

Programa de Beneficencia “Charity Care”: Cobertura Médica para Servicios Médicos en un Hospital

[con citas de autoridad]

Introducción

Esta publicación es un resumen de las leyes y reglamentación del estado de Washington. Si usted desea hacer mayores averiguaciones, hemos incluido las citas de autoridad¹, que es donde se puede encontrar la información original que nosotros hemos resumido.

Este folleto responde algunas preguntas comunes acerca del programa de cobertura médica llamado “Charity Care” (Atención Médica de Beneficencia). La autoridad jurídica para este programa se expone en R.C.W. Cap. 70.170² y en WAC Cap. 246-453³. Las leyes y reglamentación se pueden obtener en su biblioteca local o por Internet, en <http://www.leg.wa.gov/lawsandagencyrules/>. Para información sobre otros programas de cobertura médica que pudieran estar disponibles para personas de bajos ingresos en el Estado de Washington, vea nuestro folleto “¿Cómo puedo obtener cobertura médica o ayuda con facturas médicas?” en www.washingtonlawhelp.org.

Si lo están demandando por servicios médicos provistos por un hospital que deberían haber sido pagados por el Programa de Beneficencia (Charity Care), también debería leer nuestro otro folleto, “Cómo Presentar una Defensa de Atención de Beneficencia (Charity Care) ante una Demanda de Cobranza por Deuda a un Hospital”. El folleto también lo encuentra en www.washingtonlawhelp.org.

Las leyes que rigen un Programa de Beneficencia pueden ser complicadas y pueden cambiar. Contacte a un abogado o, si usted vive fuera del Condado de King, llame al programa CLEAR de NJP (Proyecto de Justicia del Noroeste) por el 1-888-201-1014 (TTY: 1-888-201-9737), ó 1-888-387-7111 para las personas de 60 años de edad y mayores, para recibir asesoramiento legal.

También sería conveniente que se ponga en contacto con Washington Citizen Action (Acción Ciudadana de Washington), una organización privada sin fines de lucro que **no da asesoramiento legal pero se interesa en monitorear los casos de Beneficencia** como parte de un esfuerzo para asegurarse que los hospitales están cumpliendo con la ley. Si le interesa hablar con ellos acerca de su experiencia, por favor llame a **Citizen Action** por el **(206) 389-0050**.

¿Qué es el Programa de Beneficencia “Charity Care”?

El programa de beneficencia “Charity Care” fue establecido bajo una ley estatal que exige a los hospitales proveer atención médica gratis o a un costo reducido si el receptor de la asistencia no puede pagar completamente por los servicios recibidos. Charity Care cubre los servicios que usted recibe del hospital, ya sea que el servicio recibido haya sido como paciente interno o externo.

◆ Puede que Charity Care no cubra los servicios del personal médico que no se considere parte del personal médico del hospital. Ejemplos: radiólogos o anesthesiólogos que no sean empleados del hospital.

¹ Este es un ejemplo de una cita de autoridad: RCW 70.10.010.

² R.C.W. quiere decir Código Revisado de Washington, y son las leyes del Estado de Washington

³ W.A.C. quiere decir Código Administrativo de Washington. El Código lo componen las normas del Estado de Washington.

Charity Care no cubre los “extras” que usted recibe mientras que está en el hospital, tales como teléfono o servicios de cable para la televisión, a menos que esos servicios sean suministrados gratis al público.

¿Quién califica para Programa de Beneficencia Charity Care?

Su elegibilidad para Charity Care se basa en sus ingresos y recursos. Además, usted debe solicitar y usar cualquier seguro de salud privado o gubernamental disponibles a usted (tal como Medicare y Medicaid). Si sus ingresos y sus recursos le califican para Charity Care, y ha agotado todas las otras coberturas disponibles, la cobertura de beneficencia Charity Care debiera estar disponible para usted. Así, Charity Care debiera cubrir facturas impagas de los solicitantes de Charity Care que tienen seguro de salud, incluyendo las facturas resultantes de deducibles y copagos.

Las normas estatales dividen la elegibilidad para Charity Care en 3 categorías en base a ingresos y recursos (las reglas de algunos hospitales son más generosas):

- (1) **Toda persona cuyo ingreso sea 100%, o menos, del Nivel Federal de Pobreza, ajustado según el tamaño de la familia** (ver cuadro de abajo), tiene derecho a atención médica gratuita. No hay límite de recursos. [246-453-040(1)].
- (2) **Toda persona cuyo ingreso sea más del 100%, pero no mayor al 200%, del Nivel Federal de Pobreza, ajustado según el tamaño de la familia (ver cuadro de abajo), tiene derecho a atención médica a un costo reducido conforme a una escala variable de descuentos** establecida por el hospital. La escala variable de descuentos del hospital según la política del programa de beneficencia debe estar disponible si usted la pide. El hospital tiene la discreción de imponer un límite de recursos. [246-453-040(2), 246-453-050(1).]
- (3) **Toda persona cuyo ingreso exceda el 200% del Nivel Federal de Pobreza, ajustado según el tamaño de la familia, podría ser elegible para atención médica a costo reducido si sus ingresos y recursos no son suficientes para permitirle pagar completamente por los servicios del hospital.** [246-453-040(3)]. El hospital puede decidir reducir los cargos si su ingreso está en este nivel.

Nivel Federal de Pobreza Oficial (FPL) del 2009

Tamaño de familia	100% anual FPL	100% mensual FPL	200% mensual FPL	250% Mensual FPL
1	\$10,830	\$902.50	\$1,805	\$2,256.25
2	\$14,570	\$1,214.17	\$2,428.33	\$3,035.42
3	\$18,310	\$1,525	\$3,051.67	\$3,814.58
4	\$22,050	\$1,837.50	\$3,675	\$4,593.75
5	\$25,790	\$2,149.17	\$4,298.33	\$5,372.92
6	\$29,530	\$2,460.83	\$4,921.67	\$6,152.08
7	\$33,270	\$2,772.50	\$5,545	\$6,931.25
8	\$37,010	\$3,084.17	\$6,168.33	\$7,710.42

¿A qué hospitales aplican las leyes de beneficencia Charity Care?

