



Children's Hospital Colorado



MANUAL/DEPARTAMENTO	MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
FECHA DE ORIGEN	DICIEMBRE DE 2015
ÚLTIMA FECHA DE REVISIÓN	RESVISAR: MARZO DE 2016 REVISIÓN: JULIO DE 2017 – DICIEMBRE DE 2017
APROBADO POR	

TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP), POLÍTICA PÚBLICA

Página 1 de 7

PROPÓSITO

Children's Hospital Colorado (CHCO) está comprometido a ayudar a las personas que tienen necesidades médicas y carecen de seguro, no cuentan con seguro suficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o no tienen capacidad de pago por otros motivos, para que reciban la atención médicamente necesaria con base en su situación financiera específica. De acuerdo con nuestra misión de mejorar la salud de los niños mediante el ofrecimiento de programas coordinados de alta calidad para la atención de los pacientes, educación, investigación y asistencia social, CHCO se esfuerza por asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios médicos no les impida buscar o recibir atención. CHCO proporcionará, sin discriminar, atención para padecimientos médicos de emergencia a las personas, sin consideración de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o gubernamental.

Esta política ayuda a:

1. Definir cómo se determina si los pacientes son elegibles para recibir atención cubierta con fondos de beneficencia o a precios de descuento de acuerdo con la política de [Non-Discrimination of Patients](#) (No discriminación de pacientes) de CHCO y las disposiciones reglamentarias del IRS.
2. Estandarizar el proceso para evaluar la capacidad de un paciente/familia para pagar los servicios y cobrar el reembolso que corresponda con base en los requisitos y los lineamientos federales y estatales de pobreza para CHCO.
3. Definir la política para facturar y cobrar dinero a los pacientes/familias que pagan por su atención médica y asegurar que CHCO cuente con una manera razonable de cobrar los pagos que se le adeudan.

ALCANCE/PERSONAL

Todo el personal de CHCO en todos los centros de CHCO y pacientes de CHCO y sus familias.

DEFINICIONES

Cuentas por cobrar (C/C)	Dinero que adeudan los clientes al Children's Hospital Colorado por atención y servicios que han recibido o utilizado, pero que aún no han pagado.
Deuda incobrable	Cuenta por cobrar basada en servicios prestados a un paciente que se considera incobrable después de haber hecho esfuerzos razonables de cobranza y con una antigüedad de por lo menos 120 días a partir de la fecha en que el hospital presentó el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta por la atención prestada, de acuerdo con las disposiciones de la sección 501(r) del IRS.
Atención de beneficencia de Children's	Programa de descuento de CHCO para pacientes indigentes que no son elegibles para ninguna otra cobertura (p. ej., Medicaid, CHP+ o CICP, seguro comercial).
Requisito de residencia en Colorado	Se requiere que los solicitantes presenten un comprobante de residencia consistente en una factura de electricidad o teléfono, contrato de arrendamiento o estado de cuenta de préstamo hipotecario, comunicación de la escuela del niño, tarjetas de identificación (p. ej., licencia de conducir, identificación expedida por el estado), estado de cuenta bancario, o una carta de apoyo de un familiar o amigo.
Medidas extraordinarias de cobranza (ECA)	Las medidas extraordinarias de cobranza tomadas por el hospital en contra de una persona relacionada para obtener el pago de una factura de atención cubierta por la FAP del hospital que requieren un proceso legal o judicial (excepto ciertos embargos preventivos o derechos por

