

Asistencia financiera		
Políticas y procedimientos administrativos de todo el centro		
Campus aplicable	Nombre del departamento	Autoridad que aprueba
Salem Health y West Valley Hospital	Finanzas	Director, Ciclo de Ingresos
Fecha de entrada en vigencia: julio de 2024		Próxima fecha de revisión: junio de 2027
Indicar el cargo o comité de las partes interesadas	Estado del documento	Fecha de aprobación
Coordinadora de flujo de trabajo, Ciclo de Ingresos	Redactado	05/2024
Directora de Ciclo de Ingresos	Redactado	06/2024
Vicepresidenta de Finanzas	Revisado	06/2024
Director financiero	Revisado	06/2024
Fecha de aprobación final	Aprobación final	

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

Se ha agregado el descuento caritativo presunto de Otros descuentos para particulares (ahora política de descuentos para no asegurados [pago por cuenta propia]). Se ha agregado un proceso de preselección para la presunta elegibilidad. Se han agregado fuentes de ingresos adicionales. Se han modificado los detalles y opciones del proceso de apelación. Se han aclarado las prácticas de cobro extraordinarias de los hospitales. Reorganizado las secciones. Actualizado de conformidad con el proyecto de ley 3320.

Contenido de la política

Propósito/Declaración de política:

Esta política se redacta para garantizar un sistema equitativo e integral de distribución de la asistencia financiera a las personas con problemas financieros dentro de los recursos disponibles de Salem Health, al tiempo que se garantiza que Salem Health sea capaz de proporcionar financieramente la atención médica de mayor calidad a la comunidad.

Salem Health se ocupará de las necesidades de los más desfavorecidos económicamente y actuará con integridad en todos sus esfuerzos, tratando a todos los pacientes con dignidad, respeto y compasión.

El personal del Ciclo de Ingresos trabajará para mejorar el flujo de caja y la eficiencia relacionada 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 proporciona diferentes opciones para ayudar a los pacientes/garantes a resolver sus cuentas, lo que incluye la selección de los pacientes para la elegibilidad de las fuentes de financiación viables, asistencia financiera, otros descuentos y planes de pago extendidos.

Los pacientes/garantes que presenten una solicitud de Asistencia financiera y que se determine que están en un nivel federal de pobreza igual o inferior al 400 % tienen derecho a recibir asistencia benéfica. Véanse los detalles en la sección de procedimientos de la póliza. Los pacientes/garantes pueden calificar para otros descuentos tales como caridad presunta, caridad catastrófica, o no asegurados, ver matriz financiera abajo. Salem Health puede optar el otorgar Asistencia Financiera adicional a las cuentas vencidas antes de ser enviadas a los servicios de colección de deudas cuando fuentes independientes y/o adicionales indiquen una incapacidad de pago.

Pasos/puntos clave del proceso

Selección de pacientes para fuentes de financiación de pago

Los pacientes que no tienen seguro, que tienen un seguro insuficiente o que “de otro modo no pueden pagar su atención” son seleccionados para la elegibilidad a través del Plan de Salud de Oregon (OHP/Medicaid), Indemnización por accidentes de trabajo, Responsabilidad de terceros, o cualquier otra fuente potencial de financiación en el momento de la programación, el registro del paciente o mientras están hospitalizados. Salem Health o su representante revisará los recursos actuales del paciente y trabajará con él/ella para obtener la elegibilidad para cualquiera de estos programas, según corresponda.

Los pacientes que no cumplen con los requisitos para el OHP o los otros programas indicados arriba, y tienen limitaciones financieras que inhiben su capacidad de pago, serán evaluados para el recibir el descuento para no asegurados (consulte la política de Descuento para no asegurados (pago por cuenta propia) para conocer la tasa de descuento actual), así como los descuentos financieros adicionales, como se indica a continuación.

Proceso de solicitud de ayuda financiera

El Hospital ha desarrollado un proceso de solicitud para determinar el interés inicial y la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Las solicitudes de ayuda financiera se aceptarán directamente del paciente o de otras personas en su nombre. Esto puede incluir, entre otros, al representante del paciente o al personal del hospital.

La solicitud de ayuda financiera puede realizarse antes, durante o después de la prestación de la atención médica.

