



Children's Hospital Colorado

MANUAL/DEPARTAMENTO	Manual administrativo
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO	Sarah Irons (Gerenta de Servicios de acceso para el paciente)
FECHA DE ORIGEN	01/12/2015
ÚLTIMA FECHA DE REVISIÓN	Revisión: 08/15/2025 Revisado: 14/07/2025
APROBADO POR	Jeffrey Harrington (Vicepresidente, Director de Finanzas)

POLÍTICA: Política de asistencia financiera (FAP) - Atención hospitalaria con descuento (HDC) y Atención de beneficencia

Página 1 de 10

PROPÓSITO

- Definir el proceso para que los pacientes y familias soliciten asistencia financiera para pagar las facturas médicas de Children's Hospital Colorado (CHCO).
- Definir el proceso que usa CHCO para determinar la elegibilidad del paciente para la Asistencia financiera, incluida la Atención hospitalaria con descuento (HDC).
- Estandarizar el proceso para determinar la capacidad de un paciente/familia para pagar los servicios y para que CHCO cobre los pagos correspondientes de las familias/pacientes en base a sus calificaciones y en las Pautas Federales de Pobreza.
- Definir la política para facturarle y cobrarle dinero a los pacientes/familias que pagan por su atención médica y asegurar que CHCO cuente con una forma razonable de cobrar los pagos que se le adeudan.

ALCANCE

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

PERSONAL

Todos los miembros del equipo de todos los centros de CHCO y todos los pacientes tratados en cualquiera de los centros de CHCO.

DEFINICIONES

<i>Cantidades generalmente facturadas (AGB o Amounts Generally Billed)</i>	Los montos que se facturan en general por la Atención de emergencia u otra atención Médicamente necesaria para las personas con seguro que cubra esa atención. CHCO utiliza el método "retroactivo" basado en los reclamos reales pasados que se pagaron al hospital por Medicare en su modalidad de pago por servicio, junto con todos los seguros de salud privados que pagan reclamos al hospital (incluidas, en cada caso, las partes asociadas de estos reclamos pagados por beneficiarios de Medicare o personas aseguradas). CHCO calcula un porcentaje de AGB por cada centro médico y utiliza el porcentaje más bajo para todos los centros. El porcentaje de AGB se revisa y actualiza en abril todos los años.
<i>Deuda incobrable</i>	Una 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 CHCO 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.
<i>Atención hospitalaria con descuento («HDC» o Hospital Discounted Care), también conocida como Atención de beneficencia</i>	El programa de CHCO que proporciona Asistencia financiera para Pacientes calificados elegibles en coherencia con la Ley de Facturación de Atención Médica para Pacientes Indigentes de 2021, CRS 25-3-501, y siguientes y los requisitos de 501 (r) del IRS.