Las leyes de beneficencia Charity Care aplican a todos los hospitales, incluyendo hospitales psiquiátricas, en el estado de Washington. [R.C.W. 70.170.020((2); WAC 246-453-010(2)]. Todos los hospitales deben poner o exhibir prominentemente, en áreas públicas del hospital, información concerniente a la

disponibilidad de atención de beneficencia Charity Care gratis y a precios reducidos. [WAC 246-453-010(16), 246-453-020(2)]. Advertencia: no todos los hospitales cumplen con este requisito de aviso. Usted siempre debiera pedir que se le permita aplicar para atención de beneficencia Charity Care si piensa que necesitará cobertura.

¿Cómo aplico al programa de beneficencia Charity Care?

Al momento que el hospital le pida a usted información acerca de su aseguranza médica, el hospital está en la obligación de darle información por escrito y explicarle cómo puede obtener atención de beneficencia Charity Care. Si usted no puede leer o no entiende la explicación, el hospital debe encontrar a alguien para hacer la explicación entendible. Esta explicación e información por escrito debe estar disponible en todos los idiomas hablados por más del 10% de la población en el área de servicio del hospital. Para pacientes que no pueden comunicarse efectivamente en inglés pero que no califican para recibir la información por escrito, el hospital debe proporcionar un intérprete calificado para explicar la disponibilidad de atención médica a bajo costo o gratis. [WAC Secciones 246-453-010(16), 246-453-020(2)].

Usted puede pedir al personal del hospital una solicitud para el programa de beneficencia Charity Care **en cualquier momento**.

◆ Aún cuando no le hayan notificado debidamente, usted debería pedir al personal del hospital una solicitud para el programa de beneficencia Charity Care y por su política de beneficencia “Charity Care” cuando sea recién admitido al hospital, o tan pronto como sea posible después de ello. El personal del hospital está obligado a darle una solicitud en cualquier momento que usted la pida.

¿Cómo decide el hospital si califico para el programa de beneficencia Charity Care?

El hospital tiene la obligación de tomar dos decisiones: una **determinación inicial** y una **determinación final** sobre su elegibilidad para el programa de beneficencia Charity Care.

El hospital debe formular su **determinación inicial** en base a toda la información oral que usted proporcione. El hospital puede requerir que usted firme una declaración escrita que confirme la exactitud de la información oral que usted ha proporcionado. [246-453-030(1)]. La determinación inicial debe efectuarse al momento de la admisión, o tan pronto como sea posible luego del inicio de servicios al paciente. [246-453-020(1)(b)]. Si usted coopera con los esfuerzos del hospital para hacer una determinación inicial, entonces no se pueden tomar medidas de cobranza contra usted y no se le cobrarán depósitos por los servicios prestados por el hospital. Si la determinación inicial es que usted es elegible, entonces las medidas de cobranza y los depósitos continúan siendo prohibidos. [246-453-020(1)(c),(6).]

Una vez que se determine inicialmente que usted es elegible para la beneficencia Charity Care, **tiene al menos 14 días por calendario para obtener documentación** que respalde la información que usted proporcionó oralmente para que el hospital pueda tomar una **determinación final** sobre su elegibilidad para beneficencia Charity Care. [246-453-020(3)]. El hospital también debe hacer todo esfuerzo razonable por determinar si una agencia gubernamental o una compañía privada de seguros cubrirá algunos de los cargos del hospital o todos ellos. [246-453-020(4)].

Cualquiera de los siguientes pueden ser prueba de su elegibilidad para beneficencia Charity Care:

- talonarios de pagos

- declaraciones del impuesto a la renta del año anterior
- planillas “W-2”
- formas de compensación por desempleo aprobando o negando su reclamación
- formas aprobando o negando Medicaid y/o asistencia médica subsidiada por el estado, y
- declaraciones escritas de empleadores o agencias de asistencia pública. [246-453-030(2).]

Esta lista no es exclusiva. Si tiene otros documentos que apoyen su elegibilidad, también puede presentarlos.

Los hospitales no debieran pedir tanta información que termine por desanimarlo a usted y a otros y decidan no aplicar. [246-453-030(5)]. Los hospitales deben tomar en cuenta las barreras del idioma y cualquier otra deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que pueda hacer que sea difícil para usted cumplir con sus requisitos de aplicación. [246-453-020(5)].

◆ Una vez que el hospital haya recibido de usted la documentación requerida, tiene que tomar una determinación final y notificarle de su decisión dentro de 14 días calendarios. La notificación debe incluir cualquier suma de dinero que requieran que usted pague por los servicios del hospital. [246-453-020(7).]

¿Y si mi solicitud para el programa de beneficencia Charity Care se niega?

Si niegan su solicitud para beneficencia Charity Care, la notificación debe exponer una razón por la cual se la negaron. [246-453-020(8).]

Si sus ingresos familiares son igual o menor al 200% del Estándar de Pobreza Federal, también deben darle, y notificarle, de un **procedimiento de apelación**. El procedimiento de apelación del hospital debe incluir una oportunidad para que usted corrija cualquier deficiencia en la documentación que usted entregó, y pedir una revisión de la decisión por parte del director financiero del hospital o por su equivalente. [246-453-020(9)]. También debería enviar una copia de su apelación al Departamento de Salud, Atención Larry Hettick, Hospital and Patient Data Systems, P.O. Box 47811, Olympia, WA 98504-7811.

También se le debe notificar que **tiene 30 días para apelar**. Si apela dentro de los primeros 14 días, entonces no se puede iniciar ninguna acción de cobranza hasta que se considere su apelación y sea negada. Si apela después de los 14 días pero dentro de los 30 días, entonces cualquier acción de cobranza que se haya iniciado debe parar. [246-453-020(9)(a),(b)].

