



Fecha de vencimiento: 01 de enero de 2018

Asistencia financiera		
Póliza y procedimiento administrativo en todo Salem Health		
Instalación participante	Nombre del departamento	Autoridad designada
Salem Health Salem Health West Valley	Ciclo de ingresos	Consejo de administración
Fecha de la aprobación final	Fecha de vigencia	Fecha de revisión próxima
Para el uso del coordinador de pólizas	Para el uso del coordinador de pólizas	Para el uso del coordinador de pólizas
Lista de posiciones/comités de las partes interesadas		Estado de documento Fecha de aprobación
Director del ciclo de ingresos		Modificado 22/11/2016
Director financiero		Revisado 02/12/2016
Consejo de administración		Revisado 05/01/2017

Describa brevemente la más reciente revisión a esta póliza, procedimiento o protocolo y por qué:

La póliza de asistencia financiera (FAP por sus siglas en inglés) se ha actualizado para cumplir con las recomendaciones de La Asociación de Hospitales y Sistemas de Salud de Oregon, con los requisitos de la sección 501(r) de la Oficina de Rentas Internas (IRS por sus siglas en inglés) y las mejores prácticas recomendadas. Cambios específicos incluyen los siguientes puntos claves:

1. Formato de plantilla de póliza actual
2. El umbral para recibir el 100% de asistencia financiera revisado desde el 200% del nivel federal de pobreza hasta el 300% del nivel federal de pobreza
3. Se trasladó el descuento catastrófico y el descuento para personas sin seguro a la Póliza de Otras Maneras para pagar su cuenta
4. Se agregó la información sobre compensación para trabajadores y responsabilidad civil de terceros a la sección "Evaluación de pacientes para buscar fuentes pagadoras de financiación".
5. Se agregaron traducciones en ruso y vietnamita a las versiones en inglés y español de los documentos de asistencia financiera
6. Se agregó la sección de cuidado médico de emergencia, afirmando el cumplimiento con EMTALA (Ley Laboral y de Tratamiento Médico de Emergencia)
7. Se agregó información de contacto incluyendo: dirección del sitio web, número de teléfono, dirección física, dirección de correo.
8. Se agregó la sección de plazo de la solicitud
9. Se agregó lenguaje clarificado a la sección de criterios de elegibilidad
10. La sección de documentación de apoyo se actualizó para incluir la determinación de sucesiones a beneficiarios
11. La matriz financiera se actualizó a criterios actuales
12. Se agregó lenguaje requerido para describir la metodología de cantidades generalmente facturadas

Declaración de propósito/póliza:

Esta póliza se escribió para asegurar un sistema equitativo e integral de distribución de asistencia financiera a los que tienen una carga financiera excesiva dentro de los recursos disponibles de Salem Health, asegurando que Salem Health es financieramente capaz de proporcionar la más alta calidad de cuidado de salud a la comunidad.

Contenido de la póliza
Salem Health atenderá las necesidades de los que están económicamente desfavorecidos y actuará con integridad en todo empeño, tratando a todos los pacientes con dignidad, respeto y compasión.

Las acciones que puedan llevarse a cabo por falta de pago se describen en la póliza de facturación y colecciones.

El personal encargado del ciclo de ingresos trabajará para mejorar la liquidez y eficiencia relacionada con la responsabilidad del paciente recogiendo los copagos, coaseguros y saldos sin seguro médico/saldos previos mediante el establecimiento de acuerdos de pago flexibles y equitativos, cuando sea necesario, sin poner una carga indebida en pacientes/fiadores.

Salem Health ofrece una variedad de opciones para ayudar a los pacientes/fiadores con la solución de sus cuentas, incluyendo la evaluación de los pacientes para las fuentes de financiamientos viables, asistencia financiera, otros descuentos y planes de pago extendido.

Los pacientes/fiadores que están definidos a estar en o por debajo del 300% del nivel de pobreza basado en los procesos mencionados en la sección del procedimiento son elegibles para asistencia financiera al 100% en los servicios elegibles. Descuentos pueden estar disponibles en el saldo neto para pacientes/fiadores entre el 300-400% del nivel federal de pobreza. Los pacientes por encima del 400% del nivel federal de pobreza pueden ser elegibles para otros descuentos previstos para personas sin seguro a la Póliza de Otras Maneras para pagar su cuenta.

