

**Asistencia Financiera**  
**Políticas y Procedimientos de Toda la Cámara Administrativa**

Campus Aplicable	Nombre del Departamento	Autoridad de Aprobación
Salem Health y West Valley Hospital	Finanzas	Director de Sistemas, Ciclo de Ingresos
<b>Fecha de Entrada en Vigor: Abril de 2025</b>		<b>Fecha de la Próxima Revisión: Marzo de 2028</b>
Indicar Puesto o Comité de las Partes Interesadas	Estado del Documento	Fecha de Aprobación
Gerente de Facturación de Pacientes	Modificado	02/2025
Vicepresidente, Finanzas	Modificado	01/2025
Director de Finanzas	Revisado	02/2025
Directorio	Revisado	01/2025
Director de Sistemas, Ciclo de Ingresos	Modificado	04/2025
<b>Final Approval Date SH &amp; WVH</b>	<b>Aprobación Final</b>	<b>04/2025</b>

**Describa brevemente la modificación más reciente realizada a esta política, procedimiento o protocolo y por qué:**

Se actualizó el proceso de preselección de elegibilidad presunta, se agregó información sobre cómo un paciente puede optar por no recibir la adjudicación determinada por el proceso de preselección, se actualizaron los montos de elegibilidad presunta para que estén alineados con lo establecido en la Sección 501(r), se actualizaron los montos de asistencia financiera tradicional para que estén alineados con los proyectos HB3320 y HB3076, se actualizó el texto de reembolso y se actualizó el período de solicitud de 2 años a 240 días.

**Contenido de la Política**

**Propósito/Declaración de políticas:**

Esta política tiene por objeto garantizar un sistema equitativo e integral de la distribución de asistencia financiera a las personas con problemas financieros dentro de los recursos disponibles de Salem Health, al tiempo que garantiza que Salem Health tenga la capacidad financiera de brindar atención médica de la más alta calidad a la comunidad. En el presente documento, Salem Health y West Valley Hospital se denominan en forma conjunta como "Salem Health".

Salem Health atenderá las necesidades de aquellas personas que están en desventaja financiera y actuará con integridad en todos sus compromisos, tratando a todos los pacientes con dignidad, respeto y compasión.

El personal del Ciclo de Ingresos trabajará a fin de mejorar el flujo de efectivo y la eficiencia relacionados con las obligaciones de los pacientes mediante el cobro de copagos, coseguros y saldos no asegurados/saldos anteriores estableciendo acuerdos de pago flexibles y equitativos, cuando sea necesario, sin imponer una carga indebida a los pacientes/garantes.

Salem Health ofrece una variedad de opciones para ayudar a los pacientes/garantes a resolver sus cuentas, incluida la evaluación de la elegibilidad para fuentes de financiamiento viables, asistencia financiera, otros descuentos y planes de pago extendidos.

Los pacientes/garantes que presenten una solicitud de asistencia financiera tras la cual se determine que se mantienen al mismo nivel o por debajo del 400 % del Nivel Federal de Pobreza califican para la asistencia de caridad. Consulte los detalles en la sección de procedimientos de esta política. Los pacientes/garantes pueden calificar para otros descuentos, como caridad presunta, caridad por catástrofe o carencia de seguro. Consulte la matriz financiera que se encuentra a continuación. Salem Health puede optar por brindar asistencia financiera adicional a las cuentas vencidas antes de las actividades de cobranza cuando las fuentes independientes y/o adicionales indiquen su incapacidad de pago.

**Procedimiento de Pasos/Puntos Clave**

### **Evaluación de pacientes para fuentes de financiamiento de pago**

Los pacientes que no tienen seguro, que tienen un seguro insuficiente o que "de otro modo no pueden pagar su atención" son evaluados para determinar su elegibilidad a través del Plan de Salud de Oregón (OHP/Medicaid), la Compensación de los trabajadores, las Responsabilidades de terceros o cualquier otra potencial fuente de financiamiento al momento de la programación o el registro del paciente, o mientras el paciente se encuentre hospitalizado. Salem Health o su representante revisarán los recursos actuales del paciente y trabajarán con él a fin de obtener la elegibilidad para cualquiera de estos programas, según corresponda.