	declaraciones de quiebra), implican vender la deuda de la persona a un tercero a menos que se hayan estipulado ciertos términos contractuales, o requieren el envío de información negativa sobre una persona a las agencias de informes de solvencia de los consumidores o burós de crédito (colectivamente, "agencias de informes crediticios").
Política de asistencia financiera (FAP)	Política del hospital que describe: <ul style="list-style-type: none"> ○ Las reglas de elegibilidad para recibir ayuda financiera y si dicha ayuda incluye atención gratis o a precio de descuento. ○ La asistencia financiera y los descuentos disponibles para las personas elegibles. ○ La base de cálculo de las cantidades que se cobran a los pacientes. ○ El método para solicitar ayuda financiera; y ○ La lista de los proveedores que dan atención en el hospital y cuáles de ellos, si acaso, están cubiertos por la FAP del hospital y cuáles no.
Nivel federal de pobreza (FPL)	Medida del nivel de ingresos que determina anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios. El gobierno federal publica cada año los Lineamientos federales de pobreza.
Extranjero	Persona que no es ciudadana de Estados Unidos pero que vive o está de visita en el país y necesita servicios médicos.
Garante	Persona responsable por el pago de la factura del paciente.
Estado de cuenta del garante	Factura por los servicios prestados. Es un resumen de la información de facturación y pago de la cuenta del paciente relacionada con el garante.
Ingresos	Incluye sueldos y salarios, compensación de desempleo, compensación a los trabajadores, Seguro Social, ingreso suplementario de seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de supervivencia, ingreso por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingreso de herencias, fideicomisos, asistencia educacional, pensión alimenticia, manutención de menores, ayuda de fuera del hogar y otras fuentes diversas. Los beneficios que no son en efectivo (como vales de comida y subsidios de vivienda) no cuentan. El ingreso familiar se calcula antes de impuestos y excluye ganancias o pérdidas de capital no realizadas. Puede incluir otros ingresos no devengados, es decir, efectivo bruto contable recibido de otras fuentes, aparte del empleo.
Activos líquidos	Activos que pueden convertirse en dinero en efectivo en un período relativamente corto, por lo general en menos de 30 días. Esto incluye, entre otros conceptos, cuentas de cheques, cuentas de ahorro, cuentas de fideicomisos (si los fondos están disponibles de inmediato), el valor en efectivo del seguro de vida, certificados de depósito (CD) a corto plazo y ganancias de sociedades mantenidas en reserva. Las cuentas de retiro y anualidades exentas de impuestos son recursos líquidos si el solicitante puede retirar fondos de la cuenta sin penalización.
Emergencia médica	Lesión o enfermedad aguda que presenta un riesgo inmediato para la vida de la persona o su salud a largo plazo.
Necesidad médica	Un servicio cubierto se considerará médicamente necesario si, de manera congruente con las normas aceptadas de la profesión médica, se determina que es un tratamiento igualmente eficaz que otras opciones menos conservadoras o más costosas y cumple por lo menos uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • El servicio evitará o diagnosticará (o se espera que lo haga dentro de lo razonable) el inicio de la enfermedad, padecimiento, discapacidad primaria o secundaria. • El servicio curará, corregirá, reducirá o mejorará (o se espera que lo haga dentro de lo razonable) los efectos físicos, mentales, cognitivos o del desarrollo de una enfermedad, lesión o discapacidad. • El servicio evitará o mejorará (o se espera que lo haga dentro de lo razonable) el dolor o sufrimiento causado por una enfermedad, lesión o discapacidad. • El servicio ayudará (o se espera que lo haga dentro de lo razonable) a la persona a lograr o mantener la capacidad funcional máxima en el desempeño de las actividades de la vida diaria.
Cargo no cubierto	Cargos incurridos que no se considera que sean un beneficio cubierto por la aseguradora del paciente o garante.
