



Children's Hospital Colorado

Affiliated with
University of Colorado
Anschutz Medical Campus

MANUAL/DEPARTAMENTO	Manual administrativo
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO	Sarah Irons (Mgr Patient Access Services)
FECHA DE INICIO:	12/01/2015
ÚLTIMA FECHA DE REVISIÓN	05/11/2023
APROBADO POR	Jeffrey Harrington (SVP Chief Financial Officer)

POLÍTICA: Financial Assistance Policy (FAP) - Public Policy (HDC) Página 1 de 10

OBJETIVO

1. Definir la elegibilidad de los pacientes para recibir para la Asistencia Financiera del Children's Hospital Colorado (CHCO), incluida la Atención Hospitalaria con Descuento (HDC) y el Programa de Atención para Indigentes de Colorado (CICP).
2. Estandarizar el proceso con el fin de determinar la capacidad que tiene un paciente o una familia para pagar los servicios, y que CHCO pueda cobrar los pagos correspondientes a los pacientes y las familias según cumplan con los requisitos y se adhieran a las Pautas Federales del índice de pobreza.
3. Definir la política de facturación y el cobro de dinero a los pacientes o las familias que pagan por su atención médica, así como asegurarse de que el CHCO tenga una forma razonable de cobrar los pagos adeudados.

ALCANCE

Children's Hospital Colorado (CHCO) – Todos los centros

PERSONAL

Todos los miembros del equipo de CHCO en todos los centros de CHCO y todos los pacientes que se atiendan en cualquiera de los centros del CHCO.

DEFINICIONES

<i>Montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés)</i>	Son los montos que generalmente se facturan por la Atención de Emergencia u otra atención Médicamente Necesaria a los individuos cuyo seguro cubre tal atención. El CHCO utiliza el método "retrospectivo" en función de los reclamos pasados reales que Medicare pagó al centro hospitalario, y utilizando una tarifa para los servicios junto con todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamos al centro hospitalario (como, en cada caso, cualquier porción relacionada con estos reclamos que pagaron los beneficiarios de Medicare o las personas aseguradas). El CHCO calcula un porcentaje de los AGB para cada centro y utiliza el porcentaje más bajo para todos los centros. El porcentaje del AGB se revisa y se actualiza cada año en abril.
<i>Deuda incobrable</i>	Es una cuenta por cobrar que se adeuda por los servicios prestados a un paciente y se considera incobrable, después de haber hecho los esfuerzos razonables de cobro y con una antigüedad de al menos 120 días a partir de la fecha en que CHCO entregó la primera factura posterior al alta por la atención, de acuerdo con los requisitos de la sección 501(r) del IRS.
<i>Asistencia de Caridad, lo que también se conoce como Atención Hospitalaria con Descuento ("HDC")</i>	Es un programa del CHCO que brinda Asistencia Financiera para pacientes calificados y elegibles que coincidan con la Ley de Facturación de Atención Sanitaria para Pacientes Indigentes de 2021, CRS 25-3-501, et seq., y los requerimientos de la regulación 501(r) del IRS.

