Salem Health® Hospitals & Clinics

Asistencia económica
Política y procedimiento administrativos
Financial Assistance
Administrative Policy and Procedure

Campus correspondiente	Nombre del departamento	Autoridad de aprobación
Santiam Hospital and Clinics	Administración económica	VP del ciclo de ingresos

Fecha de entrada en vigor: octubre de 2026	Fecha de la próxima revisión: octubre de 2027

Indique la parte interesada, el cargo o el comité	Estado del documento	Fecha de aprobación
VP, ciclo de ingresos Erica Puopolo	Modificado	09/2026
Directora ejecutiva de ingresos y reembolsos, Santiam Cassondra Posvar	Revisado	09/2026
VP, administración económica y operaciones de líneas de servicio Jennifer Fowler	Revisado	09/2026
VP ejecutivo de operaciones y director financiero James Parr	Revisado	09/2026
Junta directiva Kelsi Taylor	Revisado	10/2026
VP, ciclo de ingresos Erica Puopolo	Revisado	10/2026
Fecha de aprobación final	**Aprobación final**	**10/2026**

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

- **Formato:** Se ajustó el formato de la política de Santiam Hospital and Clinics para reflejar la política administrativa de Salem Health Hospitals and Clinics.
- **501(r):** Se agregó texto sobre las acciones tomadas por falta de pago, incluidas las Actividades extraordinarias de cobro (ECA), y el método para pedir asistencia económica. Se eliminó el proceso de excepción discrecional para otorgar asistencia económica; se agregó una política de gastos médicos catastróficos como alternativa uniforme; se ajustó el descuento mínimo al AGB.
- **HB 3076:** Se actualizó el descuento de la escala móvil de tarifas para reflejar los mínimos establecidos por ley (en particular, un descuento del 50 % para pacientes con 300–350 % del FPL en lugar del 45 %); se ajustaron los otros niveles con Salem Health.
- **HB 4040:** Se actualizó el umbral de evaluación presunta de $500 a $1,500.
- **HB 3320:** Se agregó documentación del proceso de preevaluación y se actualizaron las instrucciones y el plazo para apelar.
- **Requisitos del sitio NHSC:** Se eliminaron las referencias al patrimonio neto y a la verificación de crédito; se agregó una definición de ingresos.

Contenido de la política

Propósito/declaración de la política:
Esta política se redactó para garantizar un sistema equitativo e integral de distribución de asistencia económica a las personas con carga económica dentro de los recursos disponibles de Santiam Hospital and Clinics, al mismo tiempo que se garantiza que Salem Health Hospitals and Clinics tenga la capacidad económica de dar a la comunidad la atención médica de la más alta calidad. Esta política no se aplica a las ubicaciones Salem y West Valley de Salem Health Hospitals and Clinics, que se rigen por una Política de asistencia económica por separado.

Santiam Hospital and Clinics atenderá las necesidades de quienes se encuentran en desventaja económica 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 efectivo y la eficiencia relacionados con las responsabilidades económicas de los pacientes mediante el cobro de copagos, coaseguros y saldos de personas sin seguro/saldos previos, al establecer arreglos flexibles y equitativos para saldar cuentas, cuando sea necesario, sin imponer una carga excesiva a los pacientes/garantes.

Santiam Hospital and Clinics ofrece una variedad de opciones para ayudar a los pacientes/garantes a resolver sus cuentas, incluida la evaluación de los pacientes para determinar su elegibilidad para fuentes viables de financiamiento, asistencia económica, otros descuentos y planes extendidos para saldar cuentas.

Los pacientes/garantes que presenten una solicitud de Asistencia económica y se determine que están en o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza califican para asistencia de caridad. Consulte la información en la sección de procedimientos de la política. Los pacientes/garantes pueden calificar para otros descuentos, como caridad presunta o caridad catastrófica. Consulte la matriz económica abajo. Santiam Hospital and Clinics puede optar por aplicar más Asistencia económica a las cuentas vencidas antes de las actividades de cobro cuando fuentes independientes u otras fuentes indiquen incapacidad para cubrirlas.