Pasos/puntos clave del procedimiento

Evaluación de pacientes para buscar fuentes pagadoras de financiación

Los pacientes sin seguro médico son evaluados para determinar su elegibilidad a través del Plan de Salud de Oregón (OHP/Medicaid), compensación para trabajadores, responsabilidad de terceros, La Ley sobre Reconciliación Consolidada de Diversos Presupuestos (COBRA por sus siglas en inglés) o cualquier otra fuente potencial de financiamiento al momento de programar citas, registro de pacientes, o durante la hospitalización. Salem Health o su representante revisará los recursos actuales del paciente y trabajará con él/ella para obtener elegibilidad para cualquiera de estos programas según corresponda.

Los pacientes que no son elegibles para el Plan de Salud de Oregón u otros programas mencionados arriba, y tienen limitaciones financieras que inhiben su capacidad de pago, serán evaluados para un descuento financiero según se indica a continuación.

Comunicaciones para al público

Información sobre la asistencia financiera del hospital se hará disponible al público de la siguiente manera:

1. Los avisos se publican en áreas claves del hospital, incluyendo las áreas de admisión, el Departamento de Emergencias, áreas de registro de consulta externa y el área de servicios financieros para el paciente.
2. El formulario de condiciones de admisión informa al paciente de su derecho a solicitar asistencia financiera.
3. Información por escrito estará disponible en inglés, español, ruso y vietnamita. El hospital prestará los servicios de interpretación apropiados para pacientes/fiadores que no hablan inglés.
4. El personal de primera línea estará capacitado para responder a preguntas de asistencia financiera con eficacia y dirigirá a los que no se les pueda contestar al asesor financiero de manera oportuna.
5. Esta póliza se publicará en el sitio web de Salem Health. La información escrita acerca de esta póliza estará disponible a petición.
6. En las facturas para todos los pacientes incluirá un aviso de que la asistencia financiera está disponible.

Cuidado médico de emergencia

Salem Health cuenta con un departamento dedicado a emergencias y brinda cuidado para condiciones médicas de emergencia (según lo definido por la Ley Laboral y de Tratamiento Médico de Emergencia) sin discriminación consistente con las capacidades disponibles, independientemente de si un paciente tiene la capacidad para pagar o es elegible para asistencia financiera.

Proceso de solicitud y determinación de elegibilidad

Una solicitud para asistencia financiera puede hacerse en cualquier momento antes, durante o después de la prestación del servicio. El hospital ha desarrollado un proceso de solicitud para determinar el interés inicial y calificación de asistencia financiera. Se aceptarán las solicitudes de asistencia financiera del paciente directamente, o de otros en nombre del paciente. Esto puede incluir, pero no se limita a, el representante del paciente o el personal del hospital. El personal de servicios financieros para pacientes está disponible para brindar asistencia para completar una solicitud de asistencia financiera en la dirección que se indica a continuación.

- La póliza de asistencia financiera, el resumen en términos sencillos, la póliza de facturación y colecciones y las solicitudes pueden bajarse desde nuestro sitio web: <http://www.salemhealth.org/about/charity-care-and-financial-policy>
- Copias en papel de la póliza de asistencia financiera, el resumen en términos sencillos, la póliza de facturación y colecciones y las solicitudes están disponibles en el Departamento de Emergencia, en las áreas de registro y en el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente, en el 550 Hawthorne Ave SE, Suite 200, Salem OR 97301
- Copias en papel de la póliza de asistencia financiera, el resumen en términos sencillos, la póliza de facturación y colecciones y las solicitudes pueden ser solicitadas por correo de parte del: Financial Counseling, (Asesoramiento Financiero) Salem Health, PO BOX 14001, Salem, OR 97309-9976 o por teléfono llamando al 503-562-4357.

El hospital tomará una determinación basada en información verbal o escrita recibida de parte del paciente, representante del paciente, o un proveedor tercero que evalúa los servicios de beneficencia. La determinación puede ser hecha en cualquier momento antes de la resolución de la cuenta. El personal del hospital comunicará esta determinación inicial al paciente o representante del paciente. Una subsecuente determinación se puede hacer si el paciente proporciona suficiente documentación para cumplir con los criterios de elegibilidad para un nivel diferente de asistencia financiera.

Para obtener asistencia financiera, la solicitud debe estar completa. Si no se puede realizar una determinación con los documentos aportados, se enviará una carta de negación que indicará el motivo de la denegación y el derecho a apelar si se presentan los documentos necesarios.