<i>Calificación de residencia en Colorado</i>	Los solicitantes de HDC deben ser residentes de Colorado. Un residente de Colorado es una persona que vive actualmente en Colorado y da fe de que pretende permanecer y residir en Colorado. No es necesario que un paciente esté legalmente presente en EE.UU. para pasar por el proceso de selección o para que reciba servicios en virtud de HDC. No califican las visitas de otros estados y los estudiantes cuya residencia principal esté fuera de Colorado.
<i>Episodio de atención</i>	Visitas relacionadas, que se registrarán en el EMR bajo el mismo Registro de cuenta del hospital («HAR» u <i>Hospital Account Record</i>). Se puede usar un Episodio de atención para determinar cuándo iniciar el proceso de selección y la creación y límites sobre los planes de pagos.
<i>Medidas extraordinarias de cobranza (ECA o Extraordinary Collection Actions)</i>	Las EGA son medidas tomadas en contra de una persona para obtener el pago de una factura de atención cubierta por la FAP de CHCO que requiere de 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 que requieren el envío de información negativa sobre una persona a las agencias de informes de solvencia de los consumidores o burós de crédito (en conjunto: «agencias de informes crediticios»).
<i>Tamaño de la familia</i>	Las personas no cónyuges o parejas de unión civil y los adultos no estudiantes de 18 a 64 años deben tener una demostración o certificación de apoyo financiero para ser incluidos en el tamaño del grupo familiar. Ni los menores de edad ni las personas mayores de 65 años necesitan documentación de apoyo financiero para ser contabilizados en el tamaño de la familia.
<i>Asistencia financiera</i>	La prestación de servicios de atención médica con descuento para pacientes que soliciten y cumplan los criterios establecidos en esta Política de asistencia financiera, que puede incluir la asistencia disponible a través de HDC.
<i>Política de asistencia financiera (FAP)</i>	Esta política, que describe lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Las reglas de elegibilidad para recibir ayuda financiera y si dicha ayuda incluye la atención con descuento. • La asistencia financiera y los descuentos disponibles para las personas que califiquen. • La base de cálculo de las cantidades que se cobran a los pacientes. • El método para solicitar Asistencia financiera; y • La lista de los profesionales que dan atención en el hospital y cuáles de ellos, si hay, están cubiertos por la FAP del hospital y cuáles no.
<i>Pautas federales de pobreza (FPG)</i>	Medida del nivel de ingresos que determina anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
<i>Programa gubernamental</i>	Un plan o programa que brinda beneficios para la salud, en forma directa, a través del seguro, o de otro modo, que tiene financiación directa, total o parcial, del Gobierno de los Estados Unidos o de un programa estatal de atención médica (como Medicaid, Child Health Plan [CHP+]), con excepción del Programa Federal de Beneficios de Salud para Empleados.
<i>Garante</i>	Persona o entidad que es responsable financiero o que acepta serlo.
<i>Estado de cuenta de facturación</i>	Comunicación directa al paciente que especifica un monto que se adeuda por servicios y las instrucciones para pagarlos.
<i>Ingreso</i>	Incluye sueldos y salarios, compensación por desempleo, compensación a los trabajadores, Seguro Social, ingreso suplementario de seguridad, pagos a veteranos, beneficios de supervivencia, ingreso por pensión o jubilación, intereses, dividendos, regalías, ingreso de herencias, fideicomisos, asistencia educacional, 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 se incluyen en los Ingresos. El ingreso familiar se calcula antes de impuestos y excluye ganancias o pérdidas de capital no realizadas. El ingreso puede incluir otros ingresos no devengados, es decir, efectivo bruto contable recibido de otras fuentes, aparte del empleo.

<i>Persona internacional</i>	Cualquier persona que recibe servicios y que cumple con uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Ciudadano no estadounidense con seguro no estadounidense, que no vive en EE.UU. o en territorio estadounidense • Ciudadano no estadounidense con seguro estadounidense, que no vive en EE.UU. o en territorio estadounidense • Ciudadano no estadounidense sin seguro, que no vive en EE.UU. o en territorio estadounidense • Ciudadano no estadounidense patrocinado por una embajada extranjera
<i>Emergencia médica/Atención de emergencia</i>	Lesión o enfermedad aguda que presenta un riesgo inmediato para la vida de la persona o su salud a largo plazo.
<i>Necesidad médica/Médicamente necesario</i>	Un servicio cubierto se considerará médicaamente 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: El servicio: <ul style="list-style-type: none"> • evitará o diagnosticará (o se espera que lo haga dentro de lo razonable) el inicio de la enfermedad, padecimiento, discapacidad primaria o secundaria. • 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. • reducirá o mejorará (o se espera que lo haga dentro de lo razonable) el dolor o sufrimiento causado por una enfermedad, lesión o discapacidad. • 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.
<i>Paciente calificado</i>	Persona que da fe de residir en Colorado, cuyo ingreso familiar no supera el 250% de las Pautas federales de pobreza (FPG), que recibió un servicio hospitalario como paciente internado o ambulatorio en un centro de atención médica.
<i>Pago particular</i>	El paciente no tiene o decide no usar el seguro comercial, cobertura de un programa gubernamental u otra Asistencia financiera. En el momento de la facturación, si el paciente no tiene HDC, se aplicará un descuento estándar del 35% en todos los saldos de pago particular.
<i>Persona con seguro insuficiente</i>	El garante tiene cierto nivel de seguro o asistencia externa, pero sigue teniendo gastos de bolsillo que superan su capacidad de pago.
<i>Persona sin seguro</i>	Una persona sin seguro es una persona que no tiene cobertura acreditable para ayudar a cumplir sus obligaciones de pago.

