

COMMONSPIRIT HEALTH ADENDO À POLÍTICA DE GOVERNANÇA**ADENDO Finanças G-003A-2****DATA DA VIGÊNCIA:** 8 de abril de 2026**ASSUNTO:** Assistência Financeira - Oregon**POLÍTICAS ASSOCIADAS**

Política de Governança da CommonSpirit

Finanças G-003, *Assistência Financeira*

Política de Governança da CommonSpirit

Finanças G-004, *Faturamento e Cobranças*

Este adendo do Oregon (Addendum) complementa a Política de Governança Financeira G-003 da CommonSpirit, *Assistência Financeira* (a Política de Assistência Financeira), conforme necessário, à luz e em conformidade com as leis e regulamentos do Oregon relativos à prestação de atendimento hospitalar beneficente, de acordo com a seção “Coordenação com outras leis” da Política de Assistência Financeira.

Este Adendo aplica-se a todas as Afiliadas Diretas da CommonSpirit Health e Subsidiárias isentas de impostos no estado do Oregon, como definido na Política de Assistência Financeira. Se qualquer disposição deste Adendo estiver em conflito ou inconsistente com qualquer disposição da Política de Assistência Financeira, este Adendo prevalecerá.

DEFINIÇÕES

- A. Período de Inscrição** significa o tempo fornecido aos pacientes pela Unidade Hospitalar da CommonSpirit para concluir a inscrição para a Assistência Financeira. O paciente pode solicitar Assistência Financeira a qualquer momento, até doze (12) meses após o paciente pagar pelos serviços prestados pela Unidade Hospitalar.
- B. Período de Qualificação para Elegibilidade** - Depois de enviar o Pedido de Assistência Financeira e documentos comprobatórios, os pacientes cuja elegibilidade for aprovada receberão assistência financeira para todas as contas elegíveis dentro do Período de Inscrição e, potencialmente, por um período de nove (9) meses a partir da data de determinação da Unidade Hospitalar, e o paciente não será obrigado a solicitar novamente a Assistência Financeira para os serviços prestados durante esse período de nove meses.
- C. A Renda Familiar** inclui a renda de todos os membros de uma família, seja uma pessoa solteira ou cônjuge, parceiros de união estável ou um pai/mãe e filho com menos de 18 anos de idade, vivendo juntos; e outras pessoas pelas quais essa pessoa, cônjuge, companheiro(a) ou pai/mãe seja financeiramente responsável, de acordo com a ORS 442.612 (6).

ELEGIBILIDADE PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

- A.** De acordo com a ORS 442.614, um paciente que se qualifique para receber Assistência Financeira terá acesso ao EMCare gratuitamente ou com desconto. Não é necessário

que um paciente solicite assistência médica, conforme definido na ORS 414.025, antes de ser avaliado para receber ou de lhe ser concedido assistência financeira.

B. As Unidades Hospitalares devem avaliar a elegibilidade de um paciente para assistência financeira presumida se o paciente:

- Não tiver seguro;
- Estiver inscrito no programa estadual de assistência médica; ou
- Tiver uma dívida com o hospital de US\$ 1.500 ou mais por um único atendimento hospitalar após a realização de todos os ajustes relativos ao seguro ou a terceiros pagadores, se for o caso.

Antes de cobrar do paciente, a Unidade Hospitalar deve fazer uma avaliação do paciente para elegibilidade à assistência financeira presumida e conceder qualquer auxílio ao qual o paciente tenha direito. Uma Unidade Hospitalar notificará o paciente quanto à sua avaliação para elegibilidade para a Assistência Financeira Presumida e fornecerá ao paciente informações sobre como solicitar a Assistência Financeira caso o paciente foi negado, ou como solicitar assistência financeira adicional além daquela que o paciente já tenha recebido anteriormente.

Uma Unidade Hospitalar pode usar os serviços de terceiros da Conifer, Breez Health, Waystar ou Experian, para avaliar e aproximar a renda doméstica e o tamanho da família de um paciente de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos neste Adendo. O processo de avaliação não causará nenhum impacto negativo na pontuação de crédito do paciente. Os pacientes não serão obrigados a fornecer qualquer documentação comprobatória separada como parte da avaliação para Assistência Financeira Presumida, mas eles podem fornecer tal documentação voluntariamente. Se o processo de avaliação não retornar informações sobre o paciente, ou especificar que a renda do paciente é desconhecida, a Unidade Hospitalar fará um esforço de boa fé para determinar o status de elegibilidade do paciente com base em outras informações disponíveis. Uma Unidade Hospitalar documentará os métodos usados para conduzir a avaliação de elegibilidade presumida.