Programa de Atención para Indigentes de Colorado (CICP)	Es un programa administrado por el Departamento de Política y Financiamiento de la Atención Sanitaria de Colorado que permite que los proveedores participantes, como el CHCO, preste servicios con descuento a pacientes que sean residentes de Colorado con recursos financieros limitados, que no tengan cobertura de seguro o cuyo seguro sea insuficiente y no cumplan con los requisitos de elegibilidad para recibir los beneficios del Programa Medicaid o del Plan de Salud Básico para Niños, consistente con la CRS 25.5-3-101 et seq.
<i>Requisito de Residencia en Colorado</i>	Los solicitantes del HDC y el CICP deben ser residentes de Colorado. Un residente de Colorado es una persona que actualmente vive en Colorado y tiene la intención de permanecer y vivir en Colorado. Un paciente no tiene que ser un inmigrante regularizado en los Estados Unidos para que lo evalúen o reciba servicios del HDC. Los trabajadores migrantes y todos los familiares dependientes deben reunir los siguientes criterios para cumplir con los requerimientos de residencia: mantiene un hogar temporal en Colorado por motivos laborales y está empleado(a) en el estado de Colorado. Los visitantes de otros estados y los estudiantes cuya residencia principal esté fuera de Colorado no califican.
<i>Episodio de Atención</i>	Son las visitas relacionadas, las cuales se registrarán en el EMR (Registro médico electrónico) bajo el mismo Registro de Cuenta Hospitalaria ("HAR"). Un Episodio de Atención puede usarse para determinar cuándo iniciar un proceso de evaluación y cuándo crear o limitar planes de pago.
<i>Acciones de Cobranza Extraordinarias (ECA)</i>	Las ECA son acciones que se toman en contra de un individuo y están relacionadas con el cobro de una factura por concepto de atención cubierta por la FAP de CHCO, que requiere un proceso legal o judicial (excepto ciertos reclamos de derecho de retención o bancarrota), la venta de la deuda de un individuo a un tercero, a menos que existan ciertos términos contractuales, o la presentación de la información desfavorable de un individuo a las agencias de informes crediticios del consumidor o las agencias de crédito (colectivamente denominadas "agencias de crédito").
<i>Integrantes de la familia</i>	El o la concubino(a) o pareja de hecho y los adultos de 18-64 años que no estudien deben demostrar o certificar que tienen apoyo financiero para que se los incluya en los integrantes de la familia. Todos los menores y quienes tengan más de 65 años no necesitan documentación o apoyo financiero para que se los tenga en cuenta como integrantes de la familia.
<i>Asistencia Financiera</i>	Es la provisión de servicios con descuento de asistencia sanitaria para los pacientes que cumplan con los criterios establecidos en esta Política de Asistencia Financiera, la cual puede incluir asistencia disponible mediante HDC y CICP.
<i>Política de Asistencia Financiera (FAP)</i>	En esta política se describe lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento de elegibilidad para la ayuda financiera y si esta ayuda incluye atención con descuento; • Asistencia financiera y descuentos disponibles para las personas que cumplan con los requisitos; • Base para el cálculo de las cantidades cobradas a los pacientes; • Método para solicitar la asistencia financiera; y • Lista de proveedores que brindan atención hospitalaria que, si los hay, están cubiertos por la PAF del centro y los que no.
<i>Lineamientos Federales de Pobreza (FPG)</i>	Es una medida del nivel de ingresos que proporciona cada año el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
<i>Programa gubernamental</i>	Cualquier plan o programa que proporcione beneficios de salud, ya sea directamente, a través de un seguro o de otra manera, que sea financiado directamente, en su totalidad o en parte, por el gobierno de los Estados Unidos o un programa estatal de atención médica (por ejemplo, Medicaid, Child Health Plan [CHP +]), con la excepción del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.
<i>Garante</i>	Es una persona o entidad responsable o que acepta ser la parte responsable en términos financieros.
<i>Estado de Cuenta</i>	Es una comunicación dirigida al paciente que especifica una cantidad debida por los servicios brindados e instrucciones para hacer el pago.

<i>Ingreso</i>	Incluye ingresos, indemnización por empleo, compensación laboral, seguridad social, ingreso suplementario de seguridad, pagos a veteranos, prestación de supervivencia, ingresos de pensión o jubilación, interés, dividendos, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, ayuda educativa, ayuda de una fuente externa y otras fuentes diversas. Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no se consideran como ingresos. Los ingresos de la familia se calculan antes de impuestos y no incluyen las ganancias o pérdidas de capital no realizadas. Los ingresos pueden incluir otros ingresos no ganados, que son el efectivo bruto contable recibido de fuentes que no sean del empleo.
<i>Individuo internacional</i>	Cualquier persona que reciba servicios y que cumpla con uno de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • Un ciudadano no estadounidense con seguro que no sea de EE. UU. y que no vive en los EE. UU. o territorio estadounidense • Un ciudadano no estadounidense con seguro de EE. UU. que no vive en los EE. UU. o territorio estadounidense • Un ciudadano no estadounidense sin seguro que no vive en los EE. UU. o territorio estadounidense • Un ciudadano no estadounidense que recibe apoyo económico de una embajada extranjera
<i>Emergencia Médica y Atención de Emergencia</i>	Una lesión o enfermedad aguda que representa un riesgo inmediato para la vida o la salud de una persona a largo plazo.
<i>Necesidad médica / Medicamente Necesario</i>	Un servicio cubierto se considerará médicamente necesario si, de una forma que esté acorde con los estándares aceptados en la práctica médica, se trata de un tratamiento igualmente efectivo entre otras opciones menos conservadoras o más costosas, y cumple al menos con uno de los siguientes requisitos. Se espera de forma razonable que con la prestación del servicio: <ul style="list-style-type: none"> • se prevenga o diagnostique la aparición de una enfermedad, afección, discapacidad primaria o secundaria; • se curen, corrijan, reduzcan o mejoren las repercusiones físicas, mentales, cognitivas o de desarrollo de una enfermedad, lesión o discapacidad; • se reduzca o mejore el dolor o sufrimiento causado por una enfermedad, lesión o discapacidad; • se ayude al individuo a alcanzar o mantener la máxima capacidad funcional al realizar actividades de la vida diaria.
<i>Paciente Calificado</i>	Un individuo que reside en Colorado, cuyo ingreso familiar no es mayor al 250 por ciento del Nivel de Pobreza Federal (FPL), y que recibió servicios de asistencia sanitaria en un hospital del CHCO.
<i>Pago por Cuenta Propia</i>	El paciente no tiene, o elige no usar, un seguro comercial, una cobertura de programas gubernamentales u otro tipo de asistencia financiera. En el momento de la facturación, si el paciente no tiene HDC, se aplicará un descuento del 35 % a todos los saldos de pagos por cuenta propia.
<i>Seguro Insuficiente</i>	El garante tiene algún nivel de seguro o ayuda de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que exceden su capacidad de pago.
<i>Sin Seguro</i>	Se denomina "Individuo sin Seguro" a un individuo que no tiene cobertura acreditada para cumplir con sus obligaciones de pago.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Los programas CICP y HDC del CHCO no son coberturas de seguro, sino programas de asistencia sanitaria con descuento para pacientes Sin Seguro o con Seguro Insuficiente y que hayan demostrado una necesidad financiera.
2. De acuerdo con la misión de CHCO de mejorar la salud de los niños al brindar programas coordinados y de alta calidad para la atención del paciente, educación, investigación y defensoría, el CHCO se esfuerza por garantizar que la capacidad económica de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. El CHCO ha asumido el