INFORMACIÓN GENERAL

1. El programa HDC de CHCO no es cobertura del seguro, sino más bien, un programa de atención con descuento para Pacientes calificados Sin seguro o Con seguro insuficiente, y que hayan demostrado necesidad financiera.
2. De acuerdo con la misión de CHCO de mejorar la salud de los niños mediante el ofrecimiento de los 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 de servicios médicos no les impida buscar o recibir atención. CHCO se compromete a brindar Asistencia financiera para los servicios de Emergencia y Médicamente necesarios sin ninguna discriminación para los Pacientes calificados Sin seguro, Con seguro insuficiente, o que no puedan por otro motivo pagar la atención médica necesaria en base a su situación financiera individual.
3. CHCO no discrimina a ningún solicitante o paciente por motivo de raza, color, etnia, nacionalidad, ancestros, edad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, religión, credo, creencias políticas, estado de inmigrante o discapacidad. Hay disponibles ayudas de comunicación, incluido el lenguaje de señas y los servicios de intérprete, sin cargo.
4. CHCO no denegará atención con descuento porque un paciente no haya solicitado beneficios públicos, a menos que durante la selección inicial, se determine que el paciente es presuntamente elegible para el Programa Estatal de Asistencia Médica, y CHCO no denegará la admisión o tratamiento de un paciente porque este pueda calificar para HDC.

5. 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.
6. Hay disponibles Asesores financieros de CHCO para ayudar a identificar posibles fuentes de pago y recursos basados en la comunidad, para facilitar servicios y proporcionar la asistencia apropiada para las derivaciones. Puede comunicarse con un asesor financiero al 720-777-7001.

POLÍTICA

1. **Derechos del paciente:** CHCO hará los esfuerzos razonables para notificar a los pacientes y familias sobre la disponibilidad de la Asistencia financiera y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud. La información sobre los derechos del paciente de solicitar Asistencia financiera está ampliamente disponible en inglés y español: en el sitio web público de CHCO, en las áreas de admisiones y sala de espera del paciente, en forma verbal o por escrito antes del alta del paciente, y se incluye en cada Estado de cuenta de facturación.
2. **Aviso de selección, solicitud y determinación**
 - A. **Proceso de selección:** CHCO ofrece evaluar la elegibilidad de cada paciente sin seguro para HDC, Health First Colorado (Colorado Medicaid), Medicaid de emergencia, Child Health Plan+, y otro seguro de salud público en cada Episodio de atención que implique Atención de emergencia o Médicamente necesaria. Los Asesores financieros de CHCO intentarán completar el proceso de selección en 45 días desde la fecha del servicio o del alta (lo que ocurra último). El proceso de selección consta de la primera página (autocertificación) de la Solicitud Uniforme del Estado de Colorado. El paciente puede pedir que lo evalúen para saber si califica para HDC hasta 365 días después de su fecha de servicio o de alta. Los menores de edad no pasarán por un proceso de selección separado de sus padres o tutores, a menos que estén emancipados o exista una circunstancia especial.
 - B. **Solicitud:** todos los pacientes o tutores de pacientes mayores de 18 años podrán solicitar HDC. Si la autocertificación indica elegibilidad, los asesores financieros de CHCO le proporcionarán al paciente/Garante una lista de datos y documentos necesarios para completar el proceso de solicitud. Un paciente/Garante puede igualmente solicitar completar toda la solicitud incluso si la selección indica que probablemente no sea elegible. El paciente/Garante deberá completar la Solicitud Uniforme del Estado de Colorado y presentar toda la documentación requerida dentro de los 45 días. Se notificará al paciente/tutor en caso de documentación faltante, dentro de los 3 días hábiles de la recepción de la solicitud. Si no se presenta toda la información y documentación necesaria, puede haber un retraso de la determinación o un rechazo de la solicitud.
 - C. **Notificación:** CHCO brindará notificación de determinación de elegibilidad para HDC dentro de los 14 días de la recepción de la solicitud completada y de toda la información y documentos solicitados. La decisión sobre elegibilidad para HDC se aplica al paciente y a los miembros del grupo familiar del paciente. CHCO le enviará una copia de la determinación a los profesionales correspondientes que trataron al paciente en CHCO. El paciente/Garante tendrá la posibilidad de apelar la determinación dentro de los 30 días calendario de la fecha de la carta de determinación.
 - D. **Rechazo de la selección:** si el paciente/Garante rechaza la selección, se le pedirá que documente este rechazo firmando el formulario de rechazo de selección. El personal de CHCO documentará un rechazo de selección verbal en el formulario de rechazo de la selección. El paciente/Garante puede cambiar de opinión en cualquier momento y pedir pasar por el proceso de selección.
 - E. **Pacientes con seguro:** los pacientes con seguro pueden solicitar la selección dentro de los 45 días de la fecha de servicio, o de la fecha del primer Estado de cuenta de facturación después del ajuste del seguro. CHCO contactará al paciente/Garante dentro de los 3 días de la solicitud, para programar la selección.
 - F. **Cambios en el estado del seguro:** si se cree que el paciente tiene seguro en la fecha de servicio y posteriormente se determina que no tiene seguro, CHCO contactará al paciente/Garante dentro de los 45 días de la fecha de notificación de que el paciente no tiene seguro, para ofrecer completar la selección.
 - G. **Mejores esfuerzos para contactar al paciente:** si se da el alta a un paciente sin proceso de selección o sin completar el formulario de rechazo de selección para ese Episodio de atención, CHCO hará "sus mejores esfuerzos de contactar al paciente" para intentar hacerle la selección al paciente. Esto incluye intentos de contactarlo por teléfono, mensajes de texto, correo electrónico o mensajes en el portal MyChart, al menos una vez por mes durante 6 meses después de la fecha de servicio, con la primera ronda de intentos de contacto enviada antes del período límite de 45