C. De acordo com os termos da Política de Assistência Financeira, a menos que seja elegível para Assistência Financeira Presumida, determinados critérios de elegibilidade devem ser atendidos para que um paciente se qualifique para Assistência Financeira. Este Adendo atualiza tais critérios de elegibilidade com o seguinte:

- A renda familiar do paciente deve estar em ou abaixo de 400% do Nível Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL).
- Qualquer paciente cuja Renda Familiar seja igual ou inferior a 200% do FPL receberá cuidados gratuitos.
- Qualquer paciente cuja Renda Familiar esteja entre 201% a 300% do FPL receberá um atendimento com desconto de até 75% do saldo de sua conta pelos serviços da EMCare prestados ao paciente, após o pagamento, se houver, por parte de terceiros.
- Qualquer paciente cuja Renda Familiar esteja entre 301% a 350% do FPL receberá atendimento com desconto de até 50% ou o valor do AGB da Unidade Hospitalar, o que for maior, sobre o saldo em conta referente ao serviço EMCare prestado ao paciente, após o pagamento, se houver, por parte de terceiros.
- Qualquer paciente cuja renda familiar esteja entre 351% a 400% do FPL

receberá um atendimento com desconto de até 25% ou o valor do AGB da unidade hospitalar, o que for maior, sobre o saldo da conta referente aos serviços do EMCare prestados ao paciente, após o pagamento, se houver, por parte de terceiros.

COMO SOLICITAR ASSISTÊNCIA FINANCEIRA, REEMBOLSOS E O PROCESSO DE RECURSOS

- A.** Quando preenchido por um residente do estado de Oregon, a inscrição para a Assistência Financeira exigirá apenas que o paciente forneça sua renda familiar e as informações sobre terceiros que possam ser responsáveis por todos ou parte dos custos associados aos serviços prestados pela Unidade Hospitalar. O fornecimento de informações sobre os bens do paciente deve ser opcional e tais informações não serão usadas para negar a assistência financeira ao paciente.
- B.** Se a Unidade Hospitalar previamente determinou, incorretamente, que o paciente não estava qualificado para Assistência Financeira dos serviços, com base em informações fornecidas pelo paciente no momento da determinação incorreta, a Unidade Hospitalar deverá também pagar ao paciente juros sobre o valor da Assistência Financeira, à taxa estabelecida pelo Federal Reserve, bem como quaisquer outros custos razoáveis associados, tais como despesas e honorários advocatícios, incorridos pelo paciente para obter a Assistência Financeira.
- C.** Se uma Unidade Hospitalar indeferir o pedido do paciente para a Assistência Financeira, seja no todo ou em parte, a unidade hospitalar notificará o paciente da negativa no prazo de 10 (dez) dias úteis da determinação da unidade hospitalar. Os pacientes podem recorrer da determinação da elegibilidade por meio de uma declaração por escrito, apresentando-a de forma presencial, por e-mail ou pelo portal on-line da Unidade Hospitalar. O paciente pode solicitar um recurso da determinação de sua elegibilidade a qualquer momento no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias da notificação, ou 240 (duzentos e quarenta) dias após a data da primeira declaração de cobrança pós-alta, o que for mais tarde. Além disso, um paciente pode solicitar a revisão pelo Diretor Financeiro da Unidade Hospitalar ou seu responsável. O paciente deverá fornecer documentação comprobatória para dar suporte ao seu recurso. Durante a pendência de um recurso, a Unidade Hospitalar suspenderá as atividades de cobrança e, se aplicável, notificará quaisquer agências de cobrança para também suspendê-la. A Unidade Hospitalar emitirá uma determinação por escrito sobre o recurso no prazo de trinta (30) dias a partir da data da reunião final de recurso ou da data de recebimento das correções relativas às deficiências do pedido, o que ocorrer mais tarde. A Unidade Hospitalar também notificará o paciente sobre a data em que as atividades de cobrança suspensas serão retomadas.

Todos os demais termos estabelecidos na Política de Governança da CommonSpirit G-003, *Assistência Financeira*, permanecem inalterados.