A los pacientes que no son elegibles para el OHP o los otros programas mencionados anteriormente, y que tienen limitaciones financieras que inhiben su capacidad de pago, se les evaluará para el descuento para pacientes que no tienen seguro de salud (consulte la Política de descuento por falta de seguro [pacientes que pagan por cuenta propia] para conocer el porcentaje de descuento actual), así como los descuentos financieros adicionales, indicados a continuación.

### **Proceso de solicitud de asistencia financiera**

El Hospital ha desarrollado un proceso de solicitud para determinar el interés inicial y si reúne los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera. Se aceptarán solicitudes de asistencia financiera de parte del paciente directamente o de otras personas en nombre del paciente. Esto podría incluir, entre otros, el representante del paciente o el personal del hospital.

La solicitud de asistencia financiera se puede realizar antes, durante o después de la prestación de

la atención. Se puede:

- Acceder a la solicitud y enviarla en línea a través de la aplicación móvil MyChart de Salem Health o desde nuestro sitio web: [salemhealth.org/financialassistance](http://salemhealth.org/financialassistance)
- Descargar la solicitud de nuestro sitio web: [salemhealth.org/financialassistance](http://salemhealth.org/financialassistance)
- Obtener la solicitud en el Departamento de Emergencias y en las áreas de registro.
- Solicitar la solicitud por correo postal a: Financial Counseling, Salem Health, PO BOX 14001, Salem OR 97309-9976
- Pedir la solicitud por teléfono llamando al 503-562-4357
- Pedir la solicitud por correo electrónico a [financialcounselors@salemhealth.org](mailto:financialcounselors@salemhealth.org).

La Política de asistencia financiera, el Resumen en lenguaje sencillo y la Política de facturación y cobros de Salem Health también se pueden descargar de nuestro sitio web. Las copias impresas pueden solicitarse: por correo postal desde Financial Counseling, Salem Health, PO BOX 14001, Salem OR 97309-9976; por teléfono, llamando al 503-562-4357; o por correo electrónico a [financialcounselors@salemhealth.org](mailto:financialcounselors@salemhealth.org).

Para calificar para recibir asistencia financiera, la solicitud debe estar completa.

### **Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera**

La asistencia financiera se basa en la determinación de la capacidad de pago del paciente, no en su disposición a pagar. Con el fin de representar el total de los "gastos médicos permitidos" o aquellos gastos que califican para ser totalizados y evaluados en función de la capacidad de pago de un paciente, los asesores financieros totalizarán los saldos pendientes en todas las cuentas de hospitales menos cualquier servicio que no cumpla con los criterios de la necesidad médica predefinida. Salem Health cumple con las normas de necesidad médica publicadas por el gobierno. La elegibilidad para recibir la asistencia financiera se determinará sin importar la raza, el color, el sexo, la religión, la edad, el origen nacional, la orientación sexual o el estado de inmigración del paciente.

Si el paciente rechaza la inscripción en un programa de seguro que exige el pago de primas, esto no constituirá un motivo para negarle la asistencia financiera. Si el paciente tiene un seguro, todos los beneficios del seguro, incluidos los programas comunitarios cooperativos, deben agotarse, y solo la responsabilidad del paciente es elegible para recibir descuentos o ajustes. La asistencia financiera es la opción de último recurso. Un paciente/garante debe cooperar con el proceso de aprobación de cualquier solución de financiamiento que cubra las facturas del paciente para poder ser elegible para recibir la asistencia financiera.

Los servicios no cubiertos son procedimientos cosméticos y/o electivos que no sean necesarios desde el punto de vista médico, o cualquier servicio que no se considere elegible dentro de la Política de liquidación financiera. El precio del paquete pagado por cuenta propia tampoco es elegible para recibir la asistencia financiera. (p. ej., el precio de un paquete predeterminado para un procedimiento no sería elegible para recibir la asistencia financiera).

Los saldos impagos de todos los servicios de emergencia y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico son elegibles para recibir asistencia financiera.

### **Los criterios considerados para determinar la elegibilidad son, entre otros:**

- El ingreso bruto familiar\*.
- Tamaño de la familia (personas legalmente responsables de la factura del paciente y sus dependientes).
- Los gastos mensuales de desembolso personal de la familia destinados a suministros y servicios médicos.