Pago particular	El paciente no tiene o decide no usar seguro comercial, cobertura de un programa gubernamental u otra ayuda financiera. En el momento de la facturación, se aplicará un descuento de 35% a todos los saldos de pago particular.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Los servicios de emergencia médica son elegibles para ser tomados en consideración para la asistencia financiera que se ofrece a residentes de los Estados Unidos.
2. Elegibilidad para beneficencia
 - A. Los ingresos del o los solicitantes deben ser inferiores al 250% del nivel federal de pobreza.
 - B. Se ofrece financiamiento de beneficencia para atención que no es de emergencia a los residentes de los Estados Unidos.
 - 1) Residentes de Colorado de 14 años y menores; o
 - 2) Los residentes de Colorado de 15 años y mayores pueden ser elegibles, pero requieren aprobación administrativa; y
 - 3) Residentes indocumentados de Colorado (dentro de los requisitos de edad).
 - C. El o los solicitantes deben ser inelegibles para Medicaid, Child Health Plan+ (CHP+), Colorado Indigent Care Program (CICP), u otro seguro de salud. Sin embargo, si una persona tiene Medicaid de emergencia para una afección que pone en peligro la vida o una extremidad de un paciente hospitalizado, el solicitante puede ser elegible para beneficencia.
 - D. La beneficencia puede actuar como pagador secundario si el paciente tiene cobertura comercial. La cobertura secundaria puede prever una reducción en el monto de los copagos, deducibles y coaseguro. Además, la atención de beneficencia también puede usarse en aquellos casos en los que los beneficios del seguro se han agotado y los servicios se consideran médicamente necesarios (p. ej., fisioterapia, terapia ocupacional, EDU, servicios de audiología, habla y aprendizaje).
 - E. Se requiere llenar por completo una solicitud de asistencia de beneficencia antes de determinar la elegibilidad.
 - 1) La información que puede requerirse para determinar la elegibilidad para recibir atención de beneficencia se indica en la solicitud.
 - 2) Si la atención de beneficencia se usará para cubrir servicios prestados en fechas anteriores, el paciente/familia debe indicarlo en la solicitud de asistencia.
 - F. Período de solicitud
 - 1) La solicitud debe llenarse dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que se proporcione el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta por los servicios recibidos. Todos los servicios prestados antes de los 365 días previos a la fecha de solicitud no serán elegibles para cobertura de atención de beneficencia.
 - 2) Si se envía una solicitud incompleta dentro del período de solicitud, la persona tendrá 60 días para completar la solicitud antes de que se tomen medidas extraordinarias de cobranza. Si ya se han tomado estas medidas, CHCO las suspenderá durante el período de 60 días. En ese momento se informará a la persona de la información faltante y cómo obtener ayuda.
 - 3) Si se recibe una solicitud completa, las medidas extraordinarias de cobranza se suspenderán hasta que se tome una determinación y si se establece que la persona es elegible, estas medidas se revertirán, se harán los reembolsos correspondientes y si todavía queda alguna cantidad que se adeude, se proporcionará un estado de cuenta que indicará cómo se determinó dicha cantidad.
3. Expectativas para pacientes elegibles para recibir atención de beneficencia. El solicitante debe:
 - A. Informar a CHCO si hay algún cambio en su situación financiera y/o cobertura; de no hacerlo así, su participación en el programa terminará.
 - B. Pagar el copago de beneficencia al momento de recibir el servicio; y
 - C. Llevar la tarjeta de identificación de la beneficencia a cada visita.
4. Criterios de inelegibilidad para recibir atención de beneficencia: los pacientes no son elegibles para recibir atención de beneficencia cuando se presentan las siguientes situaciones:
 - A. CHCO determina o descubre que el paciente/familia proporcionó información falsa.
 - B. El paciente no es residente o extranjero que vive en Colorado y está recibiendo atención que no es de emergencia.
 - C. El paciente/familia no cumple los requisitos para solicitar otros programas (p. ej., Medicaid, CICP, planes de intercambio, etc.).
 - D. El paciente/familia no proporciona la información requerida dentro del plazo de un (1) año después de la fecha del servicio.
 - E. Ciertos servicios especiales y especialidades no se cubren normalmente, a menos que se consideren médicamente necesarios:

- 1) Trasplantes, que requieren una evaluación clínica para atención que no es de emergencia para asegurar que el paciente pueda cumplir los requisitos médicos posteriores al trasplante.
 - 2) Procedimientos rechazados por un proveedor de seguro médico como beneficios “no cubiertos”. Incluyen:
 - a. Servicios recibidos antes de obtener autorización del seguro del paciente.
 - b. Procedimientos experimentales.
 - c. Servicios denegados por los pagadores por incumplimiento del miembro (p. ej., no se presentó la coordinación de beneficios).
 - 3) Servicios en investigación.
5. El Departamento de Asesoría Financiera es la autoridad final para determinar si el hospital hizo esfuerzos razonables para establecer si la persona es elegible para FAP.

Nota: CHCO puede modificar el Programa de asistencia financiera en cualquier momento sin previo aviso.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRANZA

1. CHCO tratará de obtener el pago correspondiente de las cuentas con saldos insolutos de pago particular (es decir, que son responsabilidad del paciente). CHCO no participará en medidas extraordinarias de cobranza (ECA, por sus siglas en inglés) antes de hacer esfuerzos razonables para decidir si hay asistencia financiera disponible o si se han hecho esfuerzos de cobranza. Un estado de cuenta desglosado solicitado por el garante se entregará a los diez (10) días de dicha solicitud, en cumplimiento con lo dispuesto en el Estatuto Revisado de Colorado § 25-3-112.
2. CHCO hará esfuerzos razonables por informar a los pacientes y familias sobre el FAP por medio de los métodos siguientes:
 - A. Informar oralmente a las personas sobre el FAP y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud.
 - B. CHCO se abstendrá de tomar medidas extraordinarias de cobranza durante por lo menos 120 días después de la fecha en que el hospital presente el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta por los servicios recibidos.
 - C. CHCO enviará por lo menos tres (3) avisos mensuales de facturación, cada treinta (30) días, al garante de una cuenta para informarle de un saldo sin pagar.
 - 1) En el primer aviso se informará al garante que hay un saldo insoluto en una cuenta.
 - 2) En el segundo aviso se recordará al garante que el saldo sigue sin pagarse.
 - 3) En el último aviso de la cuenta vencida se informará al garante que dispone de treinta (30) días para resolver la deuda o se tomarán medidas extraordinarias de cobranza de la deuda, se especificarán cuáles son estas medidas que CHCO se propone tomar y se incluirá una copia del resumen en lenguaje sencillo y comprensible.

Nota: La cuenta puede pagarse en su totalidad, establecer un plan de pago, derivarse a asesoría financiera o se puede proporcionar más información del seguro durante este período. Un aviso en lenguaje sencillo del FAP de CHCO se presenta tanto en inglés como en español en cada estado de cuenta de facturación.
 - D. Después de haber enviado tres (3) avisos de facturación sin recibir el pago correspondiente dentro de los sesenta (60) días siguientes al último aviso, la cuenta podrá turnarse a deudas incobrables y se tomarán medidas extraordinarias de cobranza.
 - 1) Las cuentas se consideran Deuda incobrable cuando los saldos de los pacientes (es decir, pago particular) no han sido pagados y el hospital ha hecho esfuerzos razonables que incluyen, pero no se limitan a llamadas telefónicas, estados de cuenta o cartas, para decidir si la persona es elegible para recibir asistencia financiera.
 - 2) La agencia de cobranza de cuentas incobrables reportará a la oficina de informes crediticios sesenta (60) días después de que una cuenta se haya asignado a esa agencia de cuentas incobrables si el garante no ha tomado medidas para liquidar el saldo ya sea efectuando el pago correspondiente o enviando información adicional sobre su controversia.
 - 3) Si se han agotado todas las demás opciones para cobrar un pago y la cuenta incobrable tiene más de sesenta (60) días de antigüedad sin que el garante se haya comunicado o haya liquidado el saldo, podrá emprenderse acción legal.
 - E. Inicio de una solicitud de asistencia financiera
 - 1) El período de solicitud de asistencia financiera terminará a más tardar 240 días después de la primera factura posterior a la visita.