Procedimiento: pasos/puntos clave

Evaluación de pacientes para fuentes de financiamiento
Los pacientes que no tienen seguro, tienen seguro insuficiente o "de otro modo no pueden pagar su atención" se evalúan para determinar su elegibilidad mediante el Oregon Health Plan (OHP/Medicaid), el seguro de compensación para trabajadores, la responsabilidad de terceros o cualquier otra posible fuente de financiamiento. Esta evaluación se hace al programar una cita, al registrar al paciente o durante su hospitalización, en la medida de las posibilidades de Santiam Hospital and Clinics. Santiam Hospital and Clinics o su representante revisará los recursos actuales del paciente y trabajará con este para lograr la elegibilidad para cualquiera de estos programas, según corresponda y según lo quiera el paciente.

Los pacientes que no sean elegibles para OHP o los otros programas indicados arriba, o que no quieran presentar una solicitud y tengan limitaciones económicas que inhiban su capacidad para cubrir sus cuentas, se evaluarán para descuentos económicos, como se describe abajo.

Proceso de solicitud de asistencia económica

El Hospital ha desarrollado un proceso de solicitud para determinar el interés inicial y la calificación para asistencia económica. Se aceptarán solicitudes de asistencia económica directamente del paciente o de otras personas en nombre del paciente. Esto podría incluir, entre otros, al representante del paciente o al personal del hospital.

Se puede solicitar asistencia económica antes, durante o después de la prestación de atención.

La solicitud puede:

- Consultarse y enviarse en línea mediante la aplicación móvil MyChart de Santiam Hospital and Clinics o en nuestro sitio web: https://santiamhospital.org/santiam-financial-assistance-form/
- Descargarse de nuestro sitio web: https://santiamhospital.org/patients-visitors-info-2/patient-billing-financial-assistance/
- Obtenerse en el Departamento de Emergencias (Emergency Department) y en las áreas de registro.
- Pedirse por correo postal a: Santiam Hospital Financial Counselors, PO BOX 577 Stayton, OR 97383
- Pedirse por teléfono llamando al 503-769-9231
- Pedirse por correo electrónico comunicándose con patientaccounts@santiamhospital.org

- La Política de asistencia económica y el Resumen en lenguaje sencillo de Santiam Hospital and Clinics también pueden descargarse de nuestro sitio web. Se pueden pedir copias impresas a: por correo postal a Santiam Hospital Financial Counselors, PO BOX 577 Stayton, OR 97383, por teléfono llamando al 503-769-9231 o por correo electrónico comunicándose con patientaccounts@santiamhospital.org

Para calificar para asistencia económica, la solicitud debe estar completa.

Criterios de elegibilidad para asistencia económica

La Asistencia económica se basa en la determinación de la capacidad de un paciente para cubrir sus cuentas, no en su disposición para hacerlo. Para calcular el total de los 'gastos médicos permitidos' o aquellos gastos que califican para sumarse y evaluarse en función de la capacidad de un paciente para cubrirlos, los consejeros económicos sumarán los saldos pendientes de todas las cuentas del hospital, menos cualquier servicio que no cumpla con la necesidad médica predefinida. Santiam Hospital and Clinics cumple con las normas publicadas por el gobierno sobre necesidad médica. La elegibilidad para Asistencia económica se determinará sin importar la raza, el color, el sexo, la religión, la edad, el país de origen, la orientación sexual o el estatus migratorio.

Las circunstancias en las que un paciente haya rechazado la inscripción en un programa de seguro que exige primas no serán motivo para negar asistencia económica. Si el paciente tiene seguro, deben agotarse todos los beneficios del seguro, incluidos los programas comunitarios cooperativos, y solo la responsabilidad del paciente es elegible para recibir descuentos o ajustes. La Asistencia económica es la opción de último recurso. Un paciente/garante debe cooperar con el proceso de aprobación de cualquier solución de financiamiento que pagaría las facturas del paciente, aparte de la asistencia médica según se define en ORS 414.025), para ser elegible para Asistencia económica.