Si se niega su apelación, se le debe notificar por escrito de la decisión y la razón de ella. El hospital debe enviar al Departamento de Salud una copia de su decisión y las copias de la documentación usada para tomar la decisión. [246-453-020(9)(c)].

El Departamento de Salud debe revisar las denegaciones de beneficencia Charity Care. Si el hospital ha negado indebidamente la beneficencia Charity Care, el Departamento de Salud puede intentar sancionar al hospital y a miembros individuales del personal. [RCW 70.170.070; WAC243-456-020(9)(d)]. Si usted está interesado en que el Departamento de Salud revise su aplicación denegada, llame al (360) 236-4210. **El Departamento de Salud y sus contratistas deben mantener confidencial cualquier información que pueda identificarle a usted o a cualquier otro paciente individual.** [RCW 70.170.090.]

¿Qué pasa si el hospital falla en tomar a tiempo una determinación inicial o final?

Los hospitales deben hacer todo esfuerzo razonable para formular determinaciones iniciales y finales de elegibilidad para beneficencia Charity Care oportunamente. Sin embargo, los hospitales deben tomar esas determinaciones en cualquier momento después de conocer los hechos o de recibir la documentación que apoyaría una determinación de elegibilidad para beneficencia Charity Care. Es más, si usted pagó parte o la totalidad de los cargos por servicios recibidos en el hospital que deberían haber sido cubiertos por el programa de beneficencia Charity Care, entonces tiene derecho a un reembolso dentro de los treinta días de que se haya resuelto que usted califica para el programa Charity Care. [WAC 246-453-020(10), (11)].

Por lo tanto, si un hospital falló en procesar apropiadamente su solicitud para el programa de beneficencia Charity Care, usted debería ponerse inmediatamente en contacto con el hospital y exigir que lo hagan de la manera que se explica en este folleto. Un ejemplo de una carta demanda y una en blanco se anexan al final de esta publicación.

¿Y si apliqué para la cobertura de beneficencia Charity Care pero el hospital no tomó ninguna determinación y me pasó a una agencia de cobranzas?

Contacte a ambos, a la agencia de cobranzas y al hospital. Infórmeles que el hospital no ha cumplido con la ley y que usted está pidiendo que el hospital procese inmediatamente su solicitud para el programa de beneficencia Charity Care. También debiera pedir que se suspendan todas las acciones de cobranza. Un ejemplo de una carta a una agencia de cobranzas y una en blanco se anexan al final de esta publicación. Es aconsejable enviar una copia de la carta al hospital a la agencia de cobranzas, y una copia de la carta a la agencia de cobranzas al hospital.

¿Y si todavía no he aplicado al programa de beneficencia Charity Care pero creo que califico y el hospital ya me pasó a una agencia de cobranzas?

Contacte a ambos, a la agencia de cobranzas y al hospital. Infórmeles que el hospital no ha cumplido con la ley y que usted está pidiendo que el hospital le envíe inmediatamente una aplicación para el programa de beneficencia Charity Care. También debiera pedir que se suspendan todas las acciones de cobranza. Ejemplos de una carta al hospital y a una agencia de cobranzas y unas en blanco se anexan al final de esta publicación. Es aconsejable enviar una copia de la carta al hospital a la agencia de cobranzas, y una copia de la carta a la agencia de cobranzas al hospital.

¿Y si el hospital o una agencia de cobranzas me está demandando?

Escríble inmediatamente al abogado contrario. Infórmele que el hospital no ha cumplido con la ley al no considerarlo para elegibilidad en el programa de beneficencia Charity Care, y que la demanda debiera ser desestimada o suspendida pendiente una determinación de su elegibilidad para la beneficencia Charity Care. Si no lo ha hecho todavía, también debería escribir una carta al hospital pidiendo una aplicación para la cobertura de beneficencia Charity Care, o exigiendo que procesen debidamente la aplicación que ya presentó (ver arriba). Es aconsejable enviar una copia de su carta al abogado al hospital, y una copia de su carta al hospital al abogado. Un ejemplo de una carta a un abogado y una en blanco se anexan para su uso al final de esta publicación.

También debería usar el paquete de NJP (Proyecto de Justicia del Noroeste), Cómo Presentar una Defensa de Beneficencia Charity Care Ante una Demanda por Cobranza de Deuda de un Hospital, para completar una **RESPUESTA** a la **DEMANDA** para asegurarse de que no dicten una sentencia por incomparecencia contra usted. Obtenga este paquete llamando a la línea CLEAR de NJP al 1-888-201-1014 (TTY: 1-888-201-9737) ó al 1-888-387-7111 para personas de 60 años edad o más, si usted vive fuera del Condado de King, o en www.washingtonlawhelp.org. Si no puede convencer al abogado de

que suspenda su caso hasta que se tome una determinación sobre la beneficencia Charity Care, deberá estar preparado para ir a una audiencia y presentar pruebas de sus ingresos y sus recursos.

¿Y si el hospital determinó incorrectamente que no soy elegible para la cobertura de beneficencia Charity Care y me está demandando?

Si no pudo convencer al Departamento de Salud para que cambie la decisión del hospital (ver arriba), deberá estar preparado para convencer a un juez que el hospital tomó una decisión incorrecta a pesar del hecho de que usted cooperó debidamente con su proceso de aplicación.

La clave para ganar será juntar toda la documentación que muestre que sus ingresos y sus recursos lo hacen elegible para el programa de beneficencia Charity Care. El hospital o el abogado de la agencia de cobranzas tal vez no hayan recibido una visión completa de su caso, así que debiera llamar y escribir al abogado y proporcionar la documentación de su elegibilidad. Un ejemplo de una carta y una forma en blanco se anexan al final de esta publicación.

◆ **RECUERDE:** Usted también debe interponer una RESPUESTA a la demanda; ver nuestra publicación titulada [Cómo Presentar una Defensa de Beneficencia Charity Care ante una Demanda por Cobranza de Deuda de un Hospital](#), que se encuentra en www.washingtonlawhelp.org.