compromiso de brindar Asistencia Financiera para servicios de Emergencia y Medicamento Necesarios en un modo no discriminatorio a Pacientes Calificados Sin seguro, con Seguro Insuficiente o que de otro modo no pueden pagar atención médicamente necesaria con base en su situación financiera individual.

3. El CHCO no discrimina a solicitantes o pacientes por motivos de raza, color, origen étnico o nacional, ascendencia, edad, sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género, religión, credo, creencias políticas, estado de inmigración o discapacidad. Hay disponibles ayudas comunicativas gratuitas, entre ellas, servicios de interpretación y lenguaje de señas.
4. El CHCO no se negará a brindar atención con descuentos porque un paciente no haya solicitado beneficios públicos ni le negará el ingreso o el tratamiento a un paciente porque este pueda calificar para la HDC.
5. El CHCO no participará ni apoyará ninguna actividad (incluso el acceso a los medios) relacionada con los esfuerzos de recaudación de fondos destinados a pagar la atención de un paciente en particular.
6. Los Asesores Financieros del CHCO están a su disposición para ayudarle a identificar fuentes de pago potenciales, recursos comunitarios, facilitar servicios y brindar asistencia apropiada para derivaciones. Se puede comunicar con un Asesor Financiero llamando al 720-777-7001.

POLÍTICA

1. **Derechos de los pacientes:** el CHCO hará los esfuerzos razonables para notificarle a los pacientes y las familias sobre la disponibilidad de la Asistencia Financiera y sobre cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud. La información sobre los derechos del paciente para solicitar Asistencia Financiera se encuentra disponible tanto en inglés como en español: en el sitio web público del CHCO, en las áreas de espera y de ingreso para los pacientes, verbalmente o por escrito antes de que el paciente reciba el alta, y está incluida en cada Factura.
2. **Evaluación, solicitud y Aviso de determinación**
 - A. **Proceso de evaluación:** el CHCO ofrece evaluar a cada paciente Sin Seguro para determinar los criterios de elegibilidad para CICP, HDC, Health First Colorado, Child Health Plan+, y otros seguros de salud pública en cada Episodio de Atención hospitalario que incluya atención de Emergencia o Medicamento Necesaria. Los Asesores Financieros del CHCO intentarán completar el proceso de evaluación dentro de los 45 días de la fecha de servicio o de la fecha del alta, lo que ocurra posteriormente. El proceso de evaluación consiste en la primera página (autocertificación) de la Aplicación Uniforme según las normas del Estado de Colorado. El paciente puede solicitar que lo evalúen para recibir los beneficios de HDC hasta 365 días después de la fecha del servicio o la fecha del alta, y para el CICP, hasta 181 días después de la fecha del servicio. No se evaluará a los menores por separado de sus padres o tutores a menos que estén emancipados o que exista una circunstancia especial.
 - B. **Solicitud:** cualquier paciente o tutor de un paciente de 18 años en adelante puede postularse para recibir los servicios de la HDC. Si la autocertificación indica elegibilidad, los Asesores Financieros del CHCO le entregarán al paciente/garante una lista con información y los documentos necesarios para completar el proceso de solicitud. Un paciente o garante todavía puede solicitar completar la solicitud completa incluso si la evaluación indica que es probable que no cumpla con los criterios de elegibilidad. Se le solicitará al paciente/garante que completa la Aplicación Uniforme del estado de Colorado y que entregue toda la documentación requerida dentro de 45 días. Le notificaremos al paciente/tutor sobre cualquier documento faltante dentro de 3 días hábiles de la recepción de la solicitud. Si no envía todos los documentos e información requeridas, la determinación se retrasará o se rechazará la solicitud.
 - C. **Notificación:** el CHCO le enviará un aviso escrito sobre la determinación de los criterios de elegibilidad para la HDC dentro de 14 días de haber recibido toda la información y los documentos requeridos. La decisión sobre la elegibilidad de la HDC se aplica tanto al paciente como a los miembros del hogar del paciente. El CHCO enviará una copia de determinación a los proveedores aplicables que hayan tratado al paciente en el CHCO. El paciente/garante tendrá la oportunidad de apelar dentro de los 30 días calendario de la fecha de determinación de la carta.
 - D. **Rechazo de la evaluación:** si el paciente/garante rechaza la evaluación, se le solicitará al paciente/garante que documente su rechazo mediante la firma del formulario de rechazo de la evaluación. El personal del CHCO documentará un rechazo verbal de la evaluación en el