La solicitud puede ser:

- Accesada y presentada en línea a través de la aplicación móvil MyChart de Salem Health o en nuestro sitio web: salemhealth.org/financialassistance
- Descargada de nuestro sitio web: salemhealth.org/financialassistance
- Obtenida en el Departamento de Emergencias y en las áreas de registro.
- Solicitado por correo a: Asesoría Financiera, Salem Health, PO BOX 14001, Salem OR 97309-9976
- Por teléfono llamando al 503-562-4357
- Por correo electrónico, escribiendo a financialcounselors@salemhealth.org.

La Política de Asistencia Financiera de Salem Health, el Resumen en Lenguaje Sencillo y la Política de Facturación y Cobros también pueden descargarse de nuestro sitio web. Se pueden solicitar copias en papel por correo a: Financial Counseling, Salem Health, PO BOX 14001, Salem OR 97309-9976, por teléfono llamando al 503-562-4357, o por correo electrónico poniéndose en contacto con financialcounselors@salemhealth.org.

Para poder recibir asistencia financiera, la solicitud debe estar completa.

Criterios de elegibilidad de la ayuda financiera

La asistencia financiera se basa en la determinación de capacidad de pago del paciente, no en su voluntad de pagar. Con el fin de capturar el total de “gastos médicos permitidos” o aquellos gastos que califican para ser totalizados y evaluados contra la capacidad de pago de un paciente, los asesores financieros sumarán los saldos pendientes en todas las cuentas del hospital menos cualquier servicio que no se encuentre dentro de la necesidad médica predefinida. Salem Health se apega a las normas publicadas del gobierno para la justificación de la necesidad médica. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se determinará independientemente de la raza, color, sexo, religión, edad, origen nacional, orientación sexual o estado migratorio.

En circunstancias donde un paciente ha rechazado inscribirse en un programa de seguros que exija el pago de primas no será motivo para negarle la asistencia financiera. Si el paciente tiene seguro, deben agotarse todos los beneficios del seguro, incluidos los programas comunitarios cooperativos, y sólo 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 financiación que pagaría las facturas del paciente para poder ser elegible para la Asistencia Financiera.

Los servicios no cubiertos son los procedimientos cosméticos y/o electivos que no son médicamente necesarios, o cualquier servicio considerado no elegible dentro de la Política de Autorización Financiera. Los precios de paquetes de pago por cuenta propia tampoco son elegibles para la Asistencia Financiera. (Por ejemplo, un paquete de precios predeterminado para un procedimiento no sería elegible para la asistencia financiera).

Los saldos impagados de todos los servicios de urgencia y otros servicios médicamente necesarios pueden acceder a la ayuda financiera.

Los criterios que se consideran para determinar la elegibilidad incluyen, pero no se limitan a:

- Los ingresos brutos de la unidad familiar*.
- Tamaño de la familia (personas legalmente responsables de la factura del paciente y sus dependientes).
- Los gastos mensuales de bolsillo de la familia en suministros y servicios médicos.

La elegibilidad puede depender de la cooperación del paciente con el proceso de solicitud. El Hospital de Salem puede aceptar información proporcionada en una solicitud del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP), elegibilidad del OHP, determinación de bienes testamentarios o documentación de estado de indigente, o información crediticia confiable de terceros para ayudar en la determinación de elegibilidad ante una solicitud de ayuda financiera.

*La definición de “ingresos brutos del hogar” incluye los ingresos brutos mensuales combinados de todas las personas legalmente responsables de la factura o el saldo del paciente.

La documentación de apoyo puede incluir lo siguiente:

El paciente debe presentar documentos que respalden todas las fuentes de ingresos, incluyendo, pero no limitado a:

- Declaración de impuestos federales del año en curso, incluyendo todas las páginas y anexos
- Carta de verificación de no presentación del IRS
- Talones de los últimos tres (3) meses de su empleador
- Carta de concesión de la Seguridad Social del año en curso
- Carta de concesión de la pensión del año en curso
- Carta de adjudicación de Asuntos de Veteranos
- Carta de concesión de anualidades
- Carta de subsidio de desempleo
- Carta de pensión alimenticia
- Carta de pensión alimenticia o documentos judiciales
- Carta de concesión de ayuda financiera a estudiantes
- Carta de concesión de prestaciones por incapacidad a corto plazo
- Carta de concesión de prestaciones por incapacidad a largo plazo
- Una carta de “necesidades básicas” que indique cómo las personas sin ingresos cubren sus necesidades básicas diarias. La carta de “necesidades básicas” sólo debe considerarse un documento justificativo secundario después de que el asesor financiero o el secretario validen la información.