Los saldos impagos de todos los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios son elegibles para asistencia económica.

El Administrador o la persona designada revisará los procedimientos electivos al recibir una solicitud completa. Se tomará en cuenta la zona donde vive el paciente (código postal) y si un médico empleado por el hospital recomienda este procedimiento electivo.

Los criterios que se consideran para determinar la elegibilidad incluyen:

- Los ingresos brutos del grupo familiar.
- Tamaño de la familia

Santiam Hospital and Clinics puede aceptar la información incluida en una solicitud del Oregon Health Plan (OHP), la elegibilidad para OHP, una determinación de patrimonios testamentarios o documentación de condición de persona sin hogar o de menor de edad, para ayudar a determinar la elegibilidad al pedir asistencia económica.

La definición de ingresos brutos anuales es la cantidad total de dinero ganada de todas las fuentes en un año calendario o fiscal antes de que se deduzcan impuestos o deducciones para cada miembro del grupo familiar o la familia.

Santiam Hospital and Clinics define a un familiar o miembro del grupo familiar como cualquier persona incluida en sus documentos de impuestos o cualquier persona por quien usted cubra más de la mitad de sus gastos de manutención.

La documentación de respaldo puede incluir lo siguiente:

El paciente debe dar documentos que respalden todas las fuentes de ingresos, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Declaración federal de impuestos del año en curso, incluidas todas las páginas y anexos
- Carta de verificación de no presentación del IRS
- Los comprobantes de salario de los tres (3) meses más recientes de su empleador
- Carta de concesión del año en curso de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration)
- Carta de concesión de beneficios de pensión del año en curso
- Carta de concesión de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs)
- Carta de concesión de anualidad
- Carta de beneficios por desempleo
- Carta de concesión de manutención infantil
- Carta de concesión de pensión alimenticia o documentos judiciales
- Carta de concesión de ayuda económica para estudiantes
- Carta de concesión de beneficios por discapacidad a corto plazo
- Carta de concesión de beneficios por discapacidad a largo plazo
- Una carta de “Necesidades básicas” que indique cómo las personas sin ingresos cubren sus necesidades básicas diarias de manutención. La carta de “Necesidades básicas” solo debe considerarse un documento secundario de respaldo después de que el consejero económico o el empleado administrativo valide la información.

Los ingresos del grupo familiar basados en las Directrices Federales de Pobreza (FPG) anuales serán elegibles para Asistencia económica al presentar una solicitud, como se indica abajo y en la Matriz económica de FPG:

Matriz económica

Categoría de asistencia económica	Porcentaje de descuento
0-200 % de ingresos como porcentaje del nivel federal de pobreza	100 %
201-300 % de ingresos como porcentaje del nivel federal de pobreza	75 %
301-400 % de ingresos como porcentaje del nivel federal de pobreza	El mayor entre 50 % y AGB**
Descuento catastrófico	100 % de los saldos superiores al 20 % de los ingresos brutos familiares

*** El descuento mínimo de caridad se basa en AGB como se describe abajo y se revisará anualmente y se modificará si es necesario para cumplir con la Sección 501(r) del IRS.*

AGB o Cantidades Generalmente Facturadas representa la cantidad típica de reembolso de los pacientes que tienen seguro que cubre su atención. A un paciente elegible para Asistencia económica no se le puede cobrar más que AGB por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Las instalaciones hospitalarias deben calcular sus porcentajes de AGB al menos una vez al año dividiendo la suma de las cantidades de todas sus reclamaciones por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que ciertos aseguradores médicos hayan aprobado durante un período previo de 12 meses entre la suma de los cargos brutos asociados a esas reclamaciones. AGB se ha determinado mediante el método retrospectivo (look-back) usando Medicare de pago por servicio y todos los aseguradores médicos privados que liquidan reclamaciones al centro hospitalario; como se indica en la Sección 501(r)(5) del IRS.