Un "Aviso de la determinación" se enviará a todos los solicitantes dentro de 21 días de haberse recibido la solicitud y la documentación de apoyo. Si es necesario entregar información adicional para la solicitud, se les informará a los pacientes/fiadores de dichos requisitos y/o de sus derechos para apelar en la carta de "Aviso de determinación". Las determinaciones para la asistencia financiera son válidas por 6 meses desde la fecha de determinación.

Plazo de solicitud

El plazo de solicitud de asistencia financiera comienza en la fecha que se provee el cuidado médico y se termina 240 días después de la primera declaración de facturación después del alta y 30 días después de que el hospital o el tercer proveedor autorizado proporciona aviso escrito para la Extraordinaria Colección de Bienes (ECAs por sus siglas en inglés) el hospital prevé iniciar. Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completa al hospital durante el período de solicitud, Salem Health suspenderá cualquier colección de bienes y hará una determinación de elegibilidad antes de reanudar la actividad de colección bienes aplicable. Si un individuo es resuelto para ser elegible para recibir asistencia financiera, se revertirá cualquier colección de bienes.

Criterios de elegibilidad

Saldos sin pagar en todos los servicios emergentes y otros médicamente necesarios son elegibles para asistencia financiera.

Servicios no cubiertos son procedimientos cosméticos o electivos que no son médicamente necesarios. Un paquete con precio a pagar por uno mismo tampoco es elegible para asistencia financiera. (Por ejemplo, el precio de un paquete predeterminado para un procedimiento no sería elegible para asistencia financiera)

La asistencia financiera se basa en la determinación de la capacidad del paciente para pagar, no en su voluntad de pagar. Para captar el total de 'gastos médicos permitidos' o los gastos que reúnan los requisitos se totalizarán y se evaluarán contra la capacidad del paciente para pagar, el asesor financiero sumará los saldos de todas las cuentas de los hospitales menos cualquiera de los servicios que no cumpla con la necesidad médica predefinida. Salem Health se rige por normas publicadas del gobierno de la necesidad médica. La elegibilidad para determinar la asistencia financiera será sin importar la raza, color, sexo, religión, edad, origen nacional, orientación sexual o estatus migratorio. En circunstancias donde un paciente decida no inscribirse en un programa de seguros que requiere primas no será una base para negar la asistencia financiera. Si COBRA u otros beneficios del seguro están disponibles y se determina que el paciente no es financieramente capaz de pagar la prima el hospital puede optar por pagar la prima. Si el paciente tiene seguro, todos los beneficios de seguros, incluyendo programas cooperativos comunitarios se deberán agotar, y sólo la cantidad que se considera responsabilidad del paciente es elegible para recibir descuentos o ajustes.

La asistencia financiera es la opción de último recurso. Un paciente/fiador debe cooperar con el proceso de aprobación de cualquier solución de financiación que sería para pagar las facturas del paciente para poder ser

elegible para la asistencia financiera.

Los criterios considerados para la determinación de elegibilidad incluyen, pero no se limitan a:

- Los ingresos brutos* del hogar.
- Activos del hogar que no sean la residencia principal
 1. Equidad en una inmobiliaria (que no sea la residencia habitual del paciente/fiador), los valores u otros bienes son considerados para pagar gastos médicos del paciente y deben incluirse en el cálculo de ingresos
 2. Los ingresos de bienes reales productores de renta deben utilizarse en el cálculo en lugar de la equidad.
 3. Cuentas de jubilación individuales (IRAs por sus siglas en inglés) u otros fondos de retiro no se incluirán en los activos domésticos; sin embargo, las distribuciones de los fondos se considerarán ingresos.
- Tamaño de la familia (las personas legalmente responsables de la cuenta del paciente y sus dependientes)
- Los gastos mensuales de la familia pagados del bolsillo para servicios y suministros médicos.
- La elegibilidad puede ser contingente en la cooperación del paciente con el proceso de solicitud.

* La definición de 'ingresos brutos' incluye el ingreso mensual bruto combinado de todas las personas legalmente responsables de la cuenta o saldo del paciente.

La documentación de apoyo puede incluir los siguientes:

El paciente debe proveer dos de los siguientes documentos para apoyar las declaraciones de ingresos en la solicitud.

- Verificación de ingresos de tres meses en forma de talones de cheques, depósitos bancarios, etc.
- Cartas de determinación del seguro social.
- Declaraciones de impuestos del año anterior o el formulario 4506T-EZ
- Una carta de "Necesidades básicas" que indica cómo la persona sin ingresos satisface sus necesidades diarias básicas de vida.

