

APÉNDICE DE LA POLÍTICA DE GOBERNANZA DE COMMONSPIRIT HEALTH

APÉNDICE Finanzas G-003A-2

FECHA EFECTIVA: 1 de enero de 2025

ASUNTO: asistencia financiera - Oregón

POLÍTICAS ASOCIADAS

Política de gobernanza de CommonSpirit

Finanzas G-003, *Asistencia financiera*

Política de gobernanza de CommonSpirit

Finanzas G-004, *Facturación y cobro*

Este apéndice de Oregón (Apéndice) complementa la Política de gobernanza de CommonSpirit Finanzas G-003, *Asistencia financiera* (la Política de asistencia financiera), según sea necesario, en vista de y para cumplir con los estatutos y reglamentos de Oregón con respecto a la provisión de atención médica caritativa en hospital, de acuerdo con la sección “Coordinación con otras leyes” de la Política de asistencia financiera.

Este Apéndice se aplica a todas las filiales y subsidiarias exentas de impuestos de CommonSpirit Health Direct en el estado de Oregón, según se define en la Política de asistencia financiera. Si alguna disposición de este Apéndice está en conflicto o es inconsistente con cualquier disposición de la Política de asistencia financiera, prevalecerá este Apéndice.

DEFINICIONES

- A. Período de solicitud** es el tiempo proporcionado a los pacientes por el centro hospitalario de CommonSpirit para completar la solicitud de asistencia financiera. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento hasta doce (12) meses después de que el paciente pague por los servicios que brindó el centro hospitalario.
- B. Período de calificación de elegibilidad:** después de presentar la solicitud de asistencia financiera y los documentos de respaldo, a los pacientes aprobados para ser elegibles se les otorgará asistencia financiera para todas las cuentas elegibles dentro del período de solicitud y de manera prospectiva por un período de nueve (9) meses a partir de la fecha de determinación del centro hospitalario y el paciente no deberá volver a solicitar asistencia financiera por los servicios brindados durante ese período de nueve meses.
- C. Ingreso familiar** incluye los ingresos de todos los miembros de un núcleo familiar, es decir, una persona soltera o cónyuges, concubinos o un padre y un hijo menor de dieciocho (18) años, que viven juntos; y otras personas para quienes esa persona soltera, cónyuge, concubino o padre es financieramente responsable, de acuerdo con los estatutos revisados de Oregón (ORS, por sus siglas en inglés) 442.612 (6).

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

- A.** De acuerdo con ORS 442.614, un paciente que califique para recibir asistencia financiera recibirá EMCare gratis o con descuento. Como se define en ORS 414.025, no se requiere que un paciente solicite asistencia médica antes de ser evaluado para recibir asistencia financiera o antes de recibirla.

B. Los centros hospitalarios evaluarán a un paciente para recibir asistencia financiera presunta si el paciente:

- No tiene seguro.
- Está inscrito en el programa estatal de asistencia médica.
- Tiene una deuda de \$500 o más al hospital después de realizar los ajustes correspondientes de seguros o pagadores terceros, si corresponde.

Antes de facturar al paciente, el centro hospitalario deberá evaluar al paciente para recibir asistencia financiera presunta y aplicar cualquier asistencia para la que el paciente califique. Un centro hospitalario debe notificar al paciente que fue evaluado para recibir asistencia financiera presunta y ofrecerle información sobre cómo solicitar asistencia financiera si se le denegó o cómo solicitar asistencia financiera adicional por encima de lo que se le pudo haber otorgado previamente.

Un centro hospitalario puede utilizar los servicios de terceros como Conifer, Waystar o Experian, para evaluar y estimar los ingresos y el tamaño del núcleo familiar del paciente según los criterios de elegibilidad establecidos en este Apéndice. El proceso de evaluación no tendrá un impacto negativo en el puntaje crediticio del paciente. No es necesario que los pacientes proporcionen documentación adicional como parte de la evaluación para recibir asistencia financiera presunta, pero pueden proporcionar dicha documentación de manera voluntaria. Si el proceso de evaluación no proporciona información sobre el paciente o especifica que los ingresos del paciente son desconocidos, el centro hospitalario hará un esfuerzo de buena fe para determinar el estado de elegibilidad presunta del paciente según otra información disponible. El centro hospitalario documentará los métodos utilizados para realizar la evaluación de elegibilidad presunta.

