

	SUJETO:	Política de asistencia financiera	POLÍTICA N.º: 960-FM-210
	DEPARTAMENTO:	Finanzas	VERSION NO: 16
	El propietario de la póliza:	Catherine White	FECHA DE VIGENCIA: 12/1/2014
	APROBADO POR:	Junta Directiva del Distrito de Salud del Condado de Harney	REVISADO: 1/1/2026

1. Política y propósito :

- 1.1. Harney Salud del condado El Distrito (el “Distrito”) se compromete a proporcionar asistencia financiera a mejorar acceso cuidar para pacientes quienes son incapaz a pagar para servicios de salud .
- 1.2. El La práctica del Distrito es a proporcionar emergencia o otro médicamente necesario cuidado,¹ Sin discriminación, a todo pacientes a pesar de todo de habilidad a pagar.
- 1.3. Un paciente es elegible para asistencia financiera bajo esta Política de Asistencia Financiera (Política) basada al Cumplir con ciertos ingresos elegibilidad criterios que son derivado de el Federal Pautas de pobreza (FPG) publicadas anualmente en el Boletín Federal Registro por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. (<http://aspe.hhs.gov/pautas-de-pobreza>).

En concreto, descuentos voluntad ser Residencia en ingreso y hogar/familia tamaño solo. El Distrito usos el Censo Oficina definiciones de cada:

- 1.3.1.Familia es definido como: un grupo de dos gente o más (uno de a quien es el cabeza de familia) relacionado por nacimiento, casamiento, o adopción y residiendo juntos; todos esa gente (incluida la subfamilia relacionada miembros) son considerado como miembros de una familia.
- 1.3.2.Ingreso incluye: ganancias, desempleo compensación, trabajadores compensación, Social Seguridad, Hecho suplementario Seguridad Ingreso, público asistencia, veteranos pagos, sobreviviente beneficios, pensión o jubilación ingreso, interés, dividendos rentas, regalías, ingreso de fincas, fideicomisos, educativo asistencia, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia desde afuera familiar, y otro misceláneas fuentes. Beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) hacer no contar.
- 1.4. Una escala móvil será usado a determinar descuentos Cuando la familia se adaptó bruto los ingresos son entre 200 y 400% de FPG. Asistencia financiera será se otorgará con base en los siguientes criterios de elegibilidad y porcentajes de descuento, los cuales se aplicarán como se describe inmediatamente debajo del cuadro:

Ingreso Bruto Familiar Ajustado como a Por	% Descuento de Total Paciente Responsabilidad a cuenta
---	---

¹Todas las referencias a “atención” en el resto de esta Póliza (así como en todos los Anexos) se interpretarán como limitadas a la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria.

	SUJETO:	Política de asistencia financiera	POLÍTICA N.º: 960-FM-210
	DEPARTAMENTO:	Finanzas	VERSION NO: 16
	<i>El propietario de la póliza:</i>	Catherine White	FECHA DE VIGENCIA: 12/1/2014
	APROBADO POR:	Junta Directiva del Distrito de Salud del Condado de Harney	REVISADO: 1/1/2026

0% - 200%	100%
201% - 300%	75%
301% - 350%	50%
351% - 400%	25%

- 1.5. Todo pacientes buscando atención médica servicios en El Distrito son seguro ellos voluntad ser servido a pesar de todo de habilidad a Pago. A nadie se le negará el acceso a los servicios por no poder pagar. Existe una escala de tarifas con descuento/descenso según el tamaño de la familia y los ingresos . Solicitudes para con descuento servicios puede ser hecho por un paciente, cualquier individuo que haya aceptado o esté obligado a aceptar la responsabilidad de la factura del paciente ("garante"), familiar miembros del paciente, social servicios personal o otros OMS son consciente de las dificultades financieras existentes .

