

COMMONSPIRIT HEALTH ANEXO SOBRE POLÍTICAS DE GOBERNANZA

ANEXO Finanzas G-003A-2

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 8 de abril de 2026

ASUNTO: Asistencia financiera - Oregon

POLÍTICAS ASOCIADAS

Política de Gobernanza de CommonSpirit

Finanzas G-003, *Asistencia financiera*

Política de Gobernanza de CommonSpirit

Finanzas G-004, *Facturación y cobranzas*

Este Anexo de Oregon (Anexo) complementa la Política de Gobernanza de CommonSpirit Finanzas G-003, *Asistencia financiera* (la Política de asistencia financiera), según sea necesario, a fin de cumplir con los estatutos y reglamentos de Oregon relativos a la prestación de atención caritativa hospitalaria, de conformidad con la sección "Coordinación con otras leyes" de la Política de asistencia financiera.

El presente Anexo es aplicable a todas las Afiliadas directas de CommonSpirit Health y a las Subsidiarias exentas de impuestos en el estado de Oregon, conforme se define en la Política de asistencia financiera. En caso de que alguna de las disposiciones del presente Anexo entre en conflicto con alguna de las disposiciones de la Política de asistencia financiera, o bien, no sea coherente con ella, prevalecerá el presente Anexo.

DEFINICIONES

- A. Período de solicitud** significa el tiempo proporcionado a los pacientes por el Centro hospitalario CommonSpirit para completar la solicitud de Asistencia financiera. Un paciente puede solicitar Asistencia financiera en cualquier momento hasta doce (12) meses después de que el paciente haya pagado por los servicios prestados en el Centro hospitalario.
- B. Período de calificación de elegibilidad:** Después de enviar la Solicitud de asistencia financiera y los documentos justificativos, a los pacientes aprobados para ser elegibles se les otorgará Asistencia financiera para todas las cuentas elegibles dentro del Período de solicitud y prospectivamente por un período de nueve (9) meses a partir de la fecha de determinación del Centro hospitalario y el paciente no deberá volver a solicitar Asistencia financiera por los servicios prestados durante ese período de nueve meses.
- C. El Ingreso familiar** incluye los ingresos de todos los miembros de un hogar, es decir, una sola persona o cónyuges, parejas de hecho o un padre y un hijo menores de dieciocho (18) años, que viven juntos; y otras personas de las que esa persona soltera, cónyuge, pareja de hecho o padre es financieramente responsable, de conformidad con ORS 442.612 (6).

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

- A.** Según lo establecido en ORS 442.614, todo paciente que cumpla los requisitos para

recibir Asistencia financiera tendrá EMCare en forma gratuita o con descuento. Un paciente no está obligado a solicitar asistencia médica, tal y como se define en ORS 414.025, antes de ser examinado o de que se le brinde Asistencia financiera.

B. Los Centros hospitalarios evaluarán a un paciente para Asistencia financiera presunta si el paciente:

- no está asegurado;
- está inscrito en el programa estatal de asistencia médica; o bien
- le debe al hospital \$1,500 o más por una única visita hospitalaria después de haber realizado todos los ajustes del seguro o de terceros pagadores, si corresponde.

Antes de facturarle al paciente, el Centro hospitalario evaluará al paciente para Asistencia financiera presunta y solicitará cualquier asistencia para la que el paciente califique. Un Centro hospitalario notificará al paciente que fue evaluado para Asistencia financiera presunta y le proporcionará información sobre cómo solicitar Asistencia financiera si el paciente fue rechazado, o cómo solicitar Asistencia financiera además de la que se le haya podido otorgar previamente..

Un Centro hospitalario puede utilizar los servicios de terceros de Conifer, Breez Health, Waystar o Experian para evaluar y estimar los ingresos familiares y el tamaño del hogar de un paciente de acuerdo con los criterios de elegibilidad establecidos en este Anexo. El proceso de evaluación no causará ningún impacto negativo en el puntaje crediticio del paciente. No se les exigirá a los pacientes que proporcionen ninguna documentación de respaldo por separado como parte de la evaluación para la Asistencia financiera presunta, pero un paciente puede proporcionar dicha documentación voluntariamente. Si el proceso de evaluación no arroja información sobre el paciente, o especifica que se desconocen los ingresos del paciente, el Centro hospitalario hará un esfuerzo de buena fe para determinar el estado de elegibilidad presunta del paciente con base en otra información disponible. Un Centro hospitalario documentará los métodos empleados para llevar a cabo la evaluación de elegibilidad presunta.