I. Los niveles de ingresos de 2026 conforme a las Directrices Federales de Pobreza con los ajustes aprobados que se enumeran abajo son los siguientes:

Escala móvil para descuento según los ingresos del grupo familiar

Tamaño del grupo familiar	Descuento del 100 %	Descuento del 75 %	Descuento mayor entre 50 % y AGB
1	$0 - $31,920.00	$31,920.01 - $47,880.00	$47,880.01 - $63,840.00
2	$0 - $43,280.00	$43,280.01 - $64,920.00	$64,920.01 - $86,560.00
3	$0 - $54,640.00	$54,640.01 - $81,960.01	$81,960.01 - $109,280.00
4	$0 - $66,000.00	$66,000.01 - $99,000.00	$99,000.01 - $132,000.00
5	$0 - $77,360.00	$77,360.01 - $116,040.00	$116,040.01 - $154,720.00
6	$0 - $88,720.00	$88,720.01 - $133,080.00	$133,080.01 - $177,440.00
7	$0 - $100,100.00	$100,100.01 - $150,120.00	$150,120.01 - $200,160.00
8	$0 - $111,440.00	$111,440.01 - $167,160.00	$167,160.01 - $222,880.00
9	$0 - $122,800.00	$122,800.01 - $184,200.00	$184,200.01 - $245,600.00
10	$0 - $134,160.00	$134,160.01 - $201,240.00	$201,240.01 - $268,320.00
11	$0 - $145,520.00	$145,520.01 - $218,280.00	$218,280.01 - $291,040.00
12	$0 - $156,880.00	$156,880.01 - $235,320.00	$235,320.01 - $313,760.00
13	$0 - $168,240.00	$168,240.01 - $252,360.00	$252,360.01 - $336,400.00
14	$0 - $179,600.00	$179,600.01 - $269,400.00	$269,400.01 - $359,200.00

Determinación de asistencia económica

El hospital tomará una determinación con base en la información escrita recibida del paciente, del representante del paciente o con base en la información rutinaria documentada en el expediente del paciente. La determinación puede hacerse en cualquier momento antes del cierre de la cuenta. El personal del hospital comunicará esta determinación inicial al paciente o al representante del paciente. Se puede hacer una determinación posterior si el paciente da documentación suficiente para cumplir los criterios de elegibilidad para un nivel diferente de asistencia económica. Santiam Hospital and Clinics hará todo lo posible por enviar una carta de “Aviso de determinación” a todos los solicitantes dentro de los 21 días posteriores a la recepción de una solicitud completa y la documentación de respaldo. Si se necesita más información para procesar la solicitud, se informará a los pacientes/garantes sobre esos requisitos y sobre sus derechos de apelar en la carta. Los solicitantes tendrán 45 días (o el resto del período de solicitud de 240 días, lo que sea mayor) para dar más información o apelar la decisión.

Las determinaciones de asistencia económica tienen una validez de 12 meses. La cobertura comenzará 240 días antes de que Santiam Hospital and Clinics reciba la solicitud firmada de asistencia económica y terminará el último día del duodécimo mes en que se procese la aprobación. Santiam Hospital and Clinics dará un reembolso por la cantidad que un paciente/garante haya pagado por la atención que exceda la cantidad que se determine que el paciente/garante es personalmente responsable de pagar conforme a la FAP, a menos que dicha cantidad excedente sea inferior a $5.00.

Si Santiam Hospital and Clinics determina incorrectamente la elegibilidad (que el paciente no calificaba para asistencia económica por los servicios con base en la información dada por el paciente), el hospital pagará al paciente intereses sobre la cantidad de asistencia económica a la tasa establecida por la Reserva Federal (Federal Reserve) y cualquier otro costo razonable asociado, como gastos y honorarios legales, en que haya incurrido el paciente para obtener asistencia económica con base en el momento de la determinación incorrecta.