formulario de rechazo de la evaluación. Un paciente/garante puede cambiar de opinión en cualquier momento y solicitar que lo evalúen.

- E. **Pacientes con seguro:** los pacientes con seguro pueden solicitar una evaluación dentro de 45 días de la fecha de servicio, o de la fecha de la primera factura luego de la modificación del seguro. El CHCO contactará al paciente/garante dentro de los 3 días del pedido para preparar la evaluación.
- F. **Cambios en el estado del seguro:** si se cree que el paciente tiene seguro en la fecha del servicio y posteriormente se determina que es un paciente Sin Seguro, el CHCO contactará al paciente/garante dentro de los 45 días de la fecha de la notificación para ofrecerle completar la evaluación.
- G. **Mejor esfuerzo para contactar al paciente:** si un paciente recibe el alta sin ser evaluado o sin completar el formulario de rechazo de la evaluación para ese Episodio de Atención, el CHCO hará su “Mejor esfuerzo para contactar al paciente” a fin de intentar evaluarlo. Esto incluye los intentos para comunicarse con el paciente por teléfono, mensajes de texto, correo electrónico y/o mensajes en el portal de MyChart al menos una vez durante 6 meses luego de la fecha de servicio, la primera ronda se enviará dentro de los 45 días, a menos que el paciente nos pida que dejemos de contactarlo. Las facturas pueden enviarse 46 días después de la fecha de servicio.

3. Criterios de elegibilidad para la Asistencia Financiera HDC

- A. La Elegibilidad para la Asistencia Financiera se determinará al momento de la solicitud, según la información enviada por el paciente o por el paciente/tutor dentro de la Aplicación Uniforme del Estado de Colorado y la documentación adjunta.
- B. La información que se necesita para determinar la elegibilidad de Asistencia Financiera se encuentra en la Aplicación Uniforme.
- C. El estado financiero de un solicitante se determina de acuerdo con el ingreso y la cantidad de personas que habitan en su hogar. El CHCO sigue la metodología de cálculo del ingreso establecido por el Departamento de Política y Financiamiento para la Atención Sanitaria de Colorado, y no considera los activos o recursos líquidos para determinar la elegibilidad. Los FPG se usan para determinar la elegibilidad y la base para calcular las cantidades que se les cobran a los pacientes para la HDC, CICIP y para determinados programas y beneficios gubernamentales. La HDC está disponible para toda la atención de Emergencia y Medicamento Necesaria para todos los Pacientes Calificados con un Ingreso familiar anual de hasta el 250 % de los lineamientos del FPL (o menos), con el nivel de descuento para el cual un individuo es elegible, el cual se determina con base a una escala variable de ingresos de acuerdo con la clasificación del individuo o del ingreso familiar como porcentaje de los FPL. El CHCO brinda asistencia financiera adicional para Servicios de Internación solo para individuos con un ingreso del 251 % hasta el 400 % de los FPG.
- D. La HDC está disponible solo para los Pacientes Calificados que residen en Colorado, y solo para la atención de Emergencia y Medicamento Necesaria. El CHCO ofrece algo de asistencia financiera para los servicios de Emergencia médica a todos los pacientes, incluidos los Individuos Internacionales. El CHCO derivará a los solicitantes según sea apropiado a Connect for Health Colorado, el mercado de seguro médico de Colorado, para obtener información sobre el seguro médico privado.
- E. Si se solicita la asistencia financiera para cubrir los servicios brindados en fechas anteriores, el paciente o la familia debe indicar en la solicitud que la asistencia es para cubrir esos servicios. La solicitud debe completarse dentro de los 365 días de la fecha de los servicios o de la fecha del alta. Cualquier servicio prestado después de los 365 días previos a la fecha de solicitud no será elegible para recibir asistencia financiera. Se puede retrotraer el CICIP hasta 181 días.
 - 1) Si se recibe una solicitud completa, cualesquiera ECA relacionadas con las fechas de los servicios se suspenderán hasta que se determine la elegibilidad para la Asistencia Financiera y, si se determina que la persona cumple con los requisitos, las ECA se revertirán, se realizarán reembolsos y, si aún se adeudan los montos, se proporcionará un estado de cuenta que muestre cómo se determinó ese monto.