días, a menos que el paciente nos diga que dejemos de contactarlo. Se pueden enviar Estados de cuenta de facturación a partir del día 46 después de la fecha de servicio.

3. Criterios de elegibilidad para la Asistencia financiera de HDC

- A. La Elegibilidad para la asistencia financiera se determinará en el momento de la solicitud, según la información enviada por el paciente o su parente/tutor dentro de la Solicitud Uniforme del Estado de Colorado completada, y la documentación acompañante.
- B. La información que se requiere para determinar la Elegibilidad para la asistencia financiera se indica en la Solicitud Uniforme.
- C. El estado financiero del solicitante se determina sobre la base de los Ingresos y el tamaño del grupo familiar. CHCO sigue la metodología de contabilización de Ingresos establecida por el Departamento de Pólizas y Financiación de Atención de la salud de Colorado y no considera activos o recursos líquidos o no líquidos para determinar la elegibilidad. Las FPG se usan para determinar elegibilidad y la base para calcular los montos cobrados a pacientes por HDC y para ciertos otros programas y beneficios gubernamentales. HDC está disponible para toda la atención de Emergencia y Médicamente necesaria para todos los Pacientes calificados con Ingreso familiar anual de hasta el 250% de la FPG, con un nivel de descuento para el cual una persona es elegible determinado en una escala móvil de tarifas, según la calificación de la persona, o el Ingreso familiar como porcentaje de FPG. CHCO proporciona la asistencia financiera limitada adicional para los Servicios para pacientes internados solo para personas con FPG del 251% al 400%.
- D. HDC de CHCO está disponible solo para los Pacientes calificados y solo para los servicios hospitalarios ambulatorios y para pacientes internados por la atención de Emergencia y Médicamente necesaria. CHCO ofrece alguna asistencia financiera limitada para los servicios médicos de Emergencia para todos los pacientes, incluidas las Personas internacionales. CHCO derivará a los solicitantes según corresponda a Connect for Health Colorado, el mercado de seguro médico de Colorado, para obtener información sobre el seguro médico privado.
- E. Si la Asistencia financiera se usará para cubrir los servicios prestados en fechas anteriores, el paciente/familia debe indicarlo en la solicitud de asistencia. La solicitud se debe completar dentro de los 365 días de la fecha de servicio o del alta. Ningún servicio prestado más de 365 días antes de la fecha de solicitud será elegible para la Asistencia financiera.
 - 1) Si se recibe una solicitud completa, toda ECA relacionada con las fechas de servicio se suspenderá hasta que se tome una determinación de elegibilidad para la Asistencia financiera, y si se establece que la persona es elegible, las ECA 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.