Proceso de apelación para asistencia económica

Un garante/paciente puede presentar una solicitud por escrito para pedir la apelación de la determinación. Las apelaciones pueden presentarse dentro de los 45 días posteriores a la fecha de la carta de "Aviso de determinación de asistencia económica" (Notice of Financial Assistance Determination), o durante el tiempo restante del período de 240 días para presentar la solicitud, lo que sea mayor. También puede pedirse una revisión por parte del director financiero del hospital o de una persona designada. El proceso de apelación incluirá una revisión de la solicitud de asistencia económica y de cualquier documentación económica nueva dada.

Para pedir una apelación, un paciente/garante puede hacerlo de una de las maneras indicadas abajo:

- Por correo electrónico a: patientaccounts@santiamhospital.org
- Por fax: 503-769-3472
- Por correo postal: A la atención de: Santiam Hospital Financial Counselor PO BOX 577 Stayton, OR 97383

Evaluación de elegibilidad presunta

Santiam Hospital and Clinics evaluará a cualquier paciente/garante que resida en Oregon sin 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 $1500 o más en un solo estado de cuenta, antes de que reciba un estado de cuenta. Santiam Hospital and Clinics también evaluará a todos los pacientes/garantes que residan en Oregon antes de enviarlos a cobros.

Los descuentos presuntos de caridad se determinan con base en las Directrices Federales de Pobreza (FPG) y el Proyecto de Ley 3076 de la Cámara de Oregon, y la legislación del Proyecto de Ley 3320 de la Cámara de Oregon. La evaluación de elegibilidad presunta puede incluir una revisión de:

(a) Expedientes existentes del paciente;
(b) Información recopilada de manera rutinaria durante el registro o la admisión del paciente;
(c) Información dada voluntariamente por el paciente;
(d) Ajustes previos de asistencia económica; y
(e) Elegibilidad existente para programas de asistencia. Los ejemplos incluyen, entre otros: Medicaid, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC), los programas de desayuno o almuerzo gratis, los programas de asistencia para pagar los gastos de energía de la casa para personas de bajos ingresos o cualquier otro programa que determine la elegibilidad según los ingresos y que permita calcular de manera razonable los ingresos aproximados del grupo familiar del paciente.

Con base en el resultado de la revisión, se aplicarán ajustes a la cuenta de los pacientes/garantes antes de que reciban un estado de cuenta de facturación de acuerdo con la matriz económica indicada arriba.

Santiam Hospital and Clinics informará a todos los pacientes sobre los resultados de la evaluación, independientemente del resultado, mediante el envío de una carta de "Aviso de elegibilidad presunta" (Notice of Presumptive Eligibility) o la inclusión de esta información en el estado de cuenta. Un paciente/garante no puede excluirse del proceso de evaluación para elegibilidad presunta; sin embargo, un paciente/garante puede optar por rechazar el descuento presunto de caridad comunicándose con Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services) al 503-769-9231. Si decide rechazar el descuento presunto de caridad, no se aplicarán descuentos presuntos de caridad durante un año, a menos que la situación económica del paciente/garante haya cambiado y pida a Santiam Hospital and Clinics que aplique el descuento. Santiam Hospital and Clinics documentará que el paciente/garante recibió el descuento de elegibilidad presunta y que el paciente/garante decidió rechazar el descuento.

Descuento catastrófico

Los descuentos catastróficos se determinan al evaluar las solicitudes de asistencia económica. Si los gastos médicos de un paciente exceden el 20 % de los ingresos familiares brutos, el hospital no cobrará la facturación excedente.