¿Y si se ha obtenido un fallo contra mí por servicios del hospital que deberían haber sido cubiertos por la beneficencia Charity Care?

Si usted puede demostrar que habría sido elegible para el programa de beneficencia Charity Care, existen circunstancias limitadas en las cuales usted podría conseguir que la sentencia se anule. Contacte a un abogado para recibir más ayuda. Llame a la línea CLEAR de NJP al 1-888-201-1014, (TTY: 1-888-201-9737), o 1-888-387-7111 para personas de 60 años de edad o más, para información sobre cómo anular una sentencia judicial y para pedir una copia de nuestra publicación “Petición para Anular una Sentencia/Orden Judicial.” O descargue ésta publicación en www.washingtonlawhelp.org.

Otros derechos y requerimientos

Todos los hospitales deben dar **atención médica de emergencia** a pacientes que no pueden pagar todo o parte del costo. Un hospital no puede transferir a un paciente con un padecimiento de emergencia, o a quien esté en pleno parto, a menos que el paciente dé permiso, o la transferencia se deba a los recursos médicos limitados del hospital que está haciendo la transferencia. [RCW 70.170.060(2)].

Ningún hospital ni su personal médico pueden negarse a **admitir pacientes que se anticiparía van a requerir un tratamiento excepcionalmente más costoso o prolongado** a menos que la asistencia médica disponible en el hospital no fuera apropiada para las necesidades del paciente. [RCW 70.170.060(1)(c)].

◆ Ningún hospital ni su personal médico pueden adoptar o mantener prácticas o políticas de admisión que resulten en una reducción significativa en la proporción de pacientes de bajos ingresos admitidos que no pueden pagar todo o parte de los cargos anticipados. [RCW 70.170.060(1)(a),(b).]

Es posible que un hospital pueda negarse a dar servicios a un paciente elegible que no necesita atención médica de emergencia o cuyo tratamiento no sería excepcionalmente costoso o prolongado. Si cree que se ha sido infringido su derecho a obtener asistencia médica, debiera ponerse en contacto con el Departamento de Salud por el (360) 236-4210. Si el Departamento de Salud no está dispuesto a

ayudarle y usted no está satisfecho con sus motivos, llame a la línea CLEAR del Northwest Justice Project (Proyecto de Justicia del Noroeste), 1-888-201-1014, (TTY: 1-888-201-9737) ó al 1-888-387-7111 para personas de 60 años de edad o más, si vive fuera del Condado de King.

Es contrario a la ley que un hospital o su personal participen en prácticas injustas y discriminatorias debido a la raza, credo, color, origen nacional, sexo de un individuo, o la presencia de una discapacidad, o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por una persona con discapacidad. Si cree que un hospital ha discriminado injustamente en contra de usted, llame a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington (Washington State Human Rights Commission) por el 1-800-233-3247.

5909SP

Esta publicación proporciona información general sobre sus derechos y responsabilidades. No tiene la intención de reemplazar asesoramiento legal específico. Esta información esta vigente a la fecha de su impresión, diciembre 2009.

© 2009 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014, TTY 1-888-201-9737

(Permiso para su reproducción y distribución otorgado a Alliance for Equal Justice y a individuos sólo para propósitos no comerciales.)

EJEMPLO DE CARTA PARA UN ABOGADO QUE ESTA REPRESENTANDO A UNA AGENCIA DE COBRANZAS CUANDO A USTED NO SE LE HA DADO LA OPORTUNIDAD DE SOLICITAR ATENCIÓN DE BENEFICENCIA CHARITY CARE O CUANDO SU SOLICITUD NO FUE DEBIDAMENTE PROCESADA (Para ser usada cuando su factura del hospital fue enviada a cobranzas y la agencia de cobranzas lo está demandando o está planeando hacerlo.)

FECHA

SU NOMBRE
SU DIRECCIÓN
SU CIUDAD Y ZONA POSTAL

Abogado de cobranzas
DIRECCIÓN
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO DE ZONA POSTAL

Estimado(a) Abogado(a):

Estoy siendo demandado o se me esta amenazando con una demanda por sus clientes, ABC COLLECTIONS, por no pagar una factura del hospital. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado atención de beneficencia Charity Care por los servicios médicos que recibí en el HOSPITAL GENERAL aproximadamente el 1 de MARZO, de 1998.

Conforme a las Leyes de Washington, WAC 246-453-020(10), los Hospitales “deben hacer todo esfuerzo razonable por tomar determinaciones iniciales y finales en casos de designación de beneficencia charity care de manera oportuna; sin embargo, los Hospitales harán esas designaciones **en cualquier momento** después de conocer los hechos o de recibir la documentación, como se describe en WAC 246-453-030, indicando que el ingreso de la persona responsable es igual o menor al 200 % del estándar federal de pobreza ajustado por el tamaño de la familia.”

No hay nada en las leyes de Washington que permita a los hospitales decir que hay un plazo límite después del cual los pacientes no puedan calificar para el programa de beneficencia Charity Care (por ejemplo, *después* de que una factura haya sido enviada a cobranzas). Más aún, si un paciente paga parte o toda la factura y subsecuentemente se determina que calificaba para la beneficencia charity care a la fecha del tratamiento médico, “cualquier pago en exceso de la cantidad determinada a ser asignada en conformidad con WAC 246-453-040 será reembolsada al paciente dentro de los treinta días de haber logrado la designación de beneficencia charity care”. WAC 246-453-020(1).

En base a la ley arriba mencionada, adjunto copia de una carta demanda que escribí al hospital pidiendo que me envíe una aplicación para que pueda aplicar al programa de beneficencia Charity Care y/o que procesen debidamente la aplicación al programa de beneficencia Charity Care que ya presenté.

Hasta que el HOSPITAL GENERAL tome una decisión sobre mi aplicación al programa de beneficencia Charity Care, estoy pidiendo que desestimen o suspendan esta acción*. Para

resolver este asunto de manera eficiente y justa, estoy dispuesto a discutir este asunto con ustedes en la fecha más temprana que sea mutuamente conveniente.