F. Todas las partes que intervienen en la cobranza de CHCO seguirán esta política.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Para preservar la capacidad de CHCO de atender las necesidades de atención médica pediátrica de la comunidad, las personas que no tienen seguro o cuyo seguro es insuficiente que busquen servicios programados, médicamente necesarios, serán evaluadas financieramente antes de que sean evaluadas por un médico. Si el paciente presenta una afección que requiera atención urgente o de emergencia, la determinación de las necesidades de asistencia financiera se hará después de estabilizarlo y tratarlo. Consulte la política [EMTALA \(Emergency Medical Treatment and Labor Act\)](#) (Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Partos Activos).
2. CICP y el Programa de beneficencia de CHCO no son programas de seguro, sino más bien programas de descuento para personas que no tienen seguro o cuyo seguro es insuficiente y han demostrado necesidad financiera.
3. CHCO no participará ni apoyará actividades (incluido el acceso a los medios) relacionadas con campañas de recaudación de fondos para pagar la atención de un paciente en específico.
4. El Programa de beneficencia de CHCO no es responsable de vivienda, comida, transporte, situación migratoria ni continuidad de la atención.
5. CHCO está disponible para ayudar a identificar recursos basados en la comunidad, facilitar servicios y proporcionar asistencia apropiada para derivaciones. Pueden comunicarse con un asesor financiero en el teléfono 720-777-7001.
6. CHCO no está obligado a proporcionar ayuda de beneficencia para servicios que no son de emergencia.
7. CHCO actúa conforme a lo dispuesto en el Estatuto Revisado de Colorado § 25-3-112 y 26 CFR 1.501(r)-0 a 26 CFR 1.501(r)-7.
8. Las copias están disponibles en varios idiomas, incluidos inglés y español.

CANTIDADES GENERALMENTE FACTURADAS (AMOUNTS GENERALLY BILLED, AGB)

CHCO limita el monto cobrado por la atención que se proporciona a las personas elegibles para recibir asistencia según se prevé en su Política de asistencia financiera (FAP). Las cantidades cobradas por servicios médicos de emergencia y médicamente necesarios a pacientes elegibles para recibir asistencia financiera se calculan con base en el método retroactivo y no ascenderán a más de las AGB a personas que tienen seguro que cubre dichos servicios. CHCO utiliza el método "retroactivo" basado en reclamaciones reales pasadas que han sido pagadas al hospital por Medicare en su modalidad de pago por servicio, junto con todos los seguros de salud privados que pagan reclamaciones al hospital (incluyendo, en cada caso, las partes asociadas de estas reclamaciones pagadas por beneficiarios de Medicare o personas aseguradas). CHCO calcula un porcentaje de AGB por cada centro médico y utiliza el porcentaje más bajo de todas las instalaciones, que es 58.38%. El porcentaje de AGB se revisará y actualizará el 120 día después del período de 12 meses que el hospital utilizó en el cálculo del porcentaje de AGB, que es en abril de cada año para CHCO.

INFORMACIÓN DE PROVEEDORES

1. Las evaluaciones financieras realizadas aplicarán a los cargos profesionales de proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera de CHCO, los cuales incluyen:
 - A. Universidad de Colorado, Medicina
 - B. Dra. Kay McDivitt
2. Los siguientes cargos profesionales no serán cubiertos por la FAP de CHCO. Estas organizaciones pueden tener sus propias políticas de asistencia financiera y el paciente debe dirigir sus consultas directamente a ellas.
 - A. Profesionales en radiología de TCH
 - B. Consultores de radiología y diagnóstico por imágenes, P.C. (RIC)
 - C. Laboratorio de patología médica de la Universidad de Colorado

AYUDA Y MÉTODOS PARA PRESENTAR SU SOLICITUD

1. Las solicitudes y ayuda para llenar las solicitudes están disponibles de manera gratuita.
 - A. En línea (<http://www.childrenscolorado.org/about/your-bill>);
 - B. En el Anschutz Medical Campus, situado en 13123 East 16th Avenue, Aurora, CO 80045, o en Briargate Urgent and Outpatient Specialty Care, situado en 4125 Briargate Parkway, Colorado Springs, CO 80920;
 - C. Llame al Departamento de Asesoría Financiera al 720-777-7001.

2. Las solicitudes no se pueden enviar por correo; tienen que entregarse en persona.

ACCESO A LA POLÍTICA Y UN RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO

1. Una copia de esta política y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles de manera gratuita.
 - A. En línea (<http://www.childrenscolorado.org/about/your-bill>);
 - B. En nuestro Anschutz Medical Campus, situado en 13123 East 16th Avenue, Aurora, CO 80045, o en nuestro centro Briargate Urgent and Outpatient Specialty Care, situado en 4125 Briargate Parkway, Colorado Springs, CO 80920; o
 - C. Departamento de Asesoría Financiera al 720-777-7001 o Servicios Financieros para Pacientes al 720-777-6422.
 - D. Correo electrónico pfs@childrenscolorado.org

INFORMACIÓN SOBRE ELEGIBILIDAD

1. Inelegibilidad para Medicaid, Child Health Plan+, Colorado Indigent Care Program, y otros seguros de salud
2. Tamaño e ingreso familiar, con consideración de activos líquidos, por debajo de 250% del nivel federal de pobreza.
3. Envío de la información requerida dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que se proporcione el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta por los servicios recibidos.