La elegibilidad dependerá de la cooperación del paciente con el proceso de solicitud. Salem Hospital puede aceptar la información proporcionada en una solicitud del Plan de Salud de Oregón (OHP), la elegibilidad del OHP, la determinación de sucesiones testamentarias o la documentación de la situación de falta de techo, de la condición de minoría de edad o de la información crediticia confiable de un tercero para ayudar en la determinación de elegibilidad tras el envío de una solicitud de asistencia financiera.

\* La definición de "ingreso bruto familiar" incluye el ingreso bruto mensual combinado de todas las personas legalmente responsables de la factura o el saldo del paciente.

**La documentación de respaldo puede incluir lo siguiente:**

*El paciente debe proporcionar documentos que respalden todas las fuentes de ingresos, que incluyen, entre otras:*

- Declaración de impuestos federales del año en curso, que incluya todas las páginas y anexos
- Carta de verificación de no presentación del IRS
- Recibos de sueldo de los últimos tres (3) meses por parte del empleador
- Carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social del año en curso
- Carta de adjudicación del beneficio de pensión del año en curso
- Carta de adjudicación de Asuntos de los Veteranos
- Carta de adjudicación de anualidad
- Carta de beneficios por desempleo
- Carta de adjudicación de manutención infantil
- Carta de adjudicación de pensión alimentaria o documentos judiciales
- Carta de adjudicación de ayuda financiera estudiantil
- Carta de adjudicación de beneficios por incapacidad a corto plazo
- Carta de adjudicación de beneficios por incapacidad a largo plazo
- Una carta de "Necesidades básicas" que indique cómo las personas sin ingresos satisfacen sus necesidades básicas en la vida diaria. La carta de "Necesidades básicas" solo debe considerarse un documento de respaldo secundario después de que el asesor financiero o el empleado a cargo valide la información.

Los ingresos familiares basados en los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG) anuales serán elegibles para recibir la asistencia financiera tras la presentación de una solicitud de la manera que se indica a continuación y en la Matriz financiera de las FPG:

**Matriz financiera**

Categoría de Asistencia Financiera	Porcentaje de Descuento
Ingresos del 0 al 200 % como porcentaje del Nivel Federal de Pobreza	100 %
Ingresos del 201 al 300 % como porcentaje del Nivel Federal de Pobreza	75 %
Ingresos del 301 al 400 % como porcentaje del Nivel Federal de Pobreza	Mayor al 50 % o montos generalmente facturados (AGB)**
Descuento por catástrofe	El 100 % de los saldos superiores al 20 % del ingreso bruto familiar

**\*\* El descuento mínimo por caridad se basa en los AGB indicados a continuación y se revisará anualmente y, si es necesario, se revisará para cumplir con lo establecido en la Sección 501(r) del IRS.**

Los montos generalmente facturados (AGB) representan el monto de reembolso típico de los pacientes que cuentan con un seguro que les cubre la atención. No se puede cobrar a un paciente elegible para recibir la asistencia financiera un monto mayor a los AGB por emergencias u otro tipo de atención médica necesaria. Los centros hospitalarios deben calcular sus porcentajes de AGB al menos una vez al año dividiendo la suma de los montos de todas sus reclamaciones por emergencias u otros tipos de atención médica necesaria que hayan sido permitidos por determinadas aseguradoras de salud durante un período previo de 12 meses dividido por la suma de los cargos brutos asociados a esas reclamaciones. El AGB se ha determinado utilizando el método retrospectivo basado en el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones al centro hospitalario, según lo establecido en la

### **Determinación de Asistencia Financiera**

El hospital efectuará la determinación según la información escrita recibida por parte del paciente, su representante o un proveedor externo de calificación de caridad. La determinación puede tener lugar en cualquier momento antes del cierre de la cuenta. El personal del hospital comunicará esta determinación inicial al paciente o su representante. Es posible efectuar una determinación posterior si el paciente proporciona documentación suficiente a fin de cumplir con los criterios de elegibilidad para acceder a un nivel diferente de asistencia financiera. Salem Health hará todo lo posible por enviar un "Aviso de Determinación" a todos los solicitantes dentro de los 21 días posteriores a la recepción de las solicitudes completas y la documentación de respaldo. Si se requiere información adicional para procesar la solicitud, se informará a los pacientes/garantes sobre esos requisitos y sobre sus derechos a apelar en la carta. Los solicitantes tendrán 45 días para proporcionar información adicional o apelar la decisión.