C. De conformidad con los términos de la Política de asistencia financiera, a menos que el paciente sea elegible para recibir asistencia financiera presunta, se deben cumplir ciertos criterios de elegibilidad para que califique para recibir asistencia financiera. Este Apéndice actualiza dichos criterios de elegibilidad con lo siguiente:

- El ingreso familiar del paciente debe ser igual o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
- Cualquier paciente cuyo ingreso familiar sea igual o inferior al 200 % del FPL recibirá atención médica gratuita.
- Cualquier paciente cuyo ingreso familiar esté entre el 201 % y el 300 % del FPL, recibirá atención médica con descuento de hasta el 75 % del saldo de su cuenta para EMCare proporcionada al paciente después del pago, si corresponde, por parte de terceros.
- Cualquier paciente cuyo ingreso familiar esté entre el 301 % y el 350 % del FPL recibirá atención médica con descuento de hasta el 50 % o el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) del centro hospitalario, lo que sea mayor, del saldo de su cuenta para EMCare proporcionada al paciente después del pago, si corresponde, por parte de terceros.
- Cualquier paciente cuyo ingreso familiar esté entre el 351 % y el 400 % del FPL, recibirá atención médica con descuento de hasta el 25 % o el AGB del centro hospitalario, lo que sea mayor, del saldo de su cuenta para EMCare proporcionada al paciente después del pago, si corresponde, por parte de terceros.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA, REEMBOLSOS Y PROCESO DE APELACIONES

- A. Cuando la completa un residente del estado de Oregón, la solicitud de asistencia financiera solo requerirá que el paciente proporcione los ingresos de su hogar y cualquier información sobre un tercero que pueda ser responsable de la totalidad o parte de los costos asociados con los servicios prestados por el centro hospitalario. La provisión de información sobre los bienes del paciente será opcional y dicha información no se usará para denegar la asistencia financiera al paciente.
- B. Si el centro hospitalario determinó previamente, de forma incorrecta, que el paciente no calificaba para recibir asistencia financiera por los servicios basándose en la información proporcionada por el paciente al momento de la determinación incorrecta, el centro hospitalario también pagará al paciente intereses sobre la cantidad de la asistencia financiera a la tasa fijada por la Reserva Federal y cualquier otro costo razonable asociado, como gastos y honorarios legales, incurrido por el paciente para recibir la asistencia financiera.
- C. Si un centro hospitalario niega la solicitud de asistencia financiera de un paciente, ya sea en su totalidad o en parte, el centro notificará al paciente sobre la negación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la determinación. Los pacientes podrán apelar esa determinación de elegibilidad mediante una declaración escrita, entrega en persona, correo electrónico o a través del portal en línea del centro hospitalario. Un paciente puede solicitar una apelación de la determinación de su elegibilidad en cualquier momento dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes al aviso o doscientos cuarenta (240) días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta, lo que ocurra más tarde. Además, un paciente puede solicitar una revisión por parte del director financiero del centro hospitalario o su designado. Es posible que el paciente deba proporcionar documentación adicional para respaldar su apelación. Durante el período de apelación, el centro hospitalario suspenderá las actividades de cobro y, si corresponde, notificará a las agencias de cobro para que también suspendan sus actividades. El centro hospitalario emitirá una determinación por escrito sobre la apelación dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la última reunión de apelaciones o la fecha de recepción de las correcciones relacionadas con las deficiencias de la solicitud, lo que ocurra más tarde. El centro hospitalario también informará al paciente la fecha en la que se reanudarán las actividades de cobro suspendidas.

Todos los demás términos establecidos en la Política de Gobernanza de CommonSpirit, Finanzas G-003, *Asistencia financiera*, permanecen sin cambios.