Los ingresos de los hogares basados en las Pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) anuales serán elegibles para recibir Asistencia financiera al presentar una solicitud como se indica a continuación y en la Matriz financiera de FPG:

Matriz financiera

Categoría de Asistencia financiera	Descuento porcentual
0-300 % del ingreso como porcentaje del nivel federal de pobreza	100 %
301-400 % del ingreso como porcentaje del nivel federal de pobreza	65 %
Descuento por catástrofe	100 % de los saldos superiores al 20 % del ingreso bruto familiar
Todas las demás personas sin seguro - Descuento para no asegurados**	Consulte la política Otros descuentos por pago por cuenta propia
Descuento de beneficencia presunto	Consulte la política Otros descuentos por pago por cuenta propia

** El descuento por beneficencia mínimo se basa en los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) según se describe a continuación y serán revisados anualmente y modificados de ser necesario para cumplir con la sección 501(r) del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).

Cantidades Generalmente Facturadas o AGB (Amounts Generally Billed en Ingles), representa la cantidad típica de reembolso

Asistencia financiera: políticas y procedimientos administrativos de todo el centro

de los pacientes que tienen un seguro que cubre su atención. A un paciente que tenga derecho a recibir asistencia financiera no se le puede cobrar más de los AGB por una urgencia u otra atención médicamente necesaria. Los centros médicos deben calcular sus porcentajes de AGB al menos una vez al año dividiendo la suma de los importes de todas sus reclamaciones por cuidados de urgencia u otros cuidados necesarios desde el punto de vista médico que hayan sido autorizados por ciertas aseguradoras médicas durante un periodo anterior de 12 meses entre la suma de los gastos brutos asociados a dichas reclamaciones. El AGB se ha determinado mediante el método retrospectivo o "Look-Back" utilizando el servicio de pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones al centro de salud; tal y como se indica en la Sección 501(r)(5) del IRS (Servicio Interno de Rentas).

Factor Determinante Para la Ayuda Financiera

El hospital tomará una decisión basándose en la información recibida por escrito del paciente, de su representante o de un tercero que se ocupe de la puntuación de beneficencia. La decisión puede tomarse en cualquier momento antes del cierre de la cuenta. El personal del hospital informará de esta decisión inicial al paciente o a su representante. Se puede tomar una decisión posterior si el paciente proporciona documentación suficiente para cumplir los criterios de elegibilidad para un nivel diferente de asistencia financiera. Se enviará una carta de "Aviso de resolución" a todos los solicitantes en un plazo de 21 días a partir de la fecha de recibo de la solicitud completa y la documentación de apoyo. Si se requiere información adicional para tramitar la solicitud, se informará a los pacientes/garantes de dichos requisitos y de sus derechos de apelación en la carta. Los solicitantes dispondrán de 45 días para facilitar información adicional o apelar la decisión.

Las determinaciones de asistencia financiera son válidas durante 12 meses. La cobertura comenzará dos años previos a la fecha en que Salem Health reciba la solicitud de asistencia financiera firmada y finalizará el último día del doceavo mes a partir del cual se procese la aprobación. La asistencia financiera se otorgará a las cuentas con saldos abiertos dentro de este período de cobertura. Todos los pagos anteriores de los pacientes serán revisados para verificar su exactitud, y cualquier crédito generado por la asistencia financiera será reembolsado por montos mayores a \$5. Puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar un reembolso de menos de \$5.

Si Salem Health determina incorrectamente la elegibilidad (que el paciente no calificó para recibir asistencia financiera para los servicios con base en la información proporcionada por el paciente), el hospital pagará al paciente intereses sobre el monto de la asistencia financiera a la tasa establecida por la Reserva Federal y cualquier otro costo razonable asociado, como gastos y honorarios legales, incurridos por el paciente para asegurar la asistencia financiera con base en el momento de la determinación incorrecta.

Proceso de apelación de la ayuda financiera

Un garante/paciente puede presentar una solicitud por escrito o proporcionar documentación de apoyo para apelar la determinación. Se puede apelar hasta 45 días a partir de la fecha de la carta de "Notificación de determinación de la ayuda financiera". También puede solicitarse una revisión por parte del Director Financiero del hospital o la persona que éste haya designado. El proceso de apelación incluirá una revisión de la solicitud y de cualquier nueva documentación financiera presentada.