4. Descuentos a Servicios de Asistencia Sanitaria

- A. **Descuentos HDC para Pacientes Calificados:** el CHCO limita la cantidad facturada a los pacientes Calificados para la Asistencia de Emergencia y Medicamento Necesaria elegibles para la HDC a no más del valor más bajo de la Tasa de Descuento del Estado de Colorado (según se encuentre publicado en el sitio web del HCPF) o de individuos AGB con cobertura de seguros para dicha atención. Los montos y cargos con descuento facturados están detallados en el [Apéndice](#) adjunto.

- B. **Planes de Pago:** el CHCO acordará planes de pago con Pacientes Calificados en los cuales el Paciente Calificado pagará por la atención en cuotas mensuales. Las cuotas mensuales por los cargos hospitalarios no excederán el 4 % del Ingreso familiar mensual (2 % para las tarifas profesionales). Luego de 36 meses de pagos acumulativos, el CHCO considerará que la factura del Paciente Calificado se pagó por completo y cesará las actividades de cobro en cualquier saldo que permanezca impago.

5. Límites en Actividades de Cobro

- A. Antes de asignar o venderle una factura pendiente de un Paciente Calificado a una agencia de cobros o a un comprador de deuda, o continuar con una ECA, el CHCO cumplirá con los requerimientos para la evaluación/rechazo de la evaluación y los Mejores esfuerzos para contactar al paciente, como se explicó anteriormente, brindar atención con descuentos, brindar una explicación de los servicios y las tarifas facturadas en un lenguaje simple y notificar a los pacientes sobre acciones de cobro potenciales, y facturar a cualquier tercero responsable de los pagos aplicable que coincida con cualquiera de los requerimientos de facturación ajenos a la red.
- B. Para los pacientes calificados con un plan de pago establecido, el CHCO no iniciará las ECA hasta que el paciente haya fallado en remitir 3 pagos consecutivos y no se haya comunicado con el CHCO para pedir una extensión o redeterminación. El CHCO les notificará a dichos pacientes al menos 30 días antes del inicio de una ECA.
- C. Las cantidades que se deban están limitadas a las tarifas con descuento detalladas en esta política (reducida por cualesquiera pagos que se reciban del paciente o de terceros responsables de los pagos), y todos los terceros que participen en acciones de cobro en representación del CHCO cumplirán con esta política.
- 1) El CHCO no iniciará una ECA durante al menos 120 días desde la fecha en la que el CHCO emita la primera factura posterior al alta por la atención brindada. El CHCO enviará al menos tres avisos de facturación mensuales, cada 30 días, al garante de la cuenta para informar sobre el saldo pendiente: el Primer Aviso le informa al Garante que hay un saldo impago en una cuenta; el Segundo Aviso le recuerda al Garante sobre el saldo impago en curso; y en el Aviso Final sobre la cuenta vencida, se informa al garante que tiene treinta (30) días para saldar la deuda, o se pueden tomar ECA sobre la deuda y se indicarán las ECA que CHCO tiene la intención de tomar y se incluirá una copia del resumen en lenguaje sencillo.
 - 2) Se puede pagar las cuentas en su totalidad, se puede establecer un plan de pago, derivarse para un asesoramiento financiero o se puede obtener más información sobre el seguro durante este plazo. En cada factura hay información disponible sobre la Asistencia Financiera.
 - 3) Después de que se hayan enviado los tres avisos de facturación y no se haya recibido ningún pago dentro de los 60 días posteriores al Aviso Final, la cuenta puede convertirse en una deuda incobrable y se pueden tomar ECA. Las cuentas califican para convertirse en deudas incobrables cuando los saldos de los pacientes no se han pagado y CHCO ha realizado esfuerzos razonables, como llamadas telefónicas y envíos de estados de cuenta o cartas, para decidir si la persona cumple con los requisitos para la Asistencia Financiera.
 - 4) La Agencia de Deudas Incobrables informará a la agencia de crédito después de 60 días posteriores a la colocación de la cuenta en dicha Agencia de Deudas Incobrables si el garante no toma medidas para resolver el saldo, ya sea haciendo un pago o presentando información adicional para la disputa.
 - 5) Si se han agotado todas las demás opciones para realizar un cobro, la cuenta considerada como deuda incobrable tiene una antigüedad de más de 60 días y el garante no se comunicó o se niega a resolver el saldo, se pueden tomar ECA.

