

Ortonville - Ortonville Area Health Services: Operaciones:	Programa de Asistencia Financiera APROBADO POR: CFO
FECHA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN: 07/29/2026	FORMULADO POR: GERENTE DE SEGUROS Y FACTURACIÓN

ORTONVILLE AREA HEALTH SERVICES

Política del Programa de Asistencia Financiera

Versión en español

1. Propósito y alcance

OAHS proporciona atención de emergencia y atención médicamente necesaria a los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Este Programa de Asistencia Financiera (FAP) pone a disposición atención gratuita o con descuento para pacientes elegibles. Esta Política se aplica a todos los servicios hospitalarios y de clínicas proveedor-basadas de OAHS que un proveedor acreditado por OAHS determine como médicamente necesarios. No se aplica a servicios puramente cosméticos o claramente electivos.

Esta Política está redactada para cumplir con Minn. Stat. §§ 144.587–.589, § 62J.806, la Ley de Equidad de Deuda de Minnesota, el Acuerdo de Hospitales del Procurador General de Minnesota y el IRS § 501(r).

2. Términos clave

FAP — Programa de Asistencia Financiera de OAHS, que proporciona atención gratuita o con descuento a pacientes elegibles.

FPL — Pautas del Nivel Federal de Pobreza, actualizadas cada enero por HHS.

AGB (Montos Generalmente Facturados) — El cargo máximo por atención de emergencia o médicamente necesaria para una persona elegible para FAP o un paciente sin seguro con ingreso familiar inferior a \$125,000. Calculado principalmente conforme a Minn. Stat. § 144.589 (reembolso más bajo de terceros no gubernamentales). Véase la Sección 3.

MEA (Asignación Mínima de Equidad) — El umbral de activos por debajo del cual los activos líquidos contables no reducen el descuento del paciente. Véase la Sección 4.

Período de solicitud — Los 240 días posteriores al primer estado de cuenta de facturación posterior al alta del paciente, durante los cuales el paciente puede solicitar o volver a solicitar FAP.

Elegibilidad presunta — Una vía para aplicar un descuento FAP sin una solicitud completa cuando el paciente presenta documentación calificada. Véase la Sección 5.

TPPP (Programa de pago para pacientes de terceros) — Un programa opcional de pago de terceros que OAHS puede ofrecer a los pacientes conforme a un acuerdo escrito con un proveedor, regido por Minnesota, para resolver un saldo residual. Regido por la Política de Cobros de OAHS. No hay TPPP vigente a la fecha efectiva de esta Política.

3. Elegibilidad: niveles de ingreso y límite AGB

La elegibilidad se basa en el ingreso del hogar (esta Sección) y la prueba de activos (Sección 4). Los montos específicos en dólares por tamaño del hogar se actualizan cada enero en las Pautas FAP.

Ingreso del hogar vs. FPL	Descuento FAP	Qué hace PFS
≤ 200% FPL	100% (caridad completa)	Da de baja el saldo
201–250% FPL	75% del saldo restante	Aplica descuento
251–300% FPL	50% del saldo restante	Aplica descuento
301–350% FPL	25% del saldo restante	Aplica descuento
> 350% FPL, sin seguro, hogar < \$125K	Se aplica límite AGB	Limita los cargos totales al AGB
> 350% FPL, adecuadamente asegurado	Generalmente no elegible para FAP	Ofrece plan de pago / pronto pago

Límite AGB: quién está cubierto. Conforme a Minn. Stat. § 144.589 e IRS § 501(r)-5, OAHS limita los cargos totales por atención de emergencia o médicamente necesaria al AGB para: (1) cualquier persona elegible para FAP, incluidos pacientes asegurados inscritos en planes con deducible alto una vez determinada la elegibilidad FAP, y (2) cualquier paciente sin seguro con ingreso familiar inferior a \$125,000. PFS aplica automáticamente el límite AGB; no se requiere formulario separado del paciente.

Límite AGB: cómo se calcula. AGB se define como el monto total MÁS BAJO que OAHS habría recibido como reembolso (pago del asegurador más responsabilidad del paciente) por el mismo servicio de emergencia o médicamente necesario de un pagador externo no gubernamental durante los 12 meses anteriores. Este es el cálculo AGB que utiliza OAHS.

El límite AGB se combina con cualquier descuento FAP para el cual el paciente califique; controla el resultado que produzca el saldo más bajo para el paciente.