Las determinaciones de asistencia financiera tienen validez durante 12 meses. La cobertura comenzará 240 días antes de que Salem Health reciba la solicitud de asistencia financiera firmada y finalizará el último día del duodécimo mes a partir del cual se procese la aprobación. Salem Health proporcionará un reembolso por el monto que un paciente/garante haya pagado por la atención que exceda el monto que se determine que el paciente/garante es personalmente responsable de pagar según la Política de asistencia financiera (FAP), a menos que ese monto excesivo sea inferior a 5 USD.

Si Salem Health determina la elegibilidad de manera incorrecta (es decir, si el paciente no calificó para recibir la asistencia financiera para los servicios según la información que proporcionó), el hospital pagará al paciente intereses sobre el monto de la asistencia financiera al porcentaje establecido por la Reserva Federal y cualquier otro costo razonable asociado, como gastos legales y honorarios incurridos por el paciente a fin de obtener la asistencia financiera con base en el momento de la determinación incorrecta.

### **Proceso de Apelación para la Asistencia Financiera**

Un garante/paciente puede presentar una solicitud por escrito o completar nuestro formulario de Solicitud de apelación de asistencia financiera para apelar la determinación. El formulario de Solicitud de apelación está disponible en nuestro sitio web [www.salemhealth.org/financialassistance](http://www.salemhealth.org/financialassistance). El paciente también puede llamar o enviar un correo electrónico para solicitarlo. Las apelaciones se pueden presentar hasta 45 días después de la fecha de emisión de la carta de "Aviso de determinación de asistencia financiera". Además, se puede solicitar una revisión por parte del Director de Finanzas del hospital o una persona designada. El proceso de apelación incluirá una revisión de la solicitud de asistencia financiera y de cualquier otra documentación financiera proporcionada.

Para presentar una solicitud de apelación, un paciente/garante puede hacerlo de una de las formas que se indican a continuación:

- Por correo electrónico: [financialcounselors@salemhealth.org](mailto:financialcounselors@salemhealth.org)
- Por fax: 503-814-1998
- Por correo: Attn: Financial Counselor Team, PO Box 14001, Salem, OR 97309-5014
- En persona: mostrador de información del Edificio A en el campus principal de Salem Health o en la recepción de West Valley en el vestíbulo

### **Evaluación de Elegibilidad Presunta**

Salem Health evaluará a cualquier paciente/garante que resida en Oregón y no tenga cobertura de seguro médico público o privado, a cualquier paciente/garante inscrito en un programa estatal de asistencia médica, o a cualquier paciente/garante que deba al hospital 500 USD o más en un solo estado de cuenta, antes de que reciba un estado de cuenta. Antes de remitir a cobranzas, Salem Health también evaluará a todos los pacientes/garantes que residan en Oregón.

Los descuentos por caridad presunta se determinan en función de los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG) y el Proyecto de Ley 3076 de la Cámara de Representantes de Oregón, así como lo establecido en el Proyecto de Ley 3320 de la Cámara de Representantes. La evaluación de elegibilidad presunta puede incluir una revisión de:

- (a) los registros existentes de pacientes;
- (b) la información recopilada de manera rutinaria durante el registro o la admisión del paciente;
- (c) la información proporcionada voluntariamente por el paciente;
- (d) los ajustes previos de asistencia financiera; y
- (e) la elegibilidad existente para los programas de asistencia. Algunos ejemplos son, entre otros: Medicaid, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), programas de almuerzos o desayunos gratuitos, programas de asistencia energética para hogares de bajos ingresos o cualquier otro programa que cuente con una verificación de recursos y refleje de forma razonable el ingreso familiar aproximado del paciente.

Según el resultado de la revisión, se aplicarán ajustes a la cuenta del paciente/garante antes de recibir un estado de cuenta de acuerdo con la matriz financiera anterior.