Para presentar una petición de apelación/documentación de apoyo:

- Por correo electrónico: financialcounselors@salemhealth.org
- Por fax: 503-814-1998
- Por correo postal Attn: Financial Counselor Team, PO Box 14001, Salem, OR 97309-5014
- Presentándose en persona en Mostrador de información en el Edificio A del campus principal de Salem Health o en el Mostrador de recepción de West Valley

Evaluación de Presunta Elegibilidad

Salem Health verificará la elegibilidad de cualquier paciente/garante sin cobertura de seguro médico público o privado, cualquier paciente/garante inscrito en un programa estatal de asistencia médica, o cualquier paciente/garante que deba al hospital \$500 o más en un solo estado de cuenta, antes de que reciban un estado de cuenta. Salem Health verificará la situación de todos los pacientes/garantes antes de enviarlos a una agencia de colección de dudas.

Los presuntos descuentos benéficos se determinan basándose en las Directrices Federales de Pobreza (FPG) y en la legislación de la Ley 3076 de la Cámara de Representantes de Oregón, así como en la Ley 3320 de la Cámara de Representantes de Oregón. Se utiliza un sistema de puntuación de beneficencia para determinar el porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL) del paciente/garante. El uso del software de terceros no afecta negativamente a la puntuación crediticia del paciente. Basado en el resultado, el siguiente ajuste será aplicado a la cuenta del paciente/garante antes de recibir el estado de cuenta:

Ingresos en porcentaje del nivel federal de pobreza	Porcentaje de Descuento
Less than or equal to 200%	100%
201% - 300%	75%
301%-350%	50%
351%-400%	25%

Si el servicio de terceros o herramienta de software no arroja información sobre el paciente, o especifica que los ingresos del paciente son desconocidos, el hospital revisará los datos existentes del paciente según OAR 409-029 (HB3320) para hacer un esfuerzo de buena fe para determinar el estado de presunta elegibilidad del paciente, incluyendo, pero no limitado a:

- Registros existentes del paciente;
- Información obtenida de rutina durante el registro o la admisión del paciente;
- Información facilitada voluntariamente por el paciente;
- Ajustes previos de asistencia financiera; y
- Elegibilidad existente para programas de asistencia. Algunos ejemplos son: Medicaid, Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), programas de almuerzos o desayunos gratuitos, programas de asistencia para energía eléctrica en hogares de bajos ingresos o cualquier otro programa que se compruebe en base a los medios y que refleje razonablemente los ingresos aproximados del hogar del paciente.

Salem Health enviará a todos los pacientes, independientemente del resultado, una carta de “Aviso de presunta elegibilidad” para proporcionar los resultados si se ha hecho un ajuste y lo que se hizo.

Descuento por catástrofe

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

El ingreso familiar se determina según lo dispuesto a continuación (**ingreso que se considera disponible para pagar los gastos médicos del paciente**):

1. El hospital multiplicará el ingreso familiar anual y los activos por 20 %.
2. El hospital determinará los gastos médicos permitidos del paciente en función de los criterios de elegibilidad definidos en esta política.
3. El hospital comparará el 20 % del ingreso familiar anual con el total de los gastos médicos permitidos del paciente durante doce meses. Si el total de los gastos médicos permitidos es mayor que el 20 % del ingreso familiar, el paciente cumple con la calificación de descuento por catástrofe. El hospital limitará la responsabilidad del paciente por los gastos médicos al 20 % del ingreso familiar. Los montos que excedan este límite serán elegibles para recibir un descuento. Por ejemplo: Un ingreso familiar de \$70,000 por año y gastos médico permitidos de \$45,000. El veinte por ciento del ingreso familiar anual es de \$14,000; los gastos médicos familiares de \$45,000 exceden este monto. Por lo tanto, la familia cumpliría con los requisitos para recibir un descuento de \$31,000.
4. El descuento por catástrofe se basa en el ingreso anual y en los gastos médicos anuales.
5. La cobertura contra catástrofes comenzará con la fecha de servicio más antigua por hogar y terminará el último día del duodécimo mes a partir del cual se procesa la aprobación.
6. El descuento por catástrofe puede complementar el descuento en la cobertura de asistencia financiera.

Si un paciente considera que puede calificar en función de facturas posteriores del paciente o un cambio en su situación económica, se puede presentar una apelación para su reevaluación.