Los ingresos familiares se determinan según se indica abajo (**ingresos considerados disponibles para pagar los gastos médicos del paciente):**

1. El hospital multiplicará los ingresos familiares anuales por 20 %.
2. El hospital determinará los gastos médicos permitidos del paciente con base en 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 del paciente durante doce meses. Si el total de los gastos médicos permitidos es mayor que el 20 % de los ingresos familiares, entonces el paciente reúne los requisitos para el descuento catastrófico. El Hospital limitará la responsabilidad del paciente por gastos médicos al 20 % de los ingresos de la familia. Las cantidades que excedan este límite serán elegibles para descuento. Por ejemplo: Ingresos familiares de $70,000 por año y gastos médicos permitidos de $45,000. El veinte por ciento de los ingresos anuales de la familia es $14,000; los gastos médicos de la familia de $45,000 exceden esta cantidad. Por lo tanto, la familia sería elegible para un descuento de $31,000.
4. El descuento catastrófico se basa en los ingresos anuales y los gastos médicos anuales.
5. La cobertura catastrófica entra en vigor desde la fecha de servicio más antigua por grupo familiar y terminará el último día del duodécimo mes en que se procese la aprobación.
6. El descuento catastrófico puede complementar el descuento de cobertura de asistencia económica.

Si un paciente considera que podría calificar con base en facturas posteriores del paciente o en un cambio en su situación económica, puede presentarse una apelación para una nueva evaluación.

Comunicaciones al público

La información sobre la asistencia económica del Hospital se pondrá a disposición del público de la siguiente manera:

- Los avisos se colocan en áreas clave del hospital, incluidas las áreas de Admisión (Admitting), el Departamento de Emergencias, las áreas de registro del Departamento de Pacientes Ambulatorios (Outpatient Department) y Servicios Financieros para Pacientes.
- El formulario de condiciones de admisión informa al paciente sobre su derecho a pedir asistencia económica.
- La información por escrito estará disponible en inglés y español. El Hospital dará los servicios de interpretación adecuados para los pacientes/garantes que no hablan inglés.
- El personal de primera línea recibirá capacitación para responder eficazmente las preguntas sobre asistencia económica y dirigirá oportunamente al consejero económico aquellas que no puedan responderse.
- Esta política se publicará en el sitio web de Santiam Hospital and Clinics. La información por escrito sobre esta política estará disponible si se pide.
- Todos los estados de cuenta de facturación del paciente incluirán un aviso de que hay asistencia económica disponible e información de contacto si quieren obtener más información.

Atención médica de emergencia

Santiam Hospital and Clinics tiene un Departamento de Emergencias propio y presta atención médica para condiciones médicas de emergencia (según se definen en la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto [Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA]), sin discriminación y de acuerdo con los recursos disponibles, independientemente de la capacidad del paciente para pagar o de su elegibilidad para recibir asistencia económica.

La asistencia económica no se implementará en contradicción con ninguna reglamentación estatal o federal, incluidas, entre otras, EMTALA.

Proveedores aplicables

- Esta política de asistencia económica se aplica a las siguientes ubicaciones, incluidos todos los proveedores empleados en estas ubicaciones:
  1. Santiam Hospital
  2. Salem Health Medical Clinic – Aumsville (antes Aumsville Medical Clinic)
  3. Salem Health Cardiology, Pulmonary & Sleep Clinic – Stayton (antes Santiam Cardiology Clinic, Santiam Pulmonary Clinic y Santiam Hospital Sleep and Neuro Diagnostic Lab)
  4. Salem Health General Surgery Clinic – Stayton (Santiam General Surgery Clinic)
  5. Salem Health & Wellness Clinic – Stayton (Santiam Health and Wellness Clinic)
  6. Salem Health Primary Care Clinic - Bldg. A, Suite 100 (antes Santiam Medical Associates)
  7. Salem Health Primary Care Clinic - Bldg. A, Suite 200 (antes Santiam Internal Medicine)
  8. Salem Health Primary Care Clinic - Bldg. H (antes Cascade Medical Clinic)
  9. Salem Health Medical Clinic - Mill City (antes Santiam Medical Clinic)
  10. Salem Health Medical Clinic – Sublimity (antes Sublimity Medical Clinic)