Se utilizan los lineamientos de ingreso relativos al nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) para determinar los lineamientos de ingreso anual máximo del Programa de beneficencia de CHCO. La información que se proporciona aquí se actualiza en abril de cada año.

<u>Tamaño de la familia</u>	<u>Ingreso anual</u>
1	\$29,700
2	\$40,050
3	\$50,400
4	\$60,750
5	\$71,100
6	\$81,450
7	\$91,800
8	\$102,150

<u>Clasificación de beneficencia</u>	<u>Porcentaje del nivel federal de pobreza</u>
N	40%
A	62%
B	81%
C	100%
D	117%
E	133%
F	159%
G	185%
H	200%
I	250%
Z*	40%

*Las clasificaciones Z son para clientes que no tienen dónde vivir.

DOCUMENTOS RELACIONADOS/REFERENCIAS

1. 26 CFR 1.501(r)-0 a 26 CFR 1.501(r)-7
2. <https://www.irs.gov/pub/irs-irbs/irb15-05.pdf>

REVISADO POR

Finanzas

Ciclo de ingresos

Comité de políticas y procedimientos administrativos

Equipo ejecutivo



CHCO/CU MEDICINE CICP and Charity Copayment Schedule

Calendar Year 2017

Outpatient Clinic Visit (Primary and Preventative care, CHC, ADO MED, YM, CAMP)						Specialty Outpatient Clinic Visit (Distinctive med care Oncology, Ortho, CCBD, Cardio, etc.)						Ancillary Services (XR, PFT, Ultrasound, Intervent Radiology, Stress Test, Genetic Testing)								
Rating	Charity			CICP			Rating	Charity			CICP			Rating	Charity			CICP		
	CHCO	CU	Total	CHCO	CU	Total		CHCO	CU	Total	CHCO	CU	Total		CHCO	CU	Total	CHCO	CU	Total
0-40%=N	\$7	\$7	\$14	\$7	\$0	\$7	0-40%=N	\$15	\$15	\$30	\$15	\$0	\$15	0-40%=N	\$15	\$0	\$15	\$15	\$0	\$15
41-62%=A	\$15	\$15	\$30	\$15	\$0	\$15	41-62%=A	\$25	\$25	\$50	\$25	\$0	\$25	41-62%=A	\$25	\$0	\$25	\$25	\$0	\$25
63-81%=B	\$15	\$15	\$30	\$15	\$0	\$15	63-81%=B	\$25	\$25	\$50	\$25	\$0	\$25	63-81%=B	\$25	\$0	\$25	\$25	\$0	\$25
82-100%=C	\$20	\$20	\$40	\$20	\$0	\$20	82-100%=C	\$30	\$30	\$60	\$30	\$0	\$30	82-100%=C	\$30	\$0	\$30	\$30	\$0	\$30
101-117%=D	\$20	\$20	\$40	\$20	\$0	\$20	101-117%=D	\$30	\$30	\$60	\$30	\$0	\$30	101-117%=D	\$30	\$0	\$30	\$30	\$0	\$30
118-133%=E	\$25	\$25	\$50	\$25	\$0	\$25	118-133%=E	\$35	\$35	\$70	\$35	\$0	\$35	118-133%=E	\$35	\$0	\$35	\$35	\$0	\$35
134-159%=F	\$25	\$25	\$50	\$25	\$0	\$25	134-159%=F	\$35	\$35	\$70	\$35	\$0	\$35	134-159%=F	\$35	\$0	\$35	\$35	\$0	\$35