Salem Health notificará a todos los pacientes, independientemente del desenlace, los resultados de la evaluación, ya sea mediante una carta de "Aviso de elegibilidad presunta" o mediante la inclusión de texto en el estado de cuenta. Un paciente/garante no puede optar por no participar en el proceso de evaluación de elegibilidad presunta; sin embargo, un paciente/garante puede optar por rechazar el descuento por caridad presunta comunicándose con Servicios Financieros para Pacientes al 503-814-2455 (BILL). Al elegir rechazar el descuento por caridad presunta, no se aplicarán descuentos de caridad presunta durante un año a menos que la situación financiera del paciente/garante haya cambiado y él solicite a Salem Health que aplique el descuento. Salud de Salem documentará que el paciente/garante recibió el descuento por elegibilidad presunta y que el paciente/garante decidió rechazar el descuento.

### **Descuento por Catástrofe**

Los descuentos por catástrofe se determinan cuando se evalúan las solicitudes de asistencia financiera. Si los gastos médicos de un paciente exceden el 20 % del ingreso bruto familiar, el hospital eximirá el exceso de facturación.

El ingreso familiar se determina según se indica a continuación (**ingresos que se consideran disponibles para pagar los gastos médicos del paciente**):

1. El hospital multiplicará por un 20 % los ingresos y activos familiares anuales.
2. El hospital determinará los gastos médicos permitidos para el paciente según los criterios de elegibilidad definidos en esta política.
3. El hospital comparará el 20 % de los ingresos familiares anuales con el total de los gastos médicos permitidos para el paciente durante doce meses. Si el total de los gastos médicos permitidos es mayor al 20 % de los ingresos familiares, entonces el paciente califica para el descuento por catástrofe. El hospital limitará la responsabilidad del paciente por los gastos médicos al 20 % de los ingresos familiares. Los montos que excedan ese límite serán elegibles para el descuento. Por ejemplo: ingreso familiar de 70 000 USD al año y gastos médicos permitidos de 45 000 USD. El 20 % de los ingresos familiares anuales es de 14 000 USD; Los gastos médicos de la familia, que son de 45 000 USD, superan esta cantidad. Por lo tanto, la familia sería elegible para recibir un descuento de 31 000 USD.
4. El descuento por catástrofe se basa en los ingresos anuales y los gastos médicos anuales.
5. La cobertura en caso de catástrofe entra en vigencia a partir de la fecha de servicio más antigua por hogar y finaliza el último día del duodécimo mes a partir del cual se procese la aprobación.
6. El descuento por catástrofe puede complementar el descuento por cobertura de asistencia financiera.

Si un paciente cree que puede calificar en función de sus facturas posteriores o tras un cambio en su situación financiera, se puede presentar una apelación para una reevaluación.

### **Comunicaciones al Público**

La información sobre la asistencia financiera del hospital se pondrá a disposición del público de la siguiente manera:

- Los avisos se publican en áreas clave del hospital, incluyendo el sector de Admisiones, el Departamento de Emergencias, las áreas de registro del Departamento de Pacientes Ambulatorios y los Servicios Financieros para Pacientes.
- El Formulario de Condiciones de Admisión informa al paciente de su derecho a solicitar asistencia financiera.
- La información por escrito estará disponible en inglés, español, ruso y vietnamita. El hospital proporcionará los servicios de interpretación adecuados para los pacientes/garantes que no hablen inglés.
- El personal de primera línea recibirá capacitación para responder preguntas sobre asistencia financiera de manera eficaz y derivará de manera oportuna cualquier pregunta que no pueda responder a los asesores financieros.
- Esta política se publicará en el sitio web de Salem Health. La información por escrito sobre esta política estará disponible si se solicita.
- Todos los estados de cuenta de los pacientes incluirán un aviso de que existen servicios de asistencia financiera e información de contacto si desean obtener más información.

### **Atención Médica de Emergencia**

Salem Health cuenta con un departamento de emergencias dedicado y brinda atención para afecciones médicas de emergencia (según lo establecido en la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia [EMTALA]) sin discriminación

en función de las capacidades disponibles, y sin tener en cuenta si un paciente tiene o no la capacidad de pagar por los servicios o es elegible para recibir asistencia financiera.

La asistencia financiera no se implementará en contradicción de ninguna regulación estatal o federal, como, por ejemplo, EMTALA.

### Proveedores Aplicables

La determinación de asistencia financiera se aplicará a cualquier saldo adeudado a Salem Health o a los proveedores empleados de Salem Health Medical Group. Los proveedores desempleados que prestan servicios dentro de nuestras instalaciones no están obligados a cumplir con nuestra determinación de asistencia financiera.