2. Evaluación previa para determinar la elegibilidad presunta

- 2.1. De acuerdo con la Ley HB 3320 de Oregón, el Distrito realizará una preevaluación para determinar la elegibilidad presunta para asistencia financiera antes de enviar la primera factura por servicios a cualquier paciente sin seguro médico, inscrito en un programa estatal de asistencia médica o que deba al hospital \$500 o más después de todos los ajustes del seguro o de terceros pagadores. Esta preevaluación es independiente del proceso de solicitud de asistencia financiera que se describe a continuación y no impide que el paciente solicite asistencia financiera adicional. El proceso de preevaluación se basa en los estándares de elegibilidad para asistencia financiera mencionados anteriormente y en los estándares mínimos especificados por la ley de Oregón.
- 2.2. El proceso de preselección del Distrito consistirá en revisar los historiales clínicos de los pacientes y la información recopilada rutinariamente durante su registro para evaluar su presunta elegibilidad. Si dicha información no revela la presunta elegibilidad del paciente o indica que no cumple los requisitos para recibir asistencia financiera completa, el Distrito lo contactará telefónicamente para notificarle que puede proporcionar voluntariamente información que el Distrito utilizará para evaluar su presunta elegibilidad. Si un paciente solicitó y obtuvo asistencia financiera en los doce meses anteriores a la preselección, el Distrito le proporcionará asistencia financiera presunta por el monto de la asistencia financiera otorgada anteriormente.
- 2.3. El Distrito notificará por escrito a los pacientes que han sido preseleccionados y los resultados de dicha preselección, que pueden ser: presuntamente elegibles para asistencia financiera completa, presuntamente elegibles para asistencia financiera parcial, presuntamente denegada la asistencia financiera o imposibilidad de determinar la presunta elegibilidad. Si se aprueba la

	SUJETO:	Política de asistencia financiera	POLÍTICA N.º: 960-FM-210
	DEPARTAMENTO:	Finanzas	VERSION NO: 16
	<i>El propietario de la póliza:</i>	Catherine White	FECHA DE VIGENCIA: 12/1/2014
	APROBADO POR:	Junta Directiva del Distrito de Salud del Condado de Harney	REVISADO: 1/1/2026

asistencia financiera parcial, el Distrito le informará del descuento aprobado. Si el paciente no está de acuerdo con el descuento aprobado, se le denegó la presunta asistencia financiera o no se le proporcionó porque el Distrito no pudo determinar su presunta elegibilidad, puede comunicarse con Servicios Financieros para Pacientes y solicitar un formulario de Solicitud de Asistencia Financiera (formulario FAP). Consulte a continuación la información sobre el proceso de solicitud de asistencia financiera.

- 2.4. Cada caso de Asistencia Financiera de preselección aprobado tendrá una validez de 9 meses a partir de la fecha de obtención del FPL. Un paciente puede optar por no recibir una asignación de asistencia financiera presuntiva. Para ello, el paciente o su garante debe firmar el formulario de Exclusión del Descuento de la Ley HB 3320 de Oregón. El paciente o su garante pueden obtener este formulario de los Asesores Financieros para Pacientes.
- 2.5. Los residentes de otros estados serán preseleccionados para determinar su elegibilidad presunta; sin embargo, si califican para un descuento presuntivo, este no se aplicará. El Distrito les enviará una carta indicando que fueron preseleccionados, pero que se les denegó el descuento presuntivo. Los residentes de otros estados aún pueden solicitar Asistencia Financiera completando un formulario de solicitud del FAP y proporcionando la documentación requerida.

3. Proceso de solicitud de asistencia financiera

- 3.1. A ser considerado para asistencia financiera, a paciente y/o un garante ²del paciente debe enviar un completo Formulario de solicitud de FAP a la Distrito Paciente Servicios financieros Departamento con documentación de respaldo como delineado en el forma. El formulario de solicitud del FAP tal vez obtenido por correo por llamando al 541-573-8638; descargado de el Distrito web sitio en <http://www.harneydh.com/services/patient-financial-services/> ; o recogido en el Distrito Paciente Servicios financieros oficina, sala de emergencias o áreas de admisión. Por firmando el FAP formulario de solicitud, personas autorizar el Distrito acceso al confirmar los ingresos y el tamaño del hogar según lo divulgado en el formulario de solicitud.
- 3.2. Si se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, dicha asistencia financiera voluntad ser secundario a todo otro recursos financieros disponible a el paciente incluido el seguro, gobierno programas y terceros responsabilidad. Financiero asistencia cantidades son Residencia en del paciente total hogar/familia tamaño y familia ingreso y el del paciente cooperación en la solicitud de Seguro de enfermedad o otro tercero fiesta pago

²Todas las referencias a “paciente” en el resto de esta Póliza (así como en todos los Anexos) se interpretarán de forma que incluyan a los garantes, cuando corresponda.

	SUJETO:	Política de asistencia financiera	POLÍTICA N.º: 960-FM-210
	DEPARTAMENTO:	Finanzas	VERSION NO: 16
	<i>El propietario de la póliza:</i>	Catherine White	FECHA DE VIGENCIA: 12/1/2014
	APROBADO POR:	Junta Directiva del Distrito de Salud del Condado de Harney	REVISADO: 1/1/2026

opciones eso puede ser disponible hacia paciente.