4. Descuentos en servicios de atención médica

- A. **Descuentos de HDC para los pacientes calificados:** Children's Hospital Colorado (CHCO) limita el monto facturado a los Pacientes Calificados elegibles para HDC por la atención de emergencia y la atención médica necesaria, al monto menor entre la Tarifa de Descuento del Estado de Colorado (según lo publicado en el sitio web de HCPF) o el Monto Generalmente Facturado (AGB) para las personas con seguro que cubre dicha atención. Los cargos y montos con descuento facturados se indican en el Apéndice adjunto.
- B. **Planes de pago:** CHCO acordará planes de pago con los Pacientes calificados en donde el Paciente calificado pagará la atención en cuotas mensuales. Las cuotas mensuales por cargos hospitalarios no superarán el 4% de su Ingreso mensual del hogar (2% para honorarios profesionales) y no pagarán más del 6% del ingreso familiar del paciente en una factura integral con todos los cargos de profesionales de atención médica licenciados y del centro de atención médica. Después de 36 meses acumulados de pago, CHCO considerará la factura del Paciente calificado como pagada en su totalidad y dejará de realizar actividades de cobro sobre los saldos que sigan impagos.

5. Límites sobre las actividades de cobro

- A. Antes de ceder o vender la deuda del paciente a una agencia de cobro o comprador de deuda, o tramitar ECA, CHCO cumplirá los requisitos de selección/rechazo de selección y los Mejores esfuerzos de contactar al paciente según lo indicado anteriormente, brindará atención con descuento y una explicación simple de servicios y cargos facturados, y notificará al paciente potenciales las acciones de cobro y facturará a todo pagador externo aplicable, de conformidad con cualquier requisito de facturación fuera de la red.
- B. CHCO no iniciará ECA sobre las deudas del paciente para los pacientes sin seguro que se

determinen elegibles para el programa HDC de CHCO y tengan un nivel de FPG de hasta 250%, o para los pacientes elegibles para quienes el hospital no haya cumplido los requisitos de Mejores esfuerzos de contactar al paciente.

- C. Los montos adeudados por Paciente calificados se limitan a las tarifas de descuento indicadas en esta política (reducidas por los pagos recibidos del paciente o de pagadores externos) y todos los terceros que participen en las medidas de cobro en nombre de CHCO seguirán esta política.

- 1) CHCO no iniciará ECA durante por lo menos 120 días después de la fecha en que CHCO presente el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta por los servicios recibidos. CHCO enviará al menos cinco avisos de facturación, aproximadamente cada 30 días, al Garante de una cuenta, informando un saldo a pagar: los Primeros tres avisos informan al Garante que hay un saldo impago sobre una cuenta; el Cuarto aviso recuerda al Garante que continúa impago el saldo; el quinto aviso le recuerda al Garante el saldo vencido y el Último aviso de la cuenta vencida notifica 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.
- 2) Las cuentas pueden pagarse en su totalidad, establecer un plan de pago, derivarse a asesoría financiera o se puede proporcionar más información del seguro durante este período. Se brinda información sobre la Asistencia financiera con cada estado de cuenta de facturación.
- 3) Después de haber enviado 5 avisos de facturación sin recibir el pago correspondiente dentro de los 15 días siguientes al Último aviso, la cuenta podrá convertirse en Deuda incobrable y se tomarán medidas extraordinarias de cobranza. Las cuentas se consideran Deuda incobrable cuando los saldos de los pacientes no han sido pagados y CHCO 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.
- 4) Si se han agotado todas las demás opciones para cobrar un pago y la cuenta como Deuda incobrable tiene más de 15 días sin que el Garante se haya comunicado si el Garante se niega a liquidar el saldo, podrán tomarse ECA.