Sinceramente,

SU NOMBRE Y FIRMA

Copia: HOSPITAL GENERAL

*WAC 246-453-090 estipula que cualquiera que falle en cumplir con las normas, procedimientos y tarifas en base a la tabla de descuentos, según lo exige el WAC 246-453-080 (Charity Care) será una violación de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales de delitos menores y sanciones civiles monetarias.

EJEMPLO DE CARTA A UN ABOGADO REPRESENTANDO A LA AGENCIA DE COBRANZAS CUANDO LE HAN NEGADO INDEBIDAMENTE LA COBERTURA DE BENEFICENCIA CHARITY CARE

(Para ser usada cuando su factura del hospital ha sido enviada a cobranzas y la agencia de cobranzas lo está demandando o está planeando hacerlo).

FECHA

SU NOMBRE

SU DIRECCIÓN

SU CIUDAD, ESTADO Y ZONA POSTAL

Abogado de cobranzas

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO DE ZONA POSTAL

Estimado(a) Abogado(a):

Estoy siendo demandado o se me esta amenazando con una demanda por sus clientes, ABC COLLECTIONS, por no pagar una(s) factura(s) del hospital, copia(s) que adjunto. Creo que se debería haber determinado que calificaba para el programa de beneficencia Charity Care y que mi obligación legal para con el HOSPITAL GENERAL por los servicios médicos que recibí aproximadamente el 1 de MARZO, 1998, es nada o es significativamente menor que la cantidad mencionada [si la conoce, escriba la cantidad reducida].

Conforme a las Leyes de Washington, la elegibilidad para el programa de beneficencia Charity Care se divide en 3 categorías en base a ingresos y recursos:

(1) Cualquier persona cuyos ingresos sean igual o menor al 100% del Nivel Federal de Pobreza, ajustado por el tamaño de la familia (ver gráfica adjunta), **tiene derecho a atención médica gratuita**. No hay límite de recursos. [246-453-040(1)].

(2) Cualquier persona cuyos ingresos sean más del 100% pero no más del 200% del Nivel Federal de Pobreza, ajustado por el tamaño de la familia (ver gráfica adjunta), **tiene derecho a atención médica a un costo reducido en base a una escala variable de descuentos** establecida por el hospital. La escala variable de la política del programa de beneficencia Charity Care del hospital debe estar disponible si uno la pide. El hospital tiene la discreción de imponer un límite de recursos. [246-453-040(2), 246-453-050(1)].

(3) Cualquier persona cuyos ingresos excedan el 200% del Nivel Federal de Pobreza, ajustado por el tamaño de la familia, **podría ser elegible para recibir atención médica a un costo reducido si sus ingresos y recursos no son suficientes para permitirle pagar la totalidad de los servicios del hospital**. [246-453-040(3)]. Depende del hospital decidir reducir los cargos si los ingresos de uno se encuentran en este nivel.

Yo creo que los ingresos y recursos disponibles en mi familia de _____ [indique la cantidad de personas en su familia], en la fecha que recibimos los servicios debería haber resultado en que

se determinara que calificaba para cobertura gratis o reducida del programa de beneficencia Charity Care. Esta información, de la cual adjunto una copia, fue presentada al HOSPITAL GENERAL pero ellos erróneamente concluyeron que yo no calificaba. Como dice la carta al HOSPITAL GENERAL adjunta, estoy solicitando una vez más que reconsideren su decisión. Presenté o voy a presentar como defensa a la demanda, mi elegibilidad para el programa de beneficencia Charity Care. Para poder resolver este asunto en forma eficiente y justa, estoy dispuesto a discutir con ustedes este tema lo más pronto posible en una fecha que sea conveniente para ambos. Alternativamente, les pido que me comuniquen por escrito su disposición a desestimar o renunciar a interponer una demanda concerniente a las facturas del hospital en cuestión.*

Sinceramente,

SU NOMBRE Y FIRMA

CC: HOSPITAL GENERAL

*WAC 246-453-090 estipula que cualquiera que falle en cumplir con las normas, procedimientos y tarifas en base a la tabla de descuentos, según lo exige el WAC 246-453-080 (Charity Care) será una violación de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales de delitos menores y sanciones civiles monetarias.

EJEMPLO DE CARTA PETICIÓN PARA EL PROGRAMA DE BENEFICENCIA “CHARITY CARE” DEL HOSPITAL

SU NOMBRE
SU DIRECCIÓN
SU CIUDAD, ESTADO Y ZONA POSTAL

NOMBRE DEL HOSPITAL
DIRECCIÓN DEL HOSPITAL
CIUDAD DEL HOSPITAL, ESTADO, ZONA POSTAL

REF: Aplicación para el Programa de Beneficencia “Charity Care”

Estimado HOSPITAL GENERAL
(nombre del hospital)

Mi nombre es: PACIENTE

Mi fecha de nacimiento es: 1-1-60

Recibí atención médica en su hospital en la(s) siguiente(s) fecha(s): 4-1-98 a 4-8-98

Desde esa fecha, mi cuenta con el hospital:
(Marque todo lo que aplique)

- No ha sido pagada y me han dicho que será enviada a cobranzas.
- Ha sido enviada a cobranzas.
- Ya ha sido enviada a cobranzas y la agencia de cobranzas me está demandando por no pagar la factura del hospital.

Los ingresos del hogar sobre los cuales se debería tomar la decisión de elegibilidad para el programa de beneficencia Charity Care son:

[Marque todo lo que aplique, vea la tabla en la página 2 para determinar el porcentaje del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de su familia.]

- Igual o menor al 100% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de mi familia.
- Igual o menor al 200% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de mi familia.
- Más del 200% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de mi familia, pero mis ingresos y recursos no son suficientes para pagar completamente los servicios del hospital que me están cobrando.

La siguiente es la situación de mi petición para acceder al programa de beneficencia Charity Care:

[Marque el cuadro apropiado.]

