergencia.

Requisitos de elegibilidad: SHS puede denegar la Solicitud de Asistencia Financiera de un paciente cuando este no cumple con los requisitos descritos en esta política. SHS puede, de conformidad con la ley estatal, imponer requisitos de elegibilidad para las determinaciones de asistencia financiera sin una Solicitud de Asistencia Financiera, incluidos, entre otros, los requisitos de que los pacientes respondan a las solicitudes, según sea necesario, para facilitar la solicitud de cobertura de atención médica retroactiva a través de programas de asistencia médica según el capítulo 74.09 RCW. Si un paciente no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera sobre la base de la información considerada sin una Solicitud de Asistencia Financiera completa, el paciente puede proporcionar la información requerida de conformidad con la Solicitud de Asistencia Financiera y ser considerado bajo el proceso de elegibilidad y solicitud de asistencia financiera establecido en esta política.

Limitación de cargos para todos los pacientes elegibles para asistencia financiera:

Ningún paciente que califique para cualquiera de las categorías de asistencia financiera antes mencionadas será responsable por un mayor porcentaje que el de los “Cantidades Generalmente Facturadas” (AGB) de los cargos brutos de Servicios Elegibles, como se define a continuación.



Plan de pago razonable:

Todos los pacientes pueden solicitar un plan de pago, independientemente de la determinación o solicitud de asistencia financiera. El plan de pago razonable consistirá en pagos mensuales (sin intereses ni recargos por pagos atrasados) que no superen el 10 % de los ingresos mensuales de un paciente o su familia, sin incluir las deducciones por gastos básicos de subsistencia que el paciente indicó en su solicitud.

Facturación y cobros:

Si queda algún monto por pagar después de aplicar la asistencia financiera elegible, los montos pueden remitirse a cobranzas, excepto que SHS no remitirá a cobranzas los montos por Servicios Elegibles prestados a los pacientes de Medicaid. Antes de derivar un cargo impago para su cobro a una agencia de cobranzas, SHS realizará una evaluación para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, tal como se describe en esta política. Los esfuerzos de cobro de saldos impagos cesarán hasta que se determine la elegibilidad de asistencia financiera. En caso de que una persona aún no haya presentado una Solicitud de Asistencia Financiera, SHS examinará a dicha persona para determinar su elegibilidad para determinaciones presuntivas en un plazo coherente con la ley estatal aplicable y las prácticas de facturación y cobro de SHS. La asistencia financiera basada en determinaciones presuntivas se proporcionará según lo establecido en el Anexo B. Si una persona desea una determinación más temprana de la elegibilidad para recibir asistencia financiera, puede presentar una Solicitud de Asistencia Financiera en cualquier momento. SHS no tomará, ni permitirá que las agencias de cobranza tomen ninguna acción extraordinaria de cobro, como se define a continuación. Para obtener información sobre las prácticas de facturación y cobro de los montos adeudados por los pacientes de SHS, consulte la política de SHS, que está disponible sin cargo en la mesa de registro de cada hospital de SHS, o en: www.swedish.org/obp.

Reembolsos del paciente: Si un paciente paga por Servicios Elegibles y posteriormente se determina que califica para recibir asistencia financiera luego de haber completado una solicitud, cualquier pago realizado por esos Servicios Elegibles durante el Período de Tiempo Elegible para la FAP que exceda la obligación de pago será reembolsado, de acuerdo con las regulaciones estatales y federales. Para mayor claridad, Providence Swedish no reembolsará automáticamente los importes abonados previamente sobre la base de una determinación de elegibilidad presuntiva.

Revisión anual:

Esta política será revisada anualmente por los responsables designados del Ciclo de Ingresos.

Excepciones:

Ver la sección Alcance arriba.

Definiciones

Las siguientes definiciones y requisitos se aplican a esta política:

1. Nivel Federal de Pobreza (FPL): El FPL son las pautas de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
2. Cantidades Generalmente Facturadas (AGB): Las cantidades generalmente facturadas por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria a pacientes que tienen seguro médico se denominan en esta política como AGB. SHS determina el porcentaje de AGB aplicables para cada centro de SHS



multiplicando los cargos brutos del centro por los Servicios Elegibles por un porcentaje fijo que se basa en las reclamaciones permitidas por Medicare o los pagadores comerciales. Las hojas de información que detallan los porcentajes de AGB utilizados por cada centro de SHS y cómo se calculan se pueden obtener visitando el siguiente sitio web: www.swedish.org o llamando al 1-866-747-2455 para solicitar una copia.