### Actividades de Cobranza Extraordinarias (ECA)

La sección 501(r)(6) establece que una organización hospitalaria debe hacer esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia según la Política de asistencia financiera (FAP) de la organización hospitalaria antes de iniciar actividades de cobranza extraordinarias (ECA) contra una persona. Las ECA se definen como medidas tomadas por un centro hospitalario contra una persona que están relacionadas con la obtención del pago de una factura por la atención cubierta por la FAP del centro hospitalario y que:

- implican la venta de la deuda de un individuo a otra parte;
- implican enviar información adversa sobre un individuo a agencias de información crediticia del consumidor o a oficinas de crédito (colectivamente, "agencias de crédito");
- implican diferir o negar, o exigir un pago antes de proporcionar, atención necesaria desde el punto de vista médico debido a la falta de pago de una o más facturas por parte de una persona por la atención proporcionada previamente cubierta por la FAP del centro hospitalario; o
- requieren un proceso legal o judicial.

De acuerdo con nuestra filosofía de "Ningún daño al paciente es aceptable para nosotros", los hospitales y clínicas de Salem Health no participan en actividades de cobranza extraordinarias contra nuestros pacientes.

Definiciones – Ingresar N/C si no corresponde
N/C
Equipos o suministros - Ingresar N/C si no corresponde - N/C
N/C
Nombre y número del formulario o nombre del archivo adjunto - Ingresar N/C si no corresponde: N/C
Participación del proveedor <a href="https://www.salemhealth.org/about/financial-assist">https://www.salemhealth.org/about/financial-assist</a>
Puestos de los consultores expertos
N/C
Referencias (requeridas para documentos clínicos, con fecha dentro de los últimos cinco años):
N/C
CBT relacionados, Política, Procedimiento o Información de referencia cruzada del protocolo Epic: ingrese N/C si no corresponde
Resumen en lenguaje sencillo y Política de facturación y cobros de Salem Health y Salem Health West Valley Póliza de descuento por falta de seguro (pago por cuenta propia) Política de liquidación financiera
Palabras de búsqueda en computadora
Asistencia financiera, caridad, por catástrofe, presunta, preselección
¿Existe Algún Requisito Reglamentario? Sí
Sí, ORS, IRS 501(r), HB3076, HB3320

Historial de Revisiones y Modificaciones		
Historial	Revisión o Modificación	Fecha