160-185%=G	\$35	\$35	\$70	\$35	\$0	\$35	160-185%=G	\$45	\$45	\$90	\$45	\$0	\$45	160-185%=G	\$45	\$0	\$45	\$45	\$0	\$45
186-200%=H	\$35	\$35	\$70	\$35	\$0	\$35	186-200%=H	\$45	\$45	\$90	\$45	\$0	\$45	186-200%=H	\$45	\$0	\$45	\$45	\$0	\$45
201-250%=I	\$40	\$40	\$80	\$40	\$0	\$40	201-250%=I	\$50	\$50	\$100	\$50	\$0	\$50	201-250%=I	\$50	\$0	\$50	\$50	\$0	\$50
0%-Z	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Inpatient Admission, Observation, Bedded Outpatient and Sleep Studies						Outpatient Surgery						Outpatient Services (CT, MRI, PET, EMG, Cath Lab, Nuc Med)								
Rating	Charity			CICP			Rating	Charity			CICP			Rating	Charity			CICP		
	CHCO	CU	Total	CHCO	CU	Total		CHCO	CU	Total	CHCO	CU	Total		CHCO	CU	Total	CHCO	CU	Total
0-40%=N	\$15	\$7	\$22	\$15	\$7	\$22	0-40%=N	\$15	\$7	\$22	\$15	\$7	\$22	0-40%=N	\$30	\$22	\$52	\$30	\$22	\$52
41-62%=A	\$65	\$35	\$100	\$65	\$35	\$100	41-62%=A	\$65	\$35	\$100	\$65	\$35	\$100	41-62%=A	\$90	\$50	\$140	\$90	\$50	\$140
63-81%=B	\$105	\$55	\$160	\$105	\$55	\$160	63-81%=B	\$105	\$55	\$160	\$105	\$55	\$160	63-81%=B	\$130	\$80	\$210	\$130	\$80	\$210
82-100%=C	\$155	\$80	\$235	\$155	\$80	\$235	82-100%=C	\$155	\$80	\$235	\$155	\$80	\$235	82-100%=C	\$185	\$110	\$295	\$185	\$110	\$295
101-117%=D	\$220	\$110	\$330	\$220	\$110	\$330	101-117%=D	\$220	\$110	\$330	\$220	\$110	\$330	101-117%=D	\$250	\$140	\$390	\$250	\$140	\$390
118-133%=E	\$300	\$150	\$450	\$300	\$150	\$450	118-133%=E	\$300	\$150	\$450	\$300	\$150	\$450	118-133%=E	\$335	\$185	\$520	\$335	\$185	\$520
134-159%=F	\$390	\$195	\$585	\$390	\$195	\$585	134-159%=F	\$390	\$195	\$585	\$390	\$195	\$585	134-159%=F	\$425	\$230	\$655	\$425	\$230	\$655
160-185%=G	\$535	\$270	\$805	\$535	\$270	\$805	160-185%=G	\$535	\$270	\$805	\$535	\$270	\$805	160-185%=G	\$680	\$315	\$995	\$680	\$315	\$995
186-200%=H	\$600	\$300	\$900	\$600	\$300	\$900	186-200%=H	\$600	\$300	\$900	\$600	\$300	\$900	186-200%=H	\$645	\$345	\$990	\$645	\$345	\$990
201-250%=I	\$630	\$315	\$945	\$630	\$315	\$945	201-250%=I	\$630	\$315	\$945	\$630	\$315	\$945	201-250%=I	\$680	\$365	\$1,045	\$680	\$365	\$1,045
0%-Z	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