4. Prueba de activos: Asignación Mínima de Equidad (MEA)

La prueba de activos nunca elimina la elegibilidad para FAP; solo reduce el nivel de descuento cuando un paciente tiene activos líquidos excedentes. Los activos contables incluyen cuentas de cheques, ahorros, certificados de depósito, mercado monetario y cuentas de inversión no jubilatorias.

Umbral MEA	Monto (más un vehículo de cualquier valor)
Solicitante individual	\$25,000
Hogar de dos personas	\$40,000
Cada miembro adicional del hogar	+\$5,000

Activos excluidos:

- Residencia principal (vivienda familiar).
- Cuentas de jubilación calificadas (401(k), 403(b), IRA, pensión).
- Vehículos utilizados para necesidades médicas/de movilidad o trabajo.
- Efectos personales, bienes del hogar y artículos protegidos bajo Minn. Stat. § 550.37.

Cómo PFS aplica la prueba de activos:

- Activos contables iguales o inferiores al MEA → sin ajuste; el paciente recibe el nivel completo basado en ingresos.
- Activos contables entre 1.0x y 2.0x MEA → reduce el nivel de descuento en un nivel.
- Activos contables superiores a 2.0x MEA → reduce el nivel de descuento en dos niveles.
- Piso: ningún paciente elegible para FAP recibe menos de un descuento del 25%, independientemente de los activos.

La verificación se limita a lo que sea razonablemente necesario. No requiera documentación duplicada que el paciente ya haya proporcionado.

5. Elegibilidad presunta: manual, basada en documentos

OAHS no utiliza herramientas automatizadas de evaluación, software de propensión de pago ni un proveedor externo. PFS realiza las determinaciones presuntas manualmente, con base en la documentación que presenta el paciente o garante.

Aplique un descuento FAP del 100% sin una solicitud completa cuando el paciente presente documentación vigente de cualquiera de los siguientes:

- Inscripción en Medical Assistance (MA), MinnesotaCare o cualquier otro programa Medicaid (tarjeta o carta de elegibilidad válida a la fecha del servicio, o emitida dentro de los 12 meses anteriores a la fecha del servicio).
- Falta de vivienda autoinformada o vivienda en refugio (documentado en la nota de admisión).
- Paciente fallecido sin patrimonio y sin garante responsable (certificado de defunción o aviso escrito del albacea/familiar más cercano).
- Aprobación FAP previa de OAHS dentro de los últimos 12 meses, siempre que las circunstancias del paciente no hayan cambiado materialmente. Para este propósito, "cambio material" significa cualquiera de los siguientes desde la determinación previa: (i) un aumento del ingreso familiar de más del 20%, (ii) nueva inscripción en un plan de salud que proporciona cobertura adecuada para los servicios en cuestión, (iii) un cambio en la composición del hogar que afecte el tamaño familiar (matrimonio, divorcio o estado de dependiente), o (iv) recepción de un pago global o adquisición de activos que colocaría al hogar por encima del MEA bajo la Sección 4.

Descuento aplicado. Los pacientes presuntamente elegibles reciben un descuento FAP del 100% (baja total por caridad) sobre los cargos de OAHS. Si un paciente presuntamente elegible presenta posteriormente una solicitud completa de ingresos y activos que produciría un descuento menor, la determinación presunta controla; OAHS no reduce una aprobación de elegibilidad presunta con base en una solicitud posterior.

Documentación. Registre en EPIC: tipo de descuento (FAP/AGB), porcentaje aplicado, nombre del aprobador, fecha de aprobación y fecha de aplicación.

OAHS no participa en el programa de Elegibilidad Presunta Hospitalaria (HPE) del DHS de Minnesota bajo Minn. Stat. § 256B.057, subd. 12. Nada en esta Sección constituye una determinación HPE ni una decisión de inscripción en MA. Remita a los pacientes que parezcan elegibles para MA/MinnesotaCare a un navegador certificado por MNsure o a un Consejero de Solicitud Certificado (Sección 7).