6. Proveedores y Servicios Cubiertos y No Cubiertos:

- A. Algunos de los servicios que brindan los médicos y otros proveedores de atención sanitaria en los centros del CHCO pueden no estar cubiertos por esta FAP. La HDC del CHCO y las determinaciones para la asistencia financiera aplican a los servicios hospitalarios del CHCO y a los cargos de los hospitales y centros del CHCO. Los proveedores de asistencia sanitaria y los doctores que brindan asistencia en el CHCO pueden aceptar las determinaciones de la HDC del CHCO para los cargos de sus tarifas profesionales, pero la lista de tasa de

descuento puede diferir de la del CHCO. Las siguientes organizaciones pueden tener sus propias políticas de asistencia financiera y los pacientes deben hacer cualquier consulta directamente a estas organizaciones.

University of Colorado School of Medicine, facturado por University Physicians, Inc. d/b/a CU Medicine.

TCH Radiology Professionals

Radiology & Imaging Consultants, P.C. (RIC)

University of Colorado Medicine Pathology Lab

Poudre Valley Medical Group, LLC d/b/a UC Health Medical Group (UCHMG)

- B. La atención y los gastos no están cubiertos por este FAP:
- 1) Los servicios de asistencia sanitaria que no sean de Emergencia o Medicamento Necesarios, incluidas las cirugías electivas o cosméticas, y los servicios de atención sanitaria relacionados con procedimientos de trasplante, paquete de pago por cuenta propia, un acuerdo de caso único, subsidios e investigación o cuando exista una obligación legal para que un tercero (p. ej., determinados individuos, entidades, aseguradores o programas) pague un reclamo.
 - 2) La Asistencia Financiera no se extiende a los costos asociados con la vivienda, la comida, el transporte, los servicios comunitarios o los servicios y suministros relacionados con la continuidad de la atención (p. ej., equipamiento médico durable o atención domiciliaria).
7. **Asistencia y métodos de solicitud:** encontrará disponible asistencia para completar solicitudes y una copia de la Aplicación Uniforme del Estado de Colorado gratis y a pedido:
- A. En línea (<http://www.childrenscolorado.org/about/your-bill>);
 - B. De manera presencial
Anschutz Medical Campus: 13123 East 16th Avenue, Aurora, CO 80045, o
Colorado Springs Hospital: 4090 Briargate Parkway, Colorado Springs, CO 80920; o
 - C. Llamando al Departamento de Asesoramiento Financiero al 720-777-7001.
8. **Acceso a la política, los derechos de los pacientes y al resumen en lenguaje sencillo:** encontrará disponibles de manera gratuita y a pedido copias de esta política, los derechos de los pacientes con HDC, y el resumen en lenguaje sencillo, tanto en inglés como en español:
- A. En línea (<http://childrenscolorado.org/your-visit/insurance-financial-resources/financial-assistance-programs/>);
 - B. De manera presencial en todos los centros hospitalarios del CHCO
 - C. Llamando al Departamento de Asesoramiento Financiero al 720-777-7001 o a Servicios Financieros para Pacientes al 720-777-6422; o
 - D. Por correo electrónico a pfs@childrenscolorado.org
9. Retención de expedientes: los expedientes relacionados con la Asistencia Financiera se mantienen en el expediente médico del paciente y se retiene de acuerdo con las Normativas de retención de expedientes del CHCO.

REFERENCIAS

Colorado House Bill 21-1198: CRS 25.5-3-501 et seq.
CICP Regulations, at 10 CCR 2505-10, Section 8.900, et seq.
26 CFR 1.501(r)-0 hasta 26 CFR 1.501(r)-7
<https://www.irs.gov/pub/irs-irbs/irb15-05.pdf>

DOCUMENTOS ADJUNTOS

[Hospital Discounted Care Patient Rights Main Campus ATTACHMENT](#)

[Derechos de los pacientes en el marco de la atención hospitalaria con descuento Campus Principal DOCUMENTO ADJUNTO EN ESPAÑOL](#)

[Hospital Discounted Care Patient Rights Southern Colorado ATTACHMENT](#)

[Derechos de los pacientes en el marco de la atención hospitalaria con descuento en Colorado del sur DOCUMENTO ADJUNTO EN ESPAÑOL](#)

[Addendum A - Self Pay Deposit Guideline ATTACHMENT](#)

[Dental Package ATTACHMENT](#)

[Financial Assistance Checklist ATTACHMENT](#)

[Financial Assistance and Payment Plan Information ATTACHMENT](#)