6. Profesionales y servicios con y sin cobertura:

- A. Las determinaciones de HDC y la asistencia financiera de CHCO se aplican a los servicios hospitalarios de CHCO y a los cargos del centro/hospital de CHCO. Algunos servicios profesionales prestados por médicos y otros profesionales de atención médica en centros de CHCO pueden no estar cubiertos por esta FAP. Los profesionales de atención médica y los médicos que brindan atención en CHCO pueden aceptar las determinaciones de elegibilidad para HDC de CHCO para los cargos por sus honorarios profesionales, pero el cronograma de tarifas de descuento puede diferir del cronograma de CHCO.

Las siguientes organizaciones tienen sus propias políticas de asistencia financiera para sus honorarios profesionales, y el paciente puede hacer consultas directamente a estas organizaciones:

University of Colorado School of Medicine (Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado), 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 (Laboratorio de patología de medicina de la Universidad de Colorado)
Poudre Valley Medical Group, LLC d/b/a UC Health Medical Group (UCHMG)

B. La atención y gastos no cubiertos por esta FAP:

- 1) Servicios de atención médica que no son de Emergencia o Médicamente necesarios, incluidos cirugías optativas o cosméticas, paquetes de pago particular, acuerdo de caso único, subsidios e investigación, o cuando exista la obligación legal de que un tercero pague un reclamo (es decir, ciertas personas físicas, entidades, aseguradoras o programas).
- 2) La Asistencia financiera/HDC de CHCO no se extiende más allá de los servicios hospitalarios para los pacientes ambulatorios e internados. No se extiende a los costos asociados a vivienda, comida, transporte, servicios comunitarios, o servicios/suministros relacionados con la continuidad de la atención médica o con la atención post-aguda (por ejemplo: equipo médico duradero, atención médica domiciliaria, hospicio, etc.).

7. **Asistencia y métodos para presentar la solicitud:** Hay disponible una copia de la Solicitud Uniforme del Estado de Colorado y asistencia para completar las solicitudes, gratis y a pedido:
 - A. En línea [Programas de asistencia financiera | Children's Hospital Colorado](#):
 - B. En persona:
Anschutz Medical Campus: 13123 East 16th Avenue, Aurora, CO 80045, o
Colorado Springs Hospital: 4090 Briargate Parkway, Colorado Springs, CO 80920; o
 - C. Llame al Departamento de Asesoría Financiera al 720-777-7001.
8. **Acceso a la política, derechos del paciente, y resumen en lenguaje sencillo:** Hay disponible copia de esta Política, de los derechos del paciente a HDC y de un resumen en lenguaje sencillo, gratis y a pedido, en inglés y español:
 - A. En línea [Programas de asistencia financiera | Children's Hospital Colorado](#)
 - B. En persona, en todos los centros hospitalarios de CHCO
 - C. Llamando al Departamento de Asesoría Financiera al 720-777-7001 o a Servicios Financieros para Pacientes al 720-777-6422.
 - D. Por correo electrónico en pfs@childrenscolorado.org
9. **Conservación de registros:** Los registros y notificaciones relacionados con Asistencia financiera se mantienen en la historia clínica del paciente y se conservan según las pautas de conservación de registros médicos de CHCO.

REFERENCIAS

Proyecto de Ley 21-1198 de la Cámara de Representantes de Colorado: CRS 25.5-3-501 y sig.

Proyecto de Ley 22-1403 de la Cámara de Representantes de Colorado

Proyecto de Ley 24-116 de la Cámara de Representantes de Colorado

Proyecto de Ley 24-1399 de la Cámara de Representantes de Colorado

10 CCR 2505-10, Sección 8.900, y sig. y 8.3000

26 CFR 1.501(r)-0 a 26 CFR 1.501(r)-7

<https://www.irs.gov/pub/irs-irbs/irb15-05.pdf>

ADJUNTOS

[ADJUNTO de Derechos del paciente a atención hospitalaria con descuento - Campus principal](#)

[ADJUNTO EN ESPAÑOL de Derechos del paciente a la atención hospitalaria con descuento - Campus principal](#)

[ADJUNTO de Derechos del paciente a la atención hospitalaria con descuento - Southern Colorado](#)