11. Salem Health Orthopedic and Podiatry Clinic – Stayton (antes Santiam Ortho Clinic y Santiam Podiatry Clinic)
12. Salem Health Midwives, Obstetrics & Gynecology Clinic – Stayton (antes Santiam Women's Clinic)
13. Salem Health Wound and Infusion Clinic – Stayton (antes Santiam Hospital Wound and Infusion Center)

- Además, puede encontrar una lista completa de estos proveedores en https://santiamhospital.org/find-a-medical-professional/

Actividades extraordinarias de cobro (ECA)

La Sección 501(r)(6) exige que una organización hospitalaria haga esfuerzos razonables para determinar si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia conforme a la política de asistencia económica (FAP) de la organización hospitalaria antes de emprender acciones extraordinarias de cobro (ECA) contra una persona debido a la falta de pago. Las ECA se definen como acciones que toma un centro hospitalario contra una persona en relación con la obtención del pago de una factura por atención cubierta conforme a la FAP del centro hospitalario que

- incluyen la venta de la deuda de una persona a otra parte,
- incluyen reportar información adversa sobre una persona a agencias de informes crediticios del consumidor o burós de crédito (colectivamente, “agencias de crédito”),
- incluyen aplazar o denegar, o exigir un pago antes de dar, atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por atención dada previamente cubierta conforme a la FAP del centro hospitalario, o
- exigen un proceso legal o judicial.

De acuerdo con nuestra filosofía de “No aceptamos que ningún paciente sufra daños”, Santiam Hospital & Clinics hace esfuerzos razonables para determinar si las personas son elegibles para recibir asistencia según la Política de asistencia económica antes de tomar cualquier actividad extraordinaria de cobro contra nuestros pacientes.

Definiciones – Inserte N/A si no corresponde
N/A
Equipo o suministros - Inserte N/A si no corresponde – N/A
N/A
Nombre y número del formulario o nombre del adjunto - Inserte N/A si no corresponde – N/A
N/A
Cargo de los consultores expertos
N/A
Referencias (obligatorias para documentos clínicos y dentro de los últimos cinco años):
N/A
Información de referencia cruzada de CBT relacionados, política, procedimiento o protocolo Epic – Inserte N/A si no corresponde
Resumen en lenguaje sencillo de Santiam Hospital and Clinics
Palabras de búsqueda en computadora
Asistencia económica, caridad, catastrófico, presunto, preevaluación
¿Existe un requisito normativo? Sí
Sí, ORS, IRS 501(r), HB3076, HB3320

Historial de revisión y modificaciones		
Historial	Revisión o modificación	Fecha

• **Formato:** Se ajustó el formato de la política de Santiam Hospital and Clinics para reflejar la política administrativa de Salem Health Hospitals and Clinics. • **Cumplimiento de 501(r):** Se agregó texto sobre las acciones tomadas por falta de pago, incluidas las Actividades extraordinarias de cobro (ECA), y el método para pedir asistencia económica. Se eliminó el proceso de excepción discrecional para otorgar asistencia económica; se agregó una política de gastos médicos catastróficos como una alternativa uniforme.	Modificación	09/2026
• **HB 3076:** Se actualizó el descuento de la escala móvil de tarifas para reflejar los mínimos establecidos por ley (en particular, un descuento del 50 % para pacientes con 300–350 % del FPL en lugar del 45 %); se ajustaron los otros niveles con Salem Health. • **HB 4040:** Se actualizó el umbral de evaluación presunta de $500 a $1,500. • **HB 3320:** Se agregó documentación del proceso de preevaluación y se actualizaron las instrucciones y el plazo para apelar. • **Requisitos del sitio NHSC:** Se eliminaron las referencias al patrimonio neto y a la verificación de crédito; se agregó una definición de ingresos.		