Se actualizó el proceso de preselección de elegibilidad presunta, se agregó información sobre cómo un paciente puede optar por no recibir la adjudicación determinada por el proceso de preselección, se actualizaron los montos de elegibilidad presunta para que estén alineados con lo establecido en la Sección 501(r), se actualizaron los montos de asistencia financiera tradicional para que estén alineados con los proyectos HB3320 y HB3076, se actualizó el texto de reembolso y se actualizó el período de solicitud de 2 años a 240 días.	Modificación	04/2025
Se agregó una política de descuentos por caridad presunta a partir de otros descuentos por falta de seguro (ahora, Póliza de descuentos por pago por cuenta propia). Se agregó un proceso de preselección de elegibilidad presunta. Se agregaron fuentes de ingresos adicionales. Se editaron los detalles y las opciones del proceso de apelación. Se aclararon las prácticas hospitalarias con respecto a las Actividades de cobranza extraordinarias. Se reorganizaron las secciones. Se actualizó de acuerdo con el proyecto HB3320.	Modificación	07/2024
Se actualizó el período de cobertura de asistencia financiera/caridad de 6 a 12 meses. Se agregó una política de descuentos por catástrofe a partir de otros descuentos por pago por cuenta propia. Se actualizaron los criterios de lo que se considera para la elegibilidad de ingresos, como pagos COBRA, activos no líquidos, entre otros. Se eliminó la referencia a la dirección de Hawthorne.	Modificación	09/2022
Se actualizó la Política de asistencia financiera (FAP) para cumplir con las recomendaciones de la Asociación de Hospitales y Sistemas de Salud de Oregón y los requisitos establecidos en la Sección 501(r) del IRS, de acuerdo con el proyecto HB3076. Los cambios específicos incluyen los siguientes puntos clave: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se revisó el texto que destaca la presentación de la solicitud de elegibilidad para la Política de asistencia financiera de Salem Health.</li> <li>2. Se agregó el siguiente texto: "Salem Health puede optar por brindar asistencia financiera adicional a las cuentas vencidas antes de las actividades de cobranza cuando las fuentes independientes y/o adicionales indiquen su incapacidad de pago".</li> </ol>	Modificación	01/2020
Se actualizó la política para reflejar el ciclo de revisión cada 3 años.	Modificación	01/2018
Se actualizó la Política de asistencia financiera (FAP) para cumplir con las recomendaciones de la Asociación de Hospitales y Sistemas de Salud de Oregón, los requisitos 501(r) del IRS y las mejores prácticas recomendadas. Los cambios específicos incluyen los siguientes puntos clave: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para el formato, se utilizó la plantilla de la política actual.</li> <li>2. Se revisó el umbral para el 100 % de asistencia financiera del 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) al 300 % del FPL.</li> <li>3. Se trasladaron el descuento por catástrofe y el descuento por falta de seguro a otras políticas de descuentos por pago por cuenta propia.</li> <li>4. Se agregaron la Compensación de los trabajadores y la Responsabilidad de terceros a la Evaluación de pacientes para fuentes de financiamiento de pago.</li> <li>5. Se agregaron traducciones al ruso y al vietnamita a las versiones en inglés y en español de los documentos de asistencia financiera.</li> <li>6. Se agregó la sección de Atención médica de emergencia que afirma el cumplimiento de la EMTALA.</li> <li>7. Se agregó información de contacto que incluye: dirección del sitio web, número de teléfono, dirección física, dirección postal.</li> <li>8. Se agregó la sección Período de solicitud.</li> <li>9. Se agregó un texto aclaratorio a la sección de Criterios de elegibilidad.</li> <li>10. Se actualizó la sección de Documentación de respaldo para incluir la determinación de sucesiones testamentarias.</li> <li>11. Se actualizó la matriz financiera según los criterios actuales.</li> <li>12. Se agregó el texto requerido que describe la metodología de los montos generalmente facturados (AGB).</li> </ol>	Modificado	12/2016
	Revisar	04/2015
Se actualizó la Política de asistencia financiera (FAP) para cumplir con las recomendaciones de la Asociación de Hospitales y Sistemas de Salud de Oregón, los requisitos 501(r) del IRS y las mejores prácticas recomendadas. Los cambios específicos incluyen los siguientes puntos clave.		

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se eliminó el Anexo A, la Tabla para determinar la asistencia financiera y la tabla de la matriz financiera incorporada en el cuerpo de la política.</li> <li>2. Se eliminaron todos los demás archivos adjuntos del documento.</li> <li>3. Se eliminó el término "atención de caridad" del documento. Fue reemplazado por la frase "asistencia financiera" en todas las instancias.</li> <li>4. Se modificó el porcentaje de ingresos familiares que se utiliza como umbral para los "gastos médicos cobrables" del 30 % al 20 %. Cualquier gasto médico permitido que supere el 20 % de los ingresos familiares debe calificar para una asistencia financiera del 100 %.</li> <li>5. Se modificó la evaluación de activos para excluir cualquier tipo de capital relacionado con la residencia principal al realizar la evaluación de activos en función del total de gastos médicos permitidos para la determinación de la asistencia financiera.</li> <li>6. Se agregó texto que niega la asistencia financiera a los pacientes que se niegan a cooperar en la solicitud de una solución de financiamiento viable encontrada por los asesores financieros de Salem Health.</li> <li>7. Se agregó un texto que indica que los procedimientos cosméticos y electivos que no sean necesarios desde el punto de vista médico no serán elegibles para la asistencia financiera.</li> </ol>	Modificado	04/2014
	Revisar	01/2014
	Modificado	01/2013
	Modificado	01/2012
	Modificado	01/2011
	Revisar	10/2009
	Revisar	08/2006
	Revisar	05/2006
	Revisar	04/2006
	Revisar	03/2006
	Revisar	04/2005
	Revisar	07/2004
	Revisar	02/2004
	Revisar	02/2000
	Revisar	11/1997
	Revisar	07/1996
	Revisar	06/1995
Nueva Política	Nuevo	03/1994