- 3.3. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera dentro de los 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta por la atención brindada o hasta 12 meses después de que el paciente pague los servicios. Si un paciente solicita asistencia financiera después de haber pagado los servicios para los cuales calificó, el Distrito reembolsará el monto de la asistencia financiera para la cual calificó. Si el Distrito determinó previamente, incorrectamente, que el paciente no calificaba para la asistencia financiera por los servicios con base en la información proporcionada por el paciente en el momento de la determinación incorrecta, el Distrito también le pagará al paciente los intereses sobre el monto de la asistencia financiera a la tasa establecida por la Reserva Federal y cualquier otro costo razonable asociado en el que haya incurrido el paciente para obtener la asistencia financiera. Si el Distrito vendió la deuda del paciente a una agencia de cobranza o una agencia de cobranza autorizada para cobrar deudas en nombre del Distrito, el Distrito notificará a la agencia de cobranza que la deuda es inválida.
- 3.4. Al recibirlo del formulario de solicitud FAP completo, el Distrito notificará paciente de finanzas asistencia determinación dentro 21 calendario Días. Cuando se determine que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera por la atención para la cual presentó oportunamente un formulario FAP, el Distrito incluirá en el saldo restante del paciente cualquier suma ya pagada, si la hubiera. Consulte el Anexo A para obtener información sobre descuentos adicionales a la asistencia financiera.
- 3.5. Sin perjuicio del párrafo 3.4 anterior, ningún paciente elegible para asistencia financiera («paciente elegible para la FAP») será personalmente responsable de haber pagado o de pagar un monto superior al que el Distrito generalmente factura a las personas con seguro médico («AGB»). ³La determinación de elegibilidad de un paciente se aplicará prospectivamente durante los 12 meses posteriores a la fecha de su solicitud de la FAP. Si el paciente considera que su situación financiera ha cambiado y podría ser elegible para recibir mayor asistencia

³El 76,3 % refleja los montos que el Distrito generalmente factura a las personas que tienen seguro ("AGB"), que se determina dividiendo la suma de todos los montos de todos los reclamos de atención del Distrito que fueron permitidos por Medicare en su año fiscal que finalizó el 30 de junio de 2024, por la suma de los cargos brutos asociados para esos reclamos (es decir, utilizando el método de "retrospección" descrito en el Reglamento del Tesoro §1.501(r)-5(b) (3)).

Además de los descuentos y la limitación de los AGB descritos anteriormente, el importe neto total que un paciente elegible para la FAP deberá pagar personalmente al Distrito (es decir, después de aplicar todos los pagos de terceros) no podrá superar el 20% de sus ingresos familiares anuales en un año calendario. Es responsabilidad del paciente notificar al Distrito cuando el importe neto adeudado supere el 20% de sus ingresos brutos ajustados. Este mismo límite del 20% de los ingresos familiares anuales también se aplica a los pacientes que no son elegibles para la FAP. Véase el Anexo A.

	SUJETO:	Política de asistencia financiera	POLÍTICA N.º: 960-FM-210
	DEPARTAMENTO:	Finanzas	VERSION NO: 16
	<i>El propietario de la póliza:</i>	Catherine White	FECHA DE VIGENCIA: 12/1/2014
	APROBADO POR:	Junta Directiva del Distrito de Salud del Condado de Harney	REVISADO: 1/1/2026

financiera en virtud de esta Política, podrá presentar una nueva solicitud de la FAP.

- 3.6. Salvo la atención brindada en el Distrito por un proveedor descrito en el Anexo B, los descuentos descritos en esta Política se aplicarán a toda la atención de emergencia y demás atención médicamente necesaria brindada en el Distrito. Sin embargo, los descuentos no se aplicarán a servicios adquiridos y prestados fuera del Distrito, incluyendo análisis de laboratorio de referencia, medicamentos e interpretación de estudios de imagen por un radiólogo consultor.
- 3.7. Paciente neto cantidad pendiente después asistencia financiera El descuento es a ser pagado dentro 30 días de aviso de finanzas asistencia determinación.
- 3.8. Las acciones que el Distrito puede tomar en caso de falta de pago se describen en su política de Facturación y Cobros, la cual puede obtenerse como se describe en “Notificación” a continuación.
- 3.9. El Distrito puede conceder acuerdos de pago extendidos para responsabilidad del paciente después asistencia financiera se aplica a incluir mensual pagos de en el menos 5% de el original paciente responsabilidad, pero No menos de \$25 por mes y será documentado en el paciente cuenta. Todo extendido pago preparativos voluntad cumplir con el gobierno federal y estatal pautas y divulgaciones.