DOCUMENTOS RELACIONADOS

[Non-Discrimination of Patients](#)

[EMTALA \(Emergency Medical Treatment and Labor Act\).](#)

[International Individual Scheduling and Financial Clearance](#)

[Financial Assistance and Payment Plan - Self Pay Agreement English ATTACHMENT](#)

[Asistencia Financiera y Plan de pagos - Acuerdo de pago por cuenta propia DOCUMENTO ADJUNTO en español](#)

[Política de Asistencia Financiera \(FAP\) - Política Pública DOCUMENTO ADJUNTO en español](#)

[Resumen en lenguaje simple](#)

APÉNDICE

[Apéndice A](#)

[Base para calcular descuentos que se aplican a pacientes aprobados para recibir Asistencia Financiera y](#)

[Normativas de ingreso del Nivel Federal de Pobreza \(FPL\)](#)

[\(Con vigencia 4/2023\)](#)

Revisado por: Comité de Política y procedimiento administrativo, Administradora de Política no clínica, Sarah Radunsky (Asesora General Asociada), Timothy Sibert (Gerente de Operaciones)

"La versión oficial de cualquier CHCO P&P es la copia electrónica publicada en la intranet. Las copias impresas de las políticas requeridas para cualquier propósito legítimo deben imprimirse desde la intranet en o cerca del tiempo requerido".



Apéndice A: Base para calcular descuentos que se aplican a pacientes aprobados para recibir Asistencia Financiera y Normativas de ingreso del Nivel Federal de Pobreza (FPL)

Integrantes de la familia	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas	7 personas	8 personas	\$ por cada persona adicional (9+)
Ingresos anuales (100 %)	\$14,580	\$19,720	\$24,860	\$30,000	\$35,140	\$40,280	\$45,420	\$50,560	\$5,140
250 %	\$36,450	\$49,300	\$62,150	\$75,000	\$87,850	\$100,700	\$113,550	\$126,400	

CHCO CICP y Plan de copagos para la atención de caridad								
Visita ambulatoria a la clínica (Atención primaria y preventiva, CHC, ADO, MED, YM, CAMP)			Visita ambulatoria a la clínica para atención del especialista (Atención médica especializada en oncología, ortopedia, CCBD, cardiología, etc.)			Servicios auxiliares (Radiografías, prueba de función pulmonar, ultrasonido, radiología intervencionista, prueba de esfuerzo y pruebas genéticas)		
Clasificación	Caridad	CICP	Clasificación	Caridad	CICP	Clasificación	Caridad	CICP
0-40%=N	\$7	\$7	0-40%=N	\$15	\$15	0-40%=N	\$15	\$15
41-62%=A	\$15	\$15	41-62%=A	\$25	\$25	41-62%=A	\$25	\$25
63-81%=B	\$15	\$15	63-81%=B	\$25	\$25	63-81%=B	\$25	\$25
82-100%=C	\$20	\$20	82-100%=C	\$30	\$30	82-100%=C	\$30	\$30
101-117%=D	\$20	\$20	101-117%=D	\$30	\$30	101-117%=D	\$30	\$30
118-133%=E	\$25	\$25	118-133%=E	\$35	\$35	118-133%=E	\$35	\$35
134-159%=F	\$25	\$25	134-159%=F	\$35	\$35	134-159%=F	\$35	\$35
160-185%=G	\$35	\$35	160-185%=G	\$45	\$45	160-185%=G	\$45	\$45
186-200%=H	\$35	\$35	186-200%=H	\$45	\$45	186-200%=H	\$45	\$45
201-250%=I	\$40	\$40	201-250%=I	\$50	\$50	201-250%=I	\$50	\$50
0%-Z	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0
Admisión hospitalaria, observación, pacientes ambulatorios en cama y estudios del sueño			Cirugía Ambulatoria			Servicios para pacientes ambulatorios (Tomografía computarizada, Imagen por resonancia magnética, Tomografía de emisión de positrones, Electromiografía, Laboratorio de cateterismo y Medicina nuclear)		
Clasificación	Caridad	CICP	Clasificación	Caridad	CICP	Clasificación	Caridad	CICP
0-40%=N	\$15	\$15	0-40%=N	\$15	\$15	0-40%=N	\$30	\$30
41-62%=A	\$65	\$65	41-62%=A	\$65	\$65	41-62%=A	\$90	\$90
63-81%=B	\$105	\$105	63-81%=B	\$105	\$105	63-81%=B	\$130	\$130
82-100%=C	\$155	\$155	82-100%=C	\$155	\$155	82-100%=C	\$185	\$185
101-117%=D	\$220	\$220	101-117%=D	\$220	\$220	101-117%=D	\$250	\$250
118-133%=E	\$300	\$300	118-133%=E	\$300	\$300	118-133%=E	\$335	\$335
134-159%=F	\$390	\$390	134-159%=F	\$390	\$390	134-159%=F	\$425	\$425
160-185%=G	\$535	\$535	160-185%=G	\$535	\$535	160-185%=G	\$580	\$580
186-200%=H	\$600	\$600	186-200%=H	\$600	\$600	186-200%=H	\$645	\$645
201-250%=I	\$630	\$630	201-250%=I	\$630	\$630	201-250%=I	\$680	\$680
0%-Z	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0
Departamento de emergencias y atención de urgencia			Receta médica y óptica			Laboratorio para pacientes ambulatorios		
Clasificación	Caridad	CICP	Clasificación	Caridad	CICP	Clasificación	Caridad	CICP
0-40%=N	\$15	\$15	0-40%=N	\$5	\$5	0-40%=N	\$5	\$5
41-62%=A	\$25	\$25	41-62%=A	\$10	\$10	41-62%=A	\$10	\$10
63-81%=B	\$25	\$25	63-81%=B	\$10	\$10	63-81%=B	\$10	\$10
82-100%=C	\$30	\$30	82-100%=C	\$15	\$15	82-100%=C	\$15	\$15
101-117%=D	\$30	\$30	101-117%=D	\$15	\$15	101-117%=D	\$15	\$15
118-133%=E	\$35	\$35	118-133%=E	\$20	\$20	118-133%=E	\$20	\$20
134-159%=F	\$35	\$35	134-159%=F	\$20	\$20	134-159%=F	\$20	\$20
160-185%=G	\$45	\$45	160-185%=G	\$30	\$30	160-185%=G	\$30	\$30
186-200%=H	\$45	\$45	186-200%=H	\$30	\$30	186-200%=H	\$30	\$30
201-250%=I	\$50	\$50	201-250%=I	\$35	\$35	201-250%=I	\$35	\$35
0%-Z	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0