Comunicaciones con el público

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

1. Los avisos se publican en áreas clave del hospital, que incluyen Admisiones, el Departamento de Emergencias, las áreas de registro del Departamento de Pacientes Ambulatorios y los Servicios Financieros para Pacientes.
2. El Formulario de condiciones de admisión informa al paciente su derecho a solicitar asistencia financiera.
3. La información escrita estará disponible en inglés, español, ruso y vietnamita. El hospital proporcionará los servicios de interpretación adecuados para los pacientes/garantes que no hablen inglés.
4. El personal de primera línea estará capacitado para responder eficazmente a las preguntas sobre asistencia financiera y dirigirá las que no puedan ser respondidas al asesor financiero de manera oportuna.
5. Esta política se publicará en el sitio web de Salem Health. La información escrita sobre esta política se pondrá a disposición de quien la solicite.

6. Todos los estados de cuenta de los pacientes incluirán un aviso que indica que hay asistencia financiera disponible y la información de contacto si quieren obtener más información.

Atención médica de emergencia

Salem Health cuenta con un servicio de urgencias especializado y ofrece atención médica de urgencia (según la definición de la Ley de Tratamiento Médico y Laboral de Urgencia (EMTALA)) sin discriminación y de acuerdo con las capacidades disponibles, independientemente de si el paciente tiene o no capacidad de pago o es elegible para recibir asistencia financiera.

La ayuda financiera no se aplicará en contradicción con ninguna normativa estatal o federal, incluida, y entre otras, la EMTALA.

Proveedores aplicables: Los descuentos de la asistencia financiera se aplicarán a cualquier saldo adeudado a los hospitales y las clínicas de Salem Health o a los proveedores empleados de Salem Health Medical Group. Los proveedores que no son empleados y que prestan servicios en nuestro centro no están obligados a cumplir con nuestra determinación de asistencia financiera.

Acciones de cobro extraordinarias (ECAs - Extraordinary Collection Activity)

El artículo 501(r)(6) exige a las organizaciones médicas que realicen esfuerzos razonables para determinar si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de la política (FAP – Financial Assistance Policy) de la organización antes de emprender acciones de cobro extraordinarias (ECA) contra una persona. Las ECA se definen como acciones emprendidas por un centro médico contra una persona con el fin de obtener el pago de una factura por una atención dispensada en los términos de la FAP del centro médico que

- impliquen la venta de la deuda de una persona a un tercero,
- implican la comunicación de información desfavorable sobre una persona a agencias de información crediticia para el consumidor u oficinas de crédito (colectivamente, «agencias de crédito»),
- impliquen el retraso o la negación, o la exigencia de un pago antes de proporcionar la atención médicamente necesaria debido a la falta de cumplimiento del pago de una o más facturas de una atención proporcionada previamente y cubierta por la FAP del centro hospitalario, o
- requieran un proceso legal o judicial.

De acuerdo con nuestra filosofía, “Ningún daño al paciente es aceptable para nosotros”, **en Salem Health Hospitals and Clinics** no realizamos actividades de cobro extraordinarias contra nuestros pacientes.

Definiciones - Inserte “N/C” si no corresponde
N/C
Equipo o suministros - Inserte “N/C” si no corresponde - N/C
N/C
Nombre y número del formulario o nombre de anexo - Inserte “N/C” si no corresponde - N/C
Participación del proveedor https://www.salemhealth.org/about/financial-assist
Cargo de consultores expertos -
N/C
Referencias (requeridas para los documentos clínicos):
N/C
Política, procedimiento o protocolo para información de referencia cruzada - Inserte “N/C” si no corresponde
Resumen en lenguaje sencillo de Salem Health y Salem Health West Valley
Política de facturación y cobros
Política Otros descuentos por pago por cuenta propia
Palabras de búsqueda en computadora
Asistencia financiera, benéfica, por catástrofe
¿Hay un requisito normativo? Sí
Sí, Estatutos Revisados de Oregon (Oregon Revised Statutes, ORS), IRS 501 (r) HB3076, HB3320