[ADJUNTO EN ESPAÑOL de Derechos del paciente a la atención hospitalaria con descuento - Southern Colorado](#)

[ADJUNTO de la Guía de Depósito para pacientes que pagan por cuenta propia.](#)

[ADJUNTO del paquete dental](#)

[ADJUNTO de la Lista de control de asistencia financiera](#)

[Carta de asistencia financiera - en inglés](#)

[Carta de asistencia financiera - en español](#)

DOCUMENTOS RELACIONADOS

[No discriminación de pacientes](#)

[EMTALA \(Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo\).](#)

[Programación de persona internacional y autorización financiera](#)

[Plan de pago y asistencia financiera - Acuerdo de pago particular en inglés](#)

[Plan de pago y asistencia financiera - Acuerdo de pago particular en español - ADJUNTO](#)

Política de asistencia financiera (FAP) - Política pública en español - ADJUNTO

Resumen en lenguaje sencillo

APÉNDICE

Apéndice A

**Base para calcular descuentos, aplicable a los pacientes que tengan aprobada la asistencia financiera y
Pautas federales de pobreza (FPG o Federal Poverty Guidelines) y pautas sobre ingresos**

Revisado por:

«La versión oficial de cualquier P&P de CHCO es la copia electrónica publicada en intranet. Las copias impresas de políticas requeridas para cualquier fin legítimo se imprimirán desde la intranet en el momento en que se necesiten.»

Apéndice A: Base para calcular descuentos, aplicable a los pacientes que tengan aprobada la asistencia financiera y las Pautas federales de pobreza (FPG o *Federal Poverty Guidelines*) y pautas sobre ingresos

Límites de ingreso anual (vigentes desde el 1 de marzo de 2025)						
Tamaño del hogar	100% de la Pauta federal de pobreza (FPG)	125% de la FPG	150% de la FPG	175% de la FPG	200% de la FPG	250% de la FPG
1	\$15,650	\$19,562	\$23,475	\$27,387	\$31,300	\$39,125
2	\$21,150	\$26,437	\$31,725	\$37,012	\$42,300	\$52,875
3	\$26,650	\$33,312	\$39,975	\$46,635	\$53,300	\$66,625
4	\$32,150	\$40,187	\$48,225	\$56,262	\$64,300	\$80,375
5	\$37,650	\$47,062	\$56,475	\$65,887	\$75,300	\$94,125
6	\$43,150	\$53,937	\$64,725	\$75,512	\$86,300	\$107,875
7	\$48,650	\$60,812	\$72,975	\$85,137	\$97,300	\$121,625
8	\$54,150	\$67,687	\$81,225	\$94,762	\$108,300	\$135,375
9	\$59,650	\$74,562	\$89,475	\$104,387	\$119,300	\$149,125
10	\$65,150	\$81,437	\$97,725	\$114,012	\$130,300	\$162,185

Cronograma de copagos de la Atención hospitalaria con descuento (HDC o Hospital Discounted Care)

Año calendario (01/07/25 al 30/06/26)

Visita a la clínica ambulatoria (Atención primaria y preventiva, CHC, ADO MED, YM, CAMP)		
Calificación de ingresos	Carta	Costo con descuento
0-40%	N	\$7
41-62%	A	\$15
63-81%	B	\$15
82-100%	C	\$20
101-117%	D	\$20
118-133%	E	\$25
134-159%	F	\$25
160-185%	G	\$35
186-200%	H	\$35
201-250%	I	\$40
0%	Z	\$0

Visita a la clínica especializada ambulatoria (Oncología, Ortopedia, CCBD, Cardio, etc.)		
Calificación de ingresos	Carta	Costo con descuento
0-40%	N	\$15
41-62%	A	\$25
63-81%	B	\$25
82-100%	C	\$30
101-117%	D	\$30
118-133%	E	\$35
134-159%	F	\$35
160-185%	G	\$45
186-200%	H	\$45
201-250%	I	\$50
0%	Z	\$0

Servicios auxiliares (XR, PFT, US, IR, Prueba de esfuerzo, Pruebas genéticas, Estudio del sueño)		
Calificación de ingresos	Carta	Costo con descuