

Política de asistencia financiera del Osceola Regional Health Center

Fin:

Esta política se establece para proporcionar el marco dentro del que el Osceola Regional Health Center brindará asistencia financiera.

Definiciones:

Importes generalmente facturados: importe promedio que se factura a una persona que cuenta con un seguro que cubre su atención médica de emergencia y otra atención necesaria por motivos médicos. Este “límite de importes generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB)” se calcula como se explica en esta política.

Ingresos totales: ingresos totales estimados de una persona y de todos los adultos trabajadores que residen con ella. Los ingresos totales estimados se basan en los ingresos totales de la declaración de impuestos más reciente de una persona o en los ingresos anualizados calculados a partir de sus dos recibos de sueldo más recientes. Si esas dos fuentes tienen una gran diferencia, se usarán los recibos de sueldo para determinar los ingresos totales. El Hospital se reserva el derecho de adaptar este cálculo si consigue pruebas de que los ingresos actuales y futuros de una persona difieren en gran medida de los que figuran en esos documentos.

- (a) En el caso de un trabajador que tenga un empleador, se trata del importe consignado en la línea 9 del formulario 1040.
- (b) En el caso de un agricultor, los ingresos son los ingresos totales que figuran en la línea 9 del formulario 1040 más toda depreciación declarada en el anexo F de dicho formulario.
- (c) En el caso de un trabajador autónomo, los ingresos son los ingresos totales de la línea 9 del formulario 1040 más toda depreciación declarada en el anexo C de dicho formulario.

Atención médica de emergencia: tratamiento de una afección médica de emergencia, definida en la sección 1867(e)(1) de la Ley de Seguro Social como “una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que puedan esperarse de manera razonable los siguientes resultados en caso de que no se trate de inmediato:

- (a) Se ponga en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto).
- (b) Cause un deterioro grave de las funciones corporales.
- (c) Cause una disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo.

Además, en el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones, puede esperarse lo siguiente:

- (a) Que no haya tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto.
- (b) Que el traslado pueda suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto”.

Atención necesaria por motivos médicos: todos los procedimientos que ofrece el Hospital se consideran necesarios por motivos médicos, aunque no considera los siguientes como tales: masajes, afiliaciones de bienestar, procedimientos optativos, atención domiciliaria y cuidados de relevo.

Política:

Con el fin de calificar para la asistencia financiera, la persona debe tener bajos ingresos. En los criterios del Hospital para la asistencia financiera, se seguirán las Guías Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) emitidas por el gobierno de los Estados Unidos.

Consulte la Guías Federales de Pobreza vigentes en el anexo A. El anexo A se actualizará, como mínimo, una vez al año para mantener su exactitud.

- Si los ingresos totales de una persona son inferiores o iguales al 100 % de lo expuesto en las Guías Federales de Pobreza, la persona calificará para el 100 % de la asistencia financiera. La obligación restante de la persona será de \$0.
- Si los ingresos totales de una persona son superiores al 100 % pero inferiores al 200 % de lo expuesto en las Guías Federales de Pobreza, la persona calificará para la asistencia financiera parcial, es decir, el 50 %.
- Si los ingresos totales de una persona son superiores al 200 % de lo expuesto en las FPG, la persona no calificará para la asistencia financiera.

Si la persona posee vehículos recreativos en su hogar que no tienen un fin comercial, se le puede exigir que los venda para pagar la obligación médica que tiene con el Hospital antes de que pueda calificar para la asistencia financiera. Entre los vehículos recreativos se incluyen, entre otros, autocaravanas, vehículos todo terreno, motos de nieve, motocicletas, embarcaciones y motos acuáticas. El Hospital puede exigir pruebas de un fin comercial válido de cada vehículo recreativo. No obstante, no exigirá que se venda un vehículo recreativo si las deudas pendientes de este son superiores a su valor justo de mercado.

Todos los gastos hospitalarios relacionados con afecciones médicas de emergencia y otra atención necesaria por motivos médicos califican para la asistencia financiera. El descuento de la asistencia financiera se aplicará a la responsabilidad individual después de todos los pagos del seguro. Si desea obtener más información sobre los proveedores que califican para la asistencia financiera en virtud de esta política, consulte el anexo B. El anexo B se actualizará, como mínimo, cada tres meses para mantener su exactitud.

Para que las solicitudes de asistencia financiera se consideren completas, deben incluir todos los documentos que figuran a continuación.

1. Solicitud de asistencia financiera completada y firmada
2. Último formulario 1040, 1040A o 1040-EZ presentado
3. Los últimos dos recibos de sueldo, si procede
4. Verificación del valor de los bienes
5. Verificación de los importes de las deudas corrientes
6. Constancia de que no califica para un préstamo bancario

El paciente, un avalista o cualquier persona que actúe en nombre del paciente o avalista puede presentar las solicitudes de asistencia financiera. El Hospital no usa información de terceros para hacer determinaciones presuntas de si se cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera.

Las solicitudes de asistencia financiera completadas y demás documentos deben presentarse ante los Servicios Financieros para Pacientes. Los métodos de presentación que aceptamos son los siguientes:

- Correo postal: "Osceola Regional Health Center, Attn: Business Office, PO Box 258, 600 9th Ave N., Sibley, IA 51249"
- Entrega en persona: Osceola Regional Health Center Business Office, 600 9th Ave North, Sibley, IA 51249
- Fax: "Attention: Business Office", (712) 754-3782

Si el Hospital tiene motivos para creer que la información de la solicitud de asistencia financiera no es confiable ni correcta, o que la información se obtuvo bajo coacción o mediante el uso de prácticas coercitivas, considerará que la solicitud está incompleta. En caso de que esto suceda, el Hospital proporcionará a la persona una explicación por escrito de por qué ha tomado esta decisión.

El Hospital determinará, de manera presunta, que una persona califica para recibir el 100 % de la asistencia financiera si el Hospital o su agente obtienen pruebas de alguna de las siguientes situaciones. Si, de manera presunta, se determina que una persona califica, el Hospital le enviará un aviso por escrito en el que le informará que se le ha condonado la obligación y que no debe efectuar más pagos.

- Personas sin hogar o que reciben atención en un centro médico para personas sin hogar.
- Personas sin ingresos.
- Personas que participan en el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC).
- Personas que califican para cupones de alimentos.
- Personas que participan en un programa de comedor escolar subvencionado.
- Personas que califican para otros programas estatales o locales de asistencia que no tienen financiación, como Medicaid con deducible.
- Personas cuyos familiares o amigos aportan información en la que se establece que no pueden efectuar los pagos.
- Se proporciona la dirección válida de una vivienda para personas de bajos ingresos o una vivienda subvencionada.
- Pacientes fallecidos sin sucesión conocida.
- Pacientes/otorgantes presos, sin bienes y que no califican para la libertad condicional en los próximos 18 meses.

El Director Financiero o el Administrador aprobará o denegará la solicitud en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud completada. El Hospital aceptará las solicitudes de asistencia financiera para los casos específicos de atención médica durante 240 días después de que se envíe a una persona el primer extracto de facturación posterior al alta.

Si el paciente no califica para la asistencia financiera, se le enviará una carta en la que se le indicará que no ha calificado según las directrices del Hospital y se le explicarán los motivos de la denegación.

Si una persona califica para un descuento de asistencia financiera inferior al 100 %, el Hospital le proporcionará un extracto de facturación actualizado en el que se indicará el importe restante que debe, la manera en que se ha determinado dicho importe y la forma de obtener información sobre su límite de AGB.

A las personas que califican para la asistencia financiera no se les exigirá que paguen más por afecciones médicas de emergencia ni por otra atención necesaria por motivos médicos que los importes generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención (el “límite de AGB”). Con el fin de calcular este límite de AGB para un paciente, el Hospital usará el método de actualización e incluirá a las personas con cobertura de Medicare y Medicaid, así como a todos los pagadores comerciales. El límite de AGB se calculará todos los años. Para hacerlo, se tomará el período de 12 meses comprendido entre el 1 de julio y el 30 de junio, y se aplicará a más tardar el 1 de julio. Consulte el límite de AGB más vigente en el anexo C.

El Hospital puede exigir el copago de un procedimiento médico que no es de emergencia antes de recibir la atención. No obstante, en ningún caso este pago previo superará el límite de AGB de la atención.

El Hospital cuenta con una política independiente de facturación y cobros. En esta política, se incluyen las medidas que el Hospital puede tomar en caso de que una persona que haya calificado para la asistencia financiera no pague las obligaciones restantes adeudadas. Quienes quieran obtener ejemplares de esta política pueden hacerlo mediante los mismos métodos por los que se puede acceder a esta política de asistencia financiera, tal y como se indica aquí.

Las personas que tengan preguntas sobre la asistencia financiera o deseen obtener ayuda con el proceso de solicitud pueden comunicarse con la Oficina Comercial del Osceola Regional Health Center, que se encuentra en 600 9th Ave North, Sibley, IA 51249, 712-754-2574.

El Hospital usará los siguientes métodos para informar al público sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

- El Hospital colocará carteles públicos bien visibles que informen a los pacientes sobre el programa de asistencia financiera. Esos carteles se encontrarán en la sala de emergencias y en todas las áreas de admisión, e incluirán la siguiente información.
 - a. La asistencia financiera se ofrece en virtud de la política de asistencia financiera del Hospital.
 - b. Información sobre cómo o dónde averiguar acerca de la política de asistencia financiera y del proceso de solicitud.
 - c. Información sobre cómo o dónde obtener ejemplares de esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera.
- El Hospital ofrecerá un ejemplar en papel del resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera a todos los pacientes como parte del proceso de admisión o alta.
- El Hospital incluirá la siguiente información en todos los extractos de facturación.

- a. La asistencia financiera se ofrece en virtud de la política de asistencia financiera del Hospital.
- b. El número de teléfono de una oficina o departamento del Hospital que pueda facilitar información sobre la política y el proceso de asistencia financiera.
- c. La dirección directa del sitio web (URL) en la que se encuentran esta política de ayuda financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de ayuda financiera y la solicitud de ayuda financiera

El aviso escrito en los extractos de facturación se colocará en un lugar visible y tendrá un tamaño suficiente para que se lea bien.

- Esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera se encontrarán en todo momento en el sitio web del Hospital.
- Los ejemplares en papel de esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera podrán pedirse de forma gratuita por correo, en la sala de emergencias del hospital y en todas las áreas de admisión.
- El Hospital hará todos los esfuerzos razonables para notificar e informar a los miembros de la comunidad sobre esta política de asistencia financiera de una manera que se calcule de manera razonable que llegará a aquellas personas que tengan más probabilidades de necesitar dicha asistencia.
- Si alguna población con conocimientos limitados de inglés comprende más del 5 % de la población de la comunidad del Hospital o más de 1,000 personas, todos los métodos de comunicación descritos en esta política se seguirán también en el idioma principal de dicha población.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 1/28/2026

Formulario: Solicitud de ayuda financiera

Anexo A

Guías Federales de Pobreza

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos publica todos los años las Guías Federales de Pobreza ("FPG") en el Registro Federal. Esta información puede consultarse en línea en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Esta tabla corresponde al año calendario 2026

Tamaño de la familia	100 % de las FPG	200 % de las FPG
1 vez	\$15,960	\$31,920
2	\$21,640	\$43,280
3	\$27,320	\$54,640
4	\$33,000	\$66,000
5	\$38,680	\$77,360
6	\$44,360	\$88,720
7	\$50,040	\$100,080
8	\$55,720	\$111,440
Para cada persona adicional, agregue:	\$5,680	\$11,360

Última actualización: [01/28/2026]

Actualizado por: [Rhonda Weg]

Anexo B

Proveedores que trabajan en el Osceola Regional Health Center

En general, los gastos de servicios médicos para un paciente pueden clasificarse en honorarios de hospital u honorarios de proveedor. Todos los honorarios de hospital por atención médica de emergencia y otra atención necesaria por motivos médicos pueden calificar para la asistencia financiera en virtud de esta política. No obstante, eso no ocurre con todos los honorarios de proveedor.

La siguiente información se facilita con el fin de ayudar al público a comprender qué honorarios de proveedor pueden calificar para la asistencia financiera en virtud de esta política. Si esta información no está clara, puede comunicarse con la Oficina Comercial del Osceola Regional Health Center al 712-754-2574.

Por “proveedor”, el Hospital se refiere a los médicos o personas con calificaciones similares. Los proveedores no incluyen enfermeros ni técnicos.

Los siguientes proveedores no califican para la asistencia financiera en virtud de esta política.

- Avera Medical Group Sibley
- Osceola County Ambulance
- Dr. Braaksma
- Heath Reinke
(consultorio del Dr. Braaksma)
- Dr. Jorgensen
- Dr. In't Veld
- Dr. Espelund
- Dr. Bellezza
- Nicole Cotton
(consultorio del Dr. Bellezza)
- Amanda Ten Napel
- Samantha Sheffield
- Dr. Rierson

Los proveedores que no figuren en esta lista califican para la asistencia financiera en virtud de esta política. Última actualización: 28 de enero de 2026

Actualizado por: Rhonda Weg

Aprobado por: Andrea Johnson, CFO

Anexo C

Cálculo de los importes generalmente facturados

A las personas que califican para la asistencia financiera no se les exigirá que paguen más por afecciones médicas de emergencia ni por otra atención necesaria por motivos médicos que los importes generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención (el “límite de AGB”).

El Hospital usa el método de actualización definido en la Reg. 1.501(r)-5(b)(3) para calcular el importe generalmente facturado (“AGB”) a las personas que tienen un seguro que cubre la atención necesaria por motivos médicos. No se exigirá a las personas que califiquen para la asistencia financiera en virtud de esta política que paguen más de los importes generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.

El Hospital calcula un único límite de AGB con el fin de aplicarlo a todas las personas que califican para la asistencia financiera. En la actualidad, el límite de AGB en vigor es del 54.42%, basado en un descuento promedio del 45.58%.

El límite de AGB se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Reclamaciones totales permitidas y otros pagos}}{\text{Cargos brutos}}$$

En el cálculo del AGB, las “reclamaciones totales permitidas” son aquellas reclamaciones que ha presentado el Hospital y que se han abonado mediante las Partes A y B de Medicare, Medicaid y todas las aseguradoras privadas de atención médica durante el período de 12 meses comprendido entre el 1 de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025. El Hospital usa en este cálculo todas las reclamaciones de atención médica, en lugar de solo las autorizadas para emergencia y otros servicios médicos hospitalarios adecuados.

Los “otros pagos” son los copagos, coseguros, deducibles y cualquier otro pago efectuado en relación con una reclamación incluida en las reclamaciones totales permitidas.

Los “cargos brutos” son los cargos totales de los servicios para aquellas reclamaciones incluidas en las reclamaciones totales permitidas.

Última actualización: 28 de enero de 2026

Actualizado por: Rhonda Weg

Aprobado por: Andrea Johnson, CFO