Antecedentes de revisión y modificación		
Antecedentes	Revisión o modificación	Fecha
Se ha incluido un descuento presunto benéfico en Otros descuentos para particulares (ahora Política de descuentos para particulares no asegurados). Se ha añadido un proceso de preselección para la presunta elegibilidad. Se han añadido fuentes de ingresos adicionales. Se han editado los detalles y opciones del proceso de apelación. Aclaración de las prácticas hospitalarias sobre actividades de cobro extraordinarias. Reorganizado las secciones. Actualizado de acuerdo con HB3320.	Modificación	7/2024
Se actualizó el periodo de cobertura de la asistencia financiera/benéfica de 6 meses a 12 meses. Se agregó un descuento por catástrofe de la política Otros descuentos por pago por cuenta propia. Se actualizaron los criterios de lo que se considera para la elegibilidad por ingreso como pagos de COBRA, activos no líquidos, etc. Se eliminó la referencia a la dirección de Hawthorne.	Modificación	09/2022
La Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP) se ha actualizado para cumplir con las recomendaciones de la Asociación de Hospitales y Sistemas de Salud de Oregon, los requisitos del IRS 501(r), de conformidad con HB 3076. Los cambios específicos incluyen los siguientes puntos clave: 1. Se revisó el lenguaje que destaca la presentación de la solicitud de elegibilidad en la Política de asistencia financiera de Salem Health. 2. Se agregó el lenguaje que indica que "Salem Health puede elegir aplicarla Asistencia financiera adicional a las cuentas vencidas antes de las actividades de cobro cuando fuentes independientes o adicionales indiquen una incapacidad de pago".	Modificación	01/2020
Política actualizada para reflejar un ciclo de revisión de 3 años.	Modificación	01/2018

<p>La Política de asistencia financiera (FAP) se ha actualizado para cumplir con las recomendaciones de la Asociación de Hospitales y Sistemas de Salud de Oregon, los requisitos del IRS 501(r) y las mejores prácticas recomendadas. Los cambios específicos incluyen los siguientes puntos clave:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se formateó utilizando la plantilla de política actual. 2. Se revisó el umbral para un 100 % de asistencia financiera de 200 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) al 300 % del FPL 3. Se movió el descuento por catástrofe y el descuento para no asegurados a la política. Otros descuentos por pago por cuenta propia. 4. Se agregó la indemnización por accidentes de trabajo y responsabilidad de terceros para la selección de pacientes para fuentes de financiación de pago. 5. Se agregaron traducciones al ruso y al vietnamita de las versiones en inglés y español de los documentos de Asistencia financiera. 6. Se agregó la sección de Atención médica de emergencia que afirma el cumplimiento con la EMTALA. 7. Se agregó la información de contacto, que incluye: dirección de sitio web, número de teléfono, dirección física, dirección de correo. 8. Se agregó la sección Período de solicitud. 9. Se agregaron expresiones aclaratorias a la sección Criterios de elegibilidad. 10. La sección Documentación de respaldo se actualizó para incluir la determinación de los patrimonios de la sucesión testamentaria. 11. La Matriz financiera se actualizó con los criterios actuales. 12. Se agregaron expresiones requeridas que describen la metodología de Montos generalmente facturados (AGB). 	Revisado	12/2016
	Revisión	04/2015
<p>La Política de asistencia financiera (FAP) se ha actualizado para cumplir con las recomendaciones de la Asociación de Hospitales y Sistemas de Salud de Oregon, los requisitos del IRS 501(r) y las mejores prácticas recomendadas. Los cambios específicos incluyen los siguientes puntos clave.</p>	Revisado	04/2014
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se eliminó el Anexo A, Tabla para determinar la asistencia financiera y tabla de Matriz financiera incorporada en el cuerpo de la política. 2. Se eliminaron todos los demás anexos del documento. 3. Se eliminó el término "Atención de beneficencia" del documento. Este término se ha reemplazado con la frase "Asistencia financiera" en todo el documento. 4. Se modificó el porcentaje de ingreso familiar que se utiliza como umbral para "gastos médicos que se pueden cobrar" del 30 % al 20 %. Cualquier gasto médico permitido superior al 20 % del ingreso familiar debe calificar para el 100 % de asistencia financiera. 5. Se modificó la prueba de activos para excluir todos y cada uno de los patrimonios relacionados con la residencia primaria al realizar la prueba de activos contra los gastos médicos permitidos totales para la determinación de la asistencia financiera. 6. Se agregaron expresiones que niegan la Asistencia financiera a los pacientes que se niegan a cooperar con solicitar una solución de financiación viable encontrada por los Asesores financieros de Salem Health. 7. Se agregaron expresiones que indican que los procedimientos cosméticos y electivos que no son médicamente necesarios no serán elegibles para la Asistencia financiera. 		
	Revisión	01/2014
	Revisado	01/2013
	Revisado	01/2012

	Revisado	01/2011
	Revisión	10/2009
	Revisión	08/2006
	Revisión	05/2006
	Revisión	04/2006
	Revisión	03/2006
	Revisión	04/2005
	Revisión	07/2004
	Revisión	02/2004
	Revisión	02/2000
	Revisión	11/1997
	Revisión	07/1996
	Revisión	06/1995
Nueva política	Nuevo	03/1994