La carta de "Necesidades básicas" sólo debe ser considerada un documento de apoyo secundario después de que el asesor de finanzas o secretario valida la información.

Como se indica en la condición de admisión de Salem Hospital, un informe del buró de crédito o un proveedor que evalué la beneficencia puede solicitarse para validar la información proporcionada en la solicitud de la asistencia financiera.

Salem Hospital puede aceptar la información proporcionada en una solicitud del Plan de Salud de Oregón, elegibilidad para el Plan de Salud de Oregón, la determinación de sucesiones a beneficiarios, documentación del estado sin hogar, o información de crédito de terceros confiables como sustituto de las formas financieras. La información del Plan de Salud de Oregón se considerará válida 30 días antes de la admisión y 90 días después del alta. Documentación de fuentes aprobadas para el estado sin hogar incluye notas de expediente, plan para ser dado/a de alta o resúmenes para ser dado/a de alta escritos en nuestro sistema de información de la salud por los proveedores de cuidado o la indicación que declaró el paciente de no tener hogar durante el proceso de su registro.

La asistencia financiera concedida basada en la información de terceros en lugar de la solicitud para la ayuda financiera no se extenderá a las futuras fechas de servicio y tendría que ser reevaluada basada en la información disponible en aquel momento.

Los ingresos de hasta el 400% de las directrices anuales del índice de la pobreza federal (FPG por sus siglas en inglés) serán elegibles para la asistencia financiera como se indica a continuación y en la matriz financiera:

Matriz financiera

Ingresos como porcentaje del nivel de pobreza federal	Porcentaje de descuento
0-300%	100%
301-400%	65%**
Todos los demás sin seguro médico	Ver la Póliza de Otras Maneras para pagar su cuenta

**** El descuento mínimo como beneficencia se basa en la cantidad generalmente facturada (AGB por sus siglas en inglés) como se describe a continuación y se revisará anualmente y se corregirá si es necesario para cumplir con los requisitos de la Oficina de Rentas Internas (IRS) sección 501(r).**

La cantidad generalmente facturada (AGB) representa la cantidad de reembolso típico de los pacientes con seguro médico que cubra su cuidado. A un paciente elegible para recibir asistencia financiera no se le puede cobrar más de la cantidad generalmente facturada (AGB) para emergencias u otros cuidados médicamente necesarios. La cantidad generalmente facturada (AGB) se ha determinado utilizando el método de actualización de los 8 contribuyentes superiores, incluyendo Medicare.

En todas las áreas excepto en el Departamento de Emergencia y la sala de maternidad, un depósito puede ser requerido antes de la prestación de servicios.

Arreglos de pago razonables pueden ser requeridos para todos los saldos no descontados bajo la matriz de la asistencia financiera.

Esto no se implementará en la contradicción de cualquier estado o regulaciones federales incluyendo, pero no limitado a EMTALA.

Revisión e historial de modificaciones

Historial	Revisión o modificaciones	Fecha
Nueva póliza		1/3/94
Historial	Revisado/modificado	6/95, 7/96, 11/97, 2/00, 2/04, 7/04, 4/05, 3/06, 4/06, 5/06, 8/06, 10/09, 1/11, 1/12, 1/13, 1/14, 4/14, 4/15
Última revisión	Modificado	11/16

Equipos o suministros - Indique N/A si no aplica

N / A

Nombre y número del formulario o nombre del archivo adjunto - Indique N/A si no aplica

Apéndice de participación del proveedor
Cálculo de la cantidad generalmente facturada (AGB)

Posición de consultores expertos

N / A

Referencias – requeridas para documentos clínicos – Indique N/A para las pólizas administrativas

N / A

Información de referencias cruzadas de la póliza, procedimientos o protocolos – Indique N/A si no aplica

Salem Health y Salem Health West Valley, Resumen en términos sencillos
Póliza de facturación y colecciones
Póliza de Otras Maneras para pagar su cuenta

Definiciones – Indique N/A si no aplica

N / A

Palabras para búsqueda en la computadora

Asistencia financiera, beneficencia

¿Hay una exigencia reglamentaria?

Sí, La oficina de recuperación de servicios (ORS por sus siglas en inglés), La Oficina de Rentas Internas (IRS) sección 501(r)

8