- No me entregaron una solicitud para el programa de beneficencia Charity Care cuando me admitieron al hospital para atención médica. Por favor acepten el presente como mi

petición oficial de una aplicación para el programa de beneficencia Charity Care para que me la envíen a la dirección arriba mencionada.

_____ Apliqué al programa de beneficencia Charity Care pero mi solicitud jamás fue debidamente procesada. Por favor acepten el presente como mi petición oficial para que mi aplicación para el programa de beneficencia Charity Care sea debidamente procesada y para que se tome una determinación final sobre mi elegibilidad.

_____ Mi aplicación para el programa de beneficencia Charity Care fue negada indebidamente y debería ser reconsiderada en base a la información aquí adjunta que verifica mis ingresos y recursos.

Favor enviarme inmediatamente una copia de la Políticas de Beneficencia "Charity Care" del Hospital a la cual tengo derecho bajo la ley.

También estoy pidiendo que se suspenda cualquier actividad de cobranza hasta que mi aplicación para el programa de beneficencia Charity Care sea considerada. *

Sinceramente,

(Su firma)

*WAC 246-453-090 estipula que cualquiera que falle en cumplir con las normas, procedimientos y tarifas en base a la tabla de descuentos, según lo exige el WAC 246-453-080 (Charity Care) será una violación de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales de delitos menores y sanciones civiles monetarias.

EJEMPLO DE CARTA PARA LA AGENCIA DE COBRANZAS (Para ser usada cuando su factura del hospital ha sido enviada a cobranzas)

FECHA

SU NOMBRE
SU DIRECCIÓN
SU CIUDAD, ESTADO Y ZONA POSTAL

AGENCIA DE COBRANZAS
DIRECCIÓN DE LA AGENCIA DE COBRANZAS
CIUDAD, ESTADO Y ZONA POSTAL DE LA AGENCIA DE COBRANZAS

REF: Petición para la suspensión de cobranza pendiente la determinación de beneficencia Charity Care

Estimada AGENCIA DE COBRANZAS,

Mi factura del HOSPITAL GENERAL ha sido enviada a ustedes para su cobro. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado atención médica de beneficencia Charity Care para los servicios médicos que recibí en el HOSPITAL GENERAL aproximadamente el 1 de MARZO, 1998.

De acuerdo a la Ley de Washington, WAC 246-453-020(10), los Hospitales "deben hacer todo esfuerzo razonable por tomar determinaciones iniciales y finales en casos de designación de beneficencia charity care de manera oportuna; sin embargo, los Hospitales harán esas designaciones **en cualquier momento** después de conocer los hechos o de recibir la documentación, como se describe en WAC 246-453-030, indicando que el ingreso de la persona responsable es igual o menor al 200 % del estándar federal de pobreza ajustado por el tamaño de la familia."

No hay un plazo límite después del cual los pacientes no puedan calificar para el programa de beneficencia Charity Care (por ejemplo, después de que una factura haya sido enviada a cobranzas). Más aún, si un paciente paga parte o toda la factura y subsecuentemente se determina que calificaba para la beneficencia charity care a la fecha del tratamiento médico, "cualquier pago en exceso de la cantidad determinada a ser asignada en conformidad con WAC 246-453-040 será reembolsada al paciente dentro de los treinta días de haber logrado la designación de beneficencia charity care". WAC 246-453-020(1).

Tal y como la ley arriba mencionada claramente estipula, ahora se me debe dar la oportunidad de aplicar al programa de beneficencia charity care, y cualquier acción de cobranza de parte de su agencia debe suspenderse hasta que se haya tomado una determinación acerca de mi petición al programa de beneficencia Charity Care.*

Estoy pidiendo que desestimen esta acción legal hasta que el HOSPITAL GENERAL tome una decisión acerca de mi petición al programa de beneficencia Charity Care.

Sinceramente,

SU NOMBRE Y FIRMA

COPIA: HOSPITAL GENERAL

*WAC 246-453-090 estipula que cualquiera que falle en cumplir con las normas, procedimientos y tarifas en base a la tabla de descuentos, según lo exige el WAC 246-453-080 (Charity Care) será una violación de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales de delitos menores y sanciones civiles monetarias.

CARTA AL ABOGADO QUE REPRESENTA A LA AGENCIA DE COBRANZAS CUANDO NO SE LE HA DADO A USTED UNA OPORTUNIDAD DE APLICAR AL PROGRAMA DE BENEFICENCIA CHARITY CARE O SU SOLICITUD NO FUE DEBIDAMENTE PROCESADA

FECHA: _____

Abogado: _____

Estimado Sr./Sra. _____:

Estoy siendo demandado o se me esta amenazando con una demanda por sus clientes, _____, por el no pago de una factura del hospital. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado atención de beneficencia Charity Care por los servicios médicos que recibí en _____ aproximadamente en la fecha _____.

Conforme a las Leyes de Washington, WAC 246-453-020(10), los Hospitales “deben hacer todo esfuerzo razonable por tomar determinaciones iniciales y finales en casos de designación de beneficencia charity care de manera oportuna; sin embargo, los Hospitales harán esas designaciones **en cualquier momento** después de conocer los hechos o de recibir la documentación, como se describe en WAC 246-453-030, indicando que el ingreso de la persona responsable es igual o menor al 200 % del estándar federal de pobreza ajustado por el tamaño de la familia.”

No hay nada en las leyes de Washington que permita a los hospitales decir que hay un plazo límite después del cual los pacientes no puedan calificar para el programa de beneficencia Charity Care (por ejemplo, después de que una factura haya sido enviada a cobranzas). Más aún, si un paciente paga parte o toda la factura y subsecuentemente se determina que calificaba para la beneficencia charity care a la fecha del tratamiento médico, “cualquier pago en exceso de la cantidad determinada a ser asignada en conformidad con WAC 246-453-040 será reembolsada al paciente dentro de los treinta días de haber logrado la designación de beneficencia charity care”. WAC 246-453-020(1).