4. Proceso de apelaciones

- 4.1. Los pacientes que hayan presentado una solicitud de FAP y no estén de acuerdo con la decisión o el monto del descuento, o aquellos cuya solicitud de FAP haya sido denegada por documentación incompleta o faltante, pueden presentar una apelación. Todos los pacientes que hayan recibido un descuento parcial o una denegación recibirán una carta explicando el proceso de apelación. Para apelar, el paciente, o un tercero que actúe con su consentimiento y en nombre del paciente, debe presentar una carta por escrito al Director Financiero (CFO) del Distrito. ⁴El paciente tiene el plazo restante de 240 días para solicitar la FAP o 45 días calendario a partir de la fecha en que se le notificó la determinación de asistencia financiera, lo que sea mayor, para solicitar la apelación o corregir las deficiencias en la solicitud de FAP (si la FAP fue denegada por ese motivo). La apelación debe explicar por qué el paciente cree que el monto del descuento o la denegación de la asistencia financiera son inexactos. El paciente también puede incluir cualquier documentación que no se haya adjuntado a la solicitud de FAP para respaldar

⁴Un tercero que actúe con el consentimiento y en nombre del paciente para tomar medidas sobre la solicitud del paciente y/o representar al paciente en la apelación debe proporcionar documentación escrita del consentimiento del paciente.

	SUJETO:	Política de asistencia financiera	POLÍTICA N.º: 960-FM-210
	DEPARTAMENTO:	Finanzas	VERSION NO: 16
	<i>El propietario de la póliza:</i>	Catherine White	FECHA DE VIGENCIA: 12/1/2014
	APROBADO POR:	Junta Directiva del Distrito de Salud del Condado de Harney	REVISADO: 1/1/2026

la apelación. Si el CFO determina que el paciente debe proporcionar información adicional, este tendrá 45 días a partir de la fecha en que el CFO le informe que debe proporcionar información adicional para proporcionar la información solicitada. El Distrito suspenderá todas las gestiones de cobro hasta que el CFO emita una decisión sobre la apelación y notifique al paciente que dichas gestiones han sido suspendidas.

- 4.2. El Director Financiero revisará la apelación y la documentación de respaldo, junto con el formulario original de solicitud de FAP, dentro de los 21 días siguientes a su recepción. El Director Financiero responderá por escrito informando al paciente sobre su decisión. Si la apelación del paciente confirma la decisión del Distrito sobre la solicitud de FAP, este incluirá en su notificación escrita la fecha en que se reanudarán las actividades de cobro suspendidas, si las hubiera.
- 4.3. La decisión del Director Financiero será definitiva y no se aceptarán más apelaciones. Cada paciente tiene derecho a una apelación por solicitud. Un paciente que haya tomado medidas correctivas en una solicitud de FAP que se haya determinado que presenta deficiencias puede presentar una apelación si la solicitud es posteriormente denegada por no cumplir con los criterios de elegibilidad de FAP del hospital.

5. Notificación :

- 5.1. Esta Política, junto con un resumen en lenguaje sencillo de su contenido y el formulario de solicitud del FAP, así como Harney Salud del condado La Política de Facturación y Cobro del Distrito se publicará en la página web del Distrito:
<http://www.harneydh.com/services/patient-financial-services/>. Además, se proporcionarán copias impresas de estos documentos, previa solicitud, por correo postal y en la sala de urgencias y las áreas de admisión del hospital, así como en la oficina de Servicios Financieros para Pacientes. Todos estos documentos están disponibles en español. El Distrito también notificará . Pacientes sobre su Política por Publicar notificaciones en los estados de cuenta de los pacientes y en la sala de emergencias del hospital y en las áreas de admisiones, que informarán a los pacientes sobre dichos avisos. el disponibilidad de asistencia financiera. El Distrito también ofrecerá a los pacientes una copia impresa del resumen en lenguaje sencillo de esta FAP como parte de su proceso de admisión. Finalmente, el Distrito publicará un anuncio en un periódico local al menos dos veces al año para informar a la comunidad sobre la disponibilidad de asistencia financiera .

Referencias:

ORS 442.601-442.630