3. **Servicios Elegibles:** Servicios Elegibles son los servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios proporcionados por un centro de SHS que son elegibles para recibir asistencia financiera. Los servicios médicamente necesarios, a los fines de esta política, incluyen servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o dolencia, o los síntomas de una enfermedad, lesión, afección o dolencia, y que cumplan con los estándares aceptados de medicina. Los servicios estéticos, cosméticos, experimentales, de investigación o parte de un programa de investigación clínica, o los servicios que son para la conveniencia del paciente o del médico, no se consideran servicios médicos necesarios.
4. **Acción Extraordinaria de Cobro (ECA):** Las ECA se definen como aquellas acciones que requieren un proceso legal o judicial, implican la venta de una deuda a otra parte o implican la comunicación de información adversa a agencias u oficinas de crédito. Las acciones que requieren proceso legal o judicial para este fin incluyen el derecho de retención; la ejecución hipotecaria de bienes inmuebles; el embargo o incautación de una cuenta bancaria u otra propiedad personal; el inicio de una acción civil contra un individuo; acciones que causan el arresto de una persona; acciones que hacen que una persona esté sujeta a detención por incumplimiento de una orden judicial y el embargo de salarios.
5. **Período de tiempo elegible para la FAP:** El período de tiempo elegible para la FAP para (i) servicios hospitalarios es de 240 días; y para (ii) servicios clínicos de 90 días, en los casos en que el paciente tenga que presentar una Solicitud de Asistencia Financiera a SHS. El período comienza en la fecha en que se proporciona al paciente el primer estado de cuenta posterior al alta. Un estado de cuenta se considera "posterior al alta" si se proporciona a un paciente después de que recibió atención, ya sea hospitalaria o ambulatoria, y la persona ha abandonado el centro. Un período de tiempo elegible para la FAP separado comienza con cada episodio de atención, y el período de 240 días para servicios hospitalarios o el de 90 días para servicios clínicos, según corresponda, se medirá a partir de la primera factura posterior al alta del episodio más reciente de atención. Dicho esto, SHS tiene la discreción de aceptar y procesar Solicitudes de Asistencia Financiera de pacientes en cualquier momento.



Requisitos reglamentarios

<i>Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos; 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Código Administrativo de Washington (WAC) Capítulo 246-453</i>
<i>Código Revisado de Washington (RCW) Capítulo 70.170</i>
<i>Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 y 413.89</i>

Referencias

<i>American Hospital Associations Charity Guidelines</i>
<i>Providence Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>



Anexo A
Lista de centros cubiertos

Hospitales de SHS en Washington	
Swedish Medical Center First Hill/Ballard	Swedish Medical Center Cherry Hill
Swedish Issaquah	Swedish Edmonds

Para mayor claridad, esta política también se aplica a todos los departamentos y clínicas para pacientes hospitalizados y ambulatorios de las instalaciones cubiertas. Además, esta política se aplica a los empleados de las instalaciones cubiertas, así como a cualquier entidad sin fines de lucro de propiedad mayoritaria o controlada por Swedish y que lleve el nombre de Swedish y sus respectivos empleados.



Anexo B

Calificaciones de ingresos para hospitales de SHS

Si...	Entonces...
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, es igual o inferior al 300 % de las pautas actuales de la FPL,	Se determina que el paciente es económicamente indigente y califica para asistencia financiera con 100 % de condonación de los montos de responsabilidad del paciente.
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, está entre el 301 y el 400 % de las pautas actuales de FPL,	El paciente es elegible para un descuento del 80 % de los cargos originales sobre los montos de responsabilidad del paciente por los Servicios Elegibles, y en ningún caso se le cobrará más de los AGB.
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, es menor o igual al 400 % del FPL <u>Y ADEMÁS</u> el paciente ha incurrido en gastos médicos totales en los hospitales de SHS en los 12 meses anteriores que superan el 20 % de su ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, para Servicios Elegibles,	El paciente es elegible para una condonación única de asistencia financiera para gastos médicos catastróficos del 100 % de los montos de responsabilidad del paciente por Servicios Elegibles adeudados a partir de la fecha en que se presentó la Solicitud de Asistencia Financiera.
Si un paciente no ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera completa, tal y como se indica en esta política, pero el análisis realizado por una herramienta de evaluación financiera reconocida por el sector estima que los ingresos aproximados del hogar, ajustados en función del tamaño de la familia, son iguales o inferiores al 300 % de las pautas actuales del FPL,	El paciente es presuntamente elegible para una condonación de asistencia financiera del 100 % de los importes de responsabilidad del paciente por los Servicios Elegibles.