En base a la ley arriba mencionada, adjunto copia de una carta demanda que escribí al hospital pidiendo que me envíe una aplicación para que pueda aplicar al programa de beneficencia Charity Care y/o que procesen debidamente la aplicación al programa de beneficencia Charity Care que ya presenté.

Hasta que _____ tome una decisión sobre mi aplicación al programa de beneficencia Charity Care, estoy pidiendo que desestimen o suspendan esta acción*. Para resolver este asunto de manera eficiente y justa, estoy dispuesto a discutir este asunto con ustedes en la fecha más temprana que sea mutuamente conveniente.

Sinceramente,

Copia: _____

*WAC 246-453-090 estipula que cualquiera que falle en cumplir con las normas, procedimientos y tarifas en base a la tabla de descuentos, según lo exige el WAC 246-453-080 (Charity Care) será una violación de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales de delitos menores y sanciones civiles monetarias.

CARTA A UN ABOGADO QUE ESTA REPRESENTANDO A LA AGENCIA DE COBRANZAS CUANDO A USTED LE HAN NEGADO INDEBIDAMENTE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE BENEFICENCIA CHARITY CARE

FECHA: _____

Estimado Sr./Sra. _____:

Estoy siendo demandado o se me esta amenazando con una demanda por sus clientes, _____, por no pagar una(s) factura(s) del hospital, copia(s) que adjunto. Creo que se debería haber determinado que calificaba para el programa de beneficencia Charity Care y que mi obligación legal para con _____ por los servicios médicos que recibí aproximadamente en la fecha de _____, es nada o es significativamente menor que la cantidad mencionada [si la conoce, escriba la cantidad reducida].

Conforme a las Leyes de Washington, la elegibilidad para el programa de beneficencia Charity Care se divide en 3 categorías en base a ingresos y recursos:

- (1) Cualquier persona cuyos ingresos sean igual o menor al 100% del Nivel Federal de Pobreza,** ajustado por el tamaño de la familia (ver gráfica adjunta), **tiene derecho a atención médica gratuita.** No hay límite de recursos. [246-453-040(1)].
- (2) Cualquier persona cuyos ingresos sean más del 100% pero no más del 200% del Nivel Federal de Pobreza,** ajustado por el tamaño de la familia (ver gráfica adjunta), **tiene derecho a atención médica a un costo reducido en base a una escala variable de descuentos** establecida por el hospital. La escala variable de la política del programa de beneficencia Charity Care del hospital debe estar disponible si uno la pide. El hospital tiene la discreción de imponer un límite de recursos. [246-453-040(2), 246-453-050(1)].
- (3) Cualquier persona cuyos ingresos excedan el 200% del Nivel Federal de Pobreza,** ajustado por el tamaño de la familia, **podría ser elegible para recibir atención médica a un costo reducido si sus ingresos y recursos no son suficientes para permitirle pagar la totalidad de los servicios del hospital.** [246-453-040(3)]. Depende del hospital decidir reducir los cargos si los ingresos de uno se encuentran en este nivel.

Yo creo que los ingresos y recursos disponibles en mi familia de _____ [indique la cantidad de personas en su familia], en la fecha que recibimos los servicios debería haber resultado en que se determinara que calificaba para cobertura gratis o reducida del programa de beneficencia Charity Care. Esta información, de la cual adjunto una copia, fue presentada al _____ pero ellos erróneamente concluyeron que yo no calificaba. Como dice la carta a _____ adjunta, estoy solicitando una vez más que reconsideren su decisión. Presenté o voy a presentar como defensa a la demanda, mi elegibilidad para el programa de beneficencia Charity Care. Para poder resolver este asunto en forma eficiente y justa, estoy dispuesto a discutir con ustedes este tema lo más pronto posible en una fecha que sea conveniente para ambos. Alternativamente, les pido que me comuniquen por escrito su disposición a desestimar o renunciar a interponer una demanda concerniente a las facturas del hospital en cuestión.*

Sinceramente,

Copia: _____

*WAC 246-453-090 estipula que cualquiera que falle en cumplir con las normas, procedimientos y tarifas en base a la tabla de descuentos, según lo exige el WAC 246-453-080 (Charity Care) será una violación de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales de delitos menores y sanciones civiles monetarias.

CARTA APLICACIÓN AL PROGRAMA DE BENEFICENCIA “CHARITY CARE” DEL HOSPITAL

FECHA: _____

REF: Aplicación para el Programa de Beneficencia “Charity Care”

Estimado Hospital _____
(nombre del hospital)

Mi nombre es: _____

Mi fecha de nacimiento es: _____

Recibí atención médica en su hospital en la(s) siguiente(s) fecha(s): _____

Desde esa fecha, mi cuenta con el hospital:
(Marque todo lo que aplique)

No ha sido pagada y me han dicho que será enviada a cobranzas.

Ha sido enviada a cobranzas.

Ya ha sido enviada a cobranzas y la agencia de cobranzas me está demandando por no pagar la factura del hospital.

Los ingresos del hogar sobre los cuales se debería tomar la decisión de elegibilidad para el programa de beneficencia Charity Care son:

[Marque todo lo que aplique, vea la tabla en la página 2 para determinar el porcentaje del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de su familia.]

Igual o menor al 100% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de mi familia.

Igual o menor al 200% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de mi familia.

Más del 200% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de mi familia, pero mis ingresos y recursos no son suficientes para pagar completamente los servicios del hospital que me están cobrando.

La siguiente es la situación de mi petición para acceder al programa de beneficencia Charity Care:

[Marque el cuadro apropiado.]

_____ No me entregaron una solicitud para el programa de beneficencia Charity Care cuando me admitieron al hospital para atención médica. Por favor acepten el presente como mi petición oficial de una aplicación para el programa de beneficencia Charity Care para que me la envíen a la dirección arriba mencionada.

_____ Apliqué al programa de beneficencia Charity Care pero mi solicitud jamás fue debidamente procesada. Por favor acepten el presente como mi petición oficial para que mi aplicación para el programa de beneficencia Charity Care sea debidamente procesada y para que se tome una determinación final sobre mi elegibilidad.