Se requiere el copago de **cirugía ambulatoria y para pacientes internados en el hospital** para los cargos relacionados con servicios no médicos (centro) incurridos mientras recibe atención en un hospital para una estadía continua de 24 horas o más o cirugía ambulatoria para procedimientos quirúrgicos recibidos por un cliente que es admitido a y dado de alta del entorno hospitalario el mismo día.

Se requiere el copago de la **Clínica para pacientes ambulatorios** para los cargos relacionados con los servicios no médicos (en el centro) recibidos en el entorno de la clínica para pacientes ambulatorios. Esto incluye los cargos por atención médica primaria y preventiva. No incluye cargos por servicios ambulatorios brindados en un hospital (es decir, atención en la sala de emergencias, cirugía ambulatoria o radiología).

Se requiere el copago de la **sala de emergencias del hospital** para los cargos relacionados con servicios no médicos (en el centro) incurridos mientras se recibe atención en el entorno hospitalario por una estadía continua de menos de 24 horas, incluida la sala de emergencia.

Se requiere el copago de la **Clínica de especialidad ambulatoria** para los cargos por servicios no médicos recibidos (en el centro) en la clínica de especialidad ambulatoria, pero no incluye los cargos por servicios ambulatorios que se brindaron en el entorno del hospital (p. ej., médico en la sala de urgencias, cirugía ambulatoria). Los cargos por servicios ambulatorios de especialidad incluyen atención médica diferencial (p. ej., oncología, ortopedia, hematología y pulmonar) que normalmente no está disponible como atención médica primaria y preventiva.

Se requiere el copago de **medicamentos con receta** para medicamentos recetados recibidos en una farmacia calificada de proveedores de atención médica de CICP.

Se requiere el copago de **Servicios de laboratorio** para los cargos relacionados con las pruebas de laboratorio recibidas por el cliente que no están asociadas con un centro para pacientes internados o un cargo ambulatorio del hospital durante el mismo período: servicios de radiología e imágenes en un entorno clínico

Servicios ambulatorios: un ***aumento*** de clientes que reciben resonancia magnética (MRI), Tomografía computarizada (CT), Tomografía por emisión de positrones (PET), Estudios del sueño. Se tiene que hacer un copago para el laboratorio de cateterismo (Cath Lab) u otros servicios de medicina nuclear en un entorno ambulatorio, el cual se indica en la tabla.

Los servicios auxiliares son servicios que se realizan en CHCO a parte de la atención primaria específica en una clínica de especialidad. Pacientes hospitalizados. Cirugía para pacientes ambulatorios, consultas en el Departamento de emergencia o para la atención de urgencia (por ejemplo, radiografías (películas planas), ultrasonidos, pruebas de esfuerzo, pruebas de función pulmonar, electrocardiograma, etc.).

Revisión