6. Cómo solicitar

- OAHS utiliza una Solicitud de Asistencia Financiera de una página, disponible en Registro, en oahs.us y referenciada en cada estado de cuenta de facturación.
- Los pacientes pueden solicitar en cualquier momento durante el Período de solicitud de 240 días. Las solicitudes posteriores aún se revisan por buena causa (enfermedad, fallecimiento en la familia, barrera del idioma, etc.).
- Cualquiera de los siguientes es suficiente para verificar el ingreso del hogar: la declaración federal de impuestos más reciente, los dos talones de pago más recientes, carta de beneficios del SSA, carta de beneficios de desempleo o prueba de inscripción en un programa público calificado.
- Para la verificación de activos, proporcione los DOS estados de cuenta de cheques y/o ahorros más recientes y el estado de cuenta de inversión no jubilatoria más reciente, si corresponde.
- PFS puede ayudar al paciente a completar la solicitud por teléfono, en persona o por correo electrónico seguro.

7. Remisiones a otros programas de cobertura

Si un paciente parece potencialmente elegible para MA, MinnesotaCare, créditos fiscales para primas u otro programa de cobertura, ofrezca una remisión a un navegador certificado por MNsure o a un Consejero de Solicitud Certificado. No requiera que un paciente solicite un programa para el cual sea categóricamente inelegible o del cual se le haya denegado en los 12 meses anteriores. La negativa a solicitar dicho programa no anula la elegibilidad FAP.

8. Decisiones, aviso y apelaciones

- Decisión escrita dentro de los 30 días de una solicitud completa, especificando el nivel de ingresos aplicado, cualquier ajuste por nivel de activos, el porcentaje de descuento, las cuentas cubiertas y los derechos de apelación.
- Un descuento FAP aprobado se aplica a TODAS las cuentas elegibles de OAHS dentro del Período de solicitud actual de 240 días, no solo a la cuenta que originó la solicitud.
- Todas las decisiones son tomadas por el CFO o su designado y documentadas en EPIC.
- Después de emitida la decisión escrita, PFS presenta al paciente las opciones de saldo residual bajo la Política de Cobros (descuento de liquidación por pronto pago o plan de pago razonable).
- Apelaciones: el paciente presenta una solicitud escrita al CFO dentro de los 30 días de la carta de decisión.
- Revisada por un panel del CFO más un revisor independiente (Oficial de Cumplimiento u otro designado no involucrado en la decisión original).
- Decisión escrita de apelación dentro de los 30 días de recibida. Toda actividad de cobro se suspende mientras la apelación esté pendiente.
- Los pacientes también conservan el derecho de comunicarse con la Oficina del Procurador General de Minnesota respecto de cualquier decisión.

9. Protecciones para pacientes

- OAHS no negará atención médicamente necesaria debido a deuda médica pendiente (Minn. Stat. § 62J.806).
- La deuda médica no se reportará a ninguna agencia de informes del consumidor (Ley de Equidad de Deuda de Minnesota).
- No se agregarán intereses, cargos por mora u otros cargos a la deuda médica (Ley de Equidad de Deuda de Minnesota).
- La deuda médica no se transferirá automáticamente al cónyuge de un paciente (Minn. Stat. § 519.05 según enmendado).
- Las prácticas operativas de cobro, las restricciones de ECA y la secuencia de descuentos se rigen por la Política de Cobros de OAHS.

10. Aviso público y no discriminación

- Esta Política, la Solicitud FAP y el Resumen en lenguaje sencillo se publican en www.oahs.us y se proporcionan gratuitamente previa solicitud.
- El aviso FAP en lenguaje sencillo se incluye en cada estado de cuenta de facturación.
- La señalización que describe el FAP se publica en la sala de espera del Departamento de Emergencias, Registro de Pacientes y la oficina de PFS.
- Los documentos están disponibles en inglés y en cualquier idioma hablado como idioma principal por el 5% o 1,000 personas (lo que sea menor) del área de servicio de OAHS.
- Copias impresas disponibles previa solicitud: 320-839-4096 o pfs@oahs.us.
- A ningún solicitante se le niega asistencia por motivos de raza, color, credo, religión, origen nacional, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, discapacidad, edad, estado familiar, estado de asistencia pública o capacidad de pago.

11. Revisión de la política

- Revisada al menos anualmente por el CFO y el Supervisor de PFS.
- Los montos en dólares de los niveles de ingreso se actualizan cada enero con las nuevas pautas FPL.
- El cálculo AGB se actualiza cada año calendario para el cálculo § 144.589. La hoja de cálculo AGB es mantenida por CFO/PFS.