ED & Urgent Care						Prescription and Optical Shop						Outpatient Lab								
Rating	Charity			CICP			Rating	Charity			CICP			Rating	Charity			CICP		
	CHCO	CU	Total	CHCO	CU	Total		CHCO	CU	Total	CHCO	CU	Total		CHCO	CU	Total	CHCO	CU	Total
0-40%=N	\$15	\$7	\$22	\$15	\$7	\$22	0-40%=N	\$5	\$0	\$5	\$5	\$0	\$5	0-40%=N	\$5	\$0	\$5	\$5	\$0	\$5
41-62%=A	\$25	\$35	\$60	\$25	\$35	\$60	41-62%=A	\$10	\$0	\$10	\$10	\$0	\$10	41-62%=A	\$10	\$0	\$10	\$10	\$0	\$10
63-81%=B	\$25	\$55	\$80	\$25	\$55	\$80	63-81%=B	\$10	\$0	\$10	\$10	\$0	\$10	63-81%=B	\$10	\$0	\$10	\$10	\$0	\$10
82-100%=C	\$30	\$80	\$110	\$30	\$80	\$110	82-100%=C	\$15	\$0	\$15	\$15	\$0	\$15	82-100%=C	\$15	\$0	\$15	\$15	\$0	\$15
101-117%=D	\$30	\$110	\$140	\$30	\$110	\$140	101-117%=D	\$15	\$0	\$15	\$15	\$0	\$15	101-117%=D	\$15	\$0	\$15	\$15	\$0	\$15
118-133%=E	\$35	\$150	\$185	\$35	\$150	\$185	118-133%=E	\$20	\$0	\$20	\$20	\$0	\$20	118-133%=E	\$20	\$0	\$20	\$20	\$0	\$20
134-159%=F	\$35	\$195	\$230	\$35	\$195	\$230	134-159%=F	\$20	\$0	\$20	\$20	\$0	\$20	134-159%=F	\$20	\$0	\$20	\$20	\$0	\$20
160-185%=G	\$45	\$270	\$315	\$45	\$270	\$315	160-185%=G	\$30	\$0	\$30	\$30	\$0	\$30	160-185%=G	\$30	\$0	\$30	\$30	\$0	\$30
186-200%=H	\$45	\$300	\$345	\$45	\$300	\$345	186-200%=H	\$30	\$0	\$30	\$30	\$0	\$30	186-200%=H	\$30	\$0	\$30	\$30	\$0	\$30
201-250%=I	\$50	\$315	\$365	\$50	\$315	\$365	201-250%=I	\$35	\$0	\$35	\$35	\$0	\$35	201-250%=I	\$35	\$0	\$35	\$35	\$0	\$35
0%-Z	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	0%-Z	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

The Hospital Inpatient & Ambulatory Surgery copayment is required for charges related to non-physician (facility) services incurred while receiving care in a hospital for a continuous stay of 24 hours or longer or Ambulatory Surgery for operative procedures received by a client who is admitted to and discharged from the hospital setting on the same day.

The Inpatient and Emergency Room Physician copayment is required for charges related to services provided directly by the physician in the hospital setting, including emergency room care.

The Outpatient Clinic copayment is required for charges related to non-physician (facility) and physician services received in the outpatient clinic setting. This includes charges for primary and preventive medical care. Does not include charges for outpatient services provided in a hospital (i.e., emergency room care, outpatient surgery, radiology).

The Hospital Emergency Room copayment is required for charges related to non-physician (facility) services incurred while receiving care in the hospital setting for a continuous stay of less than 24 hours, including in the Emergency Room.

The Specialty Outpatient Clinic copayment is required for charges related to non-physician (facility) and physician services received in the specialty outpatient clinic setting, but does not include charges for outpatient services provided in the hospital setting (i.e., emergency room physician, ambulatory surgery). Specialty outpatient charges include distinctive medical care (i.e. oncology, orthopedics, hematology, pulmonary) that is not normally available as primary and preventative medical care.

The Prescription copayment is required for prescription drugs received at a qualified CICP health care provider's pharmacy.

The Laboratory Services copayment is required for charges related to laboratory tests received by the client that are not associated with an inpatient facility or hospital outpatient charge during the same period; radiology and imaging services in clinic setting.

Outpatient Services- ***Increased*** clients receiving a Magnetic Resonance Imaging (MRI), Computed Tomography (CT), Positron Emission Tomography (PET), Sleep Studies, Catheterization laboratory (cath Lab), or other Nuclear Medicine services in an Outpatient Setting are responsible for the copayment which is reflected in the chart.

Ancillary Services are services that are performed at CHCO outside of a specific Primary Care of Specialty Clinic, Inpatient, Outpatient, Ambulatory Surgery, ED or Urgent Care visits (e.g., X-Rays (flat films), ultrasounds, stress tests, pulmonary function test, ECG, etc)