C. De conformidad con los términos establecidos en la Política de asistencia financiera, excepto que resulte elegible para recibir Asistencia financiera presunta, deben cumplirse ciertos criterios para que un paciente cumpla los requisitos para obtener Asistencia financiera. En el presente Anexo, se actualizan dichos criterios de elegibilidad de la siguiente manera:

- El Ingreso familiar del paciente debe ser equivalente o inferior al 400 % del FPL.
- Aquellos pacientes cuyo Ingreso familiar sea equivalente o inferior al 200 % del FPL recibirán atención gratuita.
- Cualquier paciente cuyo Ingreso familiar esté entre el 201 % y el 300 % del FPL recibirá atención con descuento de hasta el 75 % del saldo de su cuenta para la EMCare que se le preste, una vez deducido el pago, si lo hubiera, por parte de uno o más terceros.
- Cualquier paciente cuyo Ingreso familiar esté entre el 301 % y el 350 % del FPL recibirá atención con descuento de hasta el 50 % o el AGB del centro hospitalario del saldo de su cuenta para la EMCare que se le preste, una vez deducido el pago, si lo hubiera, por parte de uno o más terceros.
- Todo paciente cuyos Ingresos familiares se encuentren entre el 351 % y el 400 % del FPL recibirá atención con descuento por un importe equivalente al mayor de

los siguientes: el 25 % o los AGB del Centro Hospitalario, aplicado al saldo de su cuenta por la EMCare proporcionada al paciente, una vez efectuado cualquier pago por parte de uno o más terceros, si lo hubiera.

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA, REEMBOLSOS Y EL PROCESO DE APELACIONES

- A.** Cuando la Solicitud de Asistencia Financiera sea completada por un residente del estado de Oregon, el paciente solo requerirá proporcionar los ingresos de su hogar y cualquier información sobre un tercero que pueda ser responsable de la totalidad o parte de los costos asociados con los servicios proporcionados por el Centro hospitalario. El suministro de información sobre los bienes del paciente será opcional y dicha información no se utilizará para negarle Asistencia financiera al paciente.
- B.** Si el Centro hospitalario determinó previamente, de manera incorrecta, que el paciente no calificaba para Asistencia financiera por los servicios con base en la información proporcionada por el paciente en el momento de la determinación incorrecta, el Centro hospitalario también deberá pagarle al paciente intereses sobre el monto de la Asistencia financiera a la tasa establecida por la Reserva Federal y cualquier otro costo razonable asociado, tales como los gastos y honorarios legales en los que incurra el paciente para obtener Asistencia financiera.
- C.** Si un Centro hospitalario rechaza la Solicitud de asistencia financiera de un paciente, ya sea en su totalidad o en parte, el Centro hospitalario le notificará al paciente de la denegación en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la determinación del Centro hospitalario. Los pacientes pueden apelar esa determinación de elegibilidad a través de una declaración escrita, entregada en persona, por correo electrónico o mediante el portal en línea del Centro hospitalario. El paciente puede solicitar una apelación de la determinación de elegibilidad en cualquier momento dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la recepción del aviso, o doscientos cuarenta (240) días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta, lo que ocurra más tarde. Además, el paciente puede solicitar una revisión por parte del director financiero del Centro hospitalario o de la persona designada por este. Es posible que se le solicite al paciente que proporcione documentación adicional para respaldar su apelación. Mientras la apelación esté pendiente, el Centro hospitalario suspenderá las actividades de cobranza y, si corresponde, notificará a las agencias de cobranzas para que también suspendan sus actividades de cobranza. El Centro hospitalario emitirá una determinación por escrito sobre la apelación en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de la reunión final de apelaciones o de la fecha de recepción de las correcciones relacionadas con las deficiencias de la solicitud, lo que ocurra más tarde. El Centro hospitalario también le notificará al paciente la fecha en la que se reanudarán las actividades de cobranza suspendidas.

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