_____ Mi aplicación para el programa de beneficencia Charity Care fue negada indebidamente y debería ser reconsiderada en base a la información aquí adjunta que verifica mis ingresos y recursos.

Favor enviarme inmediatamente una copia de las Políticas de Beneficencia "Charity Care" del Hospital a la cual tengo derecho bajo la ley.

También estoy pidiendo que se suspenda cualquier actividad de cobranza hasta que mi aplicación para el programa de beneficencia Charity Care sea considerada. *

Sinceramente,

*WAC 246-453-090 estipula que cualquiera que falle en cumplir con las normas, procedimientos y tarifas en base a la tabla de descuentos, según lo exige el WAC 246-453-080 (Charity Care) será una violación de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales de delitos menores y sanciones civiles monetarias.

CARTA A LA AGENCIA DE COBRANZAS

FECHA: _____

REF: Petición para la suspensión de cobranza pendiente la determinación de beneficencia Charity Care

Estimado(a) _____,

Mi factura del hospital _____ ha sido enviada a ustedes para su cobranza. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado atención médica de beneficencia Charity Care para los servicios médicos que recibí en _____ aproximadamente el _____.

De acuerdo a la Ley de Washington, WAC 246-453-020(10), los Hospitales “deben hacer todo esfuerzo razonable por tomar determinaciones iniciales y finales en casos de designación de beneficencia charity care de manera oportuna; sin embargo, los Hospitales harán esas designaciones **en cualquier momento** después de conocer los hechos o de recibir la documentación, como se describe en WAC 246-453-030, indicando que el ingreso de la persona responsable es igual o menor al 200 % del estándar federal de pobreza ajustado por el tamaño de la familia.”

No hay un plazo límite después del cual los pacientes no puedan calificar para el programa de beneficencia Charity Care (por ejemplo, después de que una factura haya sido enviada a cobranzas). Más aún, si un paciente paga parte o toda la factura y subsecuentemente se determina que calificaba para la beneficencia charity care a la fecha del tratamiento médico, “cualquier pago en exceso de la cantidad determinada a ser asignada en conformidad con WAC 246-453-040 será reembolsada al paciente dentro de los treinta días de haber logrado la designación de beneficencia charity care”. WAC 246-453-020(1).

Tal y como la ley arriba mencionada claramente estipula, ahora se me debe dar la oportunidad de aplicar al programa de beneficencia charity care, y cualquier acción de cobranza de parte de su agencia debe suspenderse hasta que se haya tomado una determinación acerca de mi petición al programa de beneficencia Charity Care.*

Estoy pidiendo que desestimen esta acción legal hasta que _____ tome una decisión acerca de mi petición al programa de beneficencia Charity Care.

Sinceramente,

COPIA: _____

*WAC 246-453-090 estipula que cualquiera que falle en cumplir con las normas, procedimientos y tarifas en base a la tabla de descuentos, según lo exige el WAC 246-453-080 (Charity Care) será una violación de RCW 70.170.060. Sanciones penales incluyen cargos penales de delitos menores y sanciones civiles monetarias.

CARTA AL DEPARTAMENTO DE SALUD

FECHA: _____

Sr. Lawrence Hettick, Sistemas de Datos del Hospital y de Pacientes

Washington State Department of Health _____

PO Box 47811
Olympia, WA 98504-7811

REF: Petición para la suspensión de cobranza pendiente la determinación de beneficencia Charity Care

Estimado Sr. Hettick:

Recibí atención médica en el Hospital _____ aproximadamente en _____, 200_, y el hospital está exigiendo pago, mi factura ha sido enviada a cobranzas, o estoy siendo demandado. Creo que deberían haberme ofrecido y otorgado atención de beneficencia Charity Care por los servicios médicos que recibí y que me pueden dar acceso al programa de beneficencia Charity Care en cualquier momento.

Mis ingresos ajustados conforme al tamaño de mi familia son (Marque todo lo que aplique, vea la tabla en la página 2 para determinar el porcentaje del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de su familia):

___ Igual o menor al 100% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de mi familia.

___ Igual o menor al 200% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de mi familia.

___ Más del 200% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de mi familia pero mis ingresos y recursos no son suficientes para pagar completamente por los servicios del hospital que me están cobrando.

[Marque el cuadro apropiado.]

___ No me entregaron una aplicación para el programa de beneficencia Charity Care cuando me admitieron al hospital para atención médica. La notificación para el programa de beneficencia Charity Care no se me entregó por escrito y no se me explicó, o no se me proporcionó asistencia adecuada dada mi limitada capacidad para hablar o leer inglés, o algún otro tipo de asistencia adicional que necesitaba.

___ Yo apliqué para el programa de beneficencia Charity Care pero mi solicitud jamás fue debidamente procesada, y el hospital no quiso darme la forma para aplicar, o se rehusó a aceptar my aplicación para el programa de beneficencia Charity Care, o no se procesó debidamente una determinación final en mi aplicación.

___ Mi aplicación para el programa de beneficencia Charity Care fue negada indebidamente.

Explicación adicional:

Por favor revise la denegación de mi aplicación para el programa de beneficencia Charity Care o la falla del hospital en dar cumplimiento a los requerimientos de notificación, aplicación, determinación, y algún otro requisito del programa de beneficencia Charity Care. Si el hospital me ha negado atención de beneficencia Charity Care indebidamente, pido que el Departamento de Salud imponga sanciones civiles contra el hospital y contra miembros individuales del personal.

[Marque uno de los cuadros] Pido que el Departamento de Salud y sus contratistas mantengan confidencial cualquier información que pudiera identificarme o autorizo al Departamento de Salud y a sus contratistas para que revelen mi nombre al Hospital para propósitos de investigación pero que aparte de eso, mantengan mi información confidencial.

Gracias por adelantado por investigar mi reclamo contra el Hospital _____. Por favor háganme saber qué tan pronto podrán responder a este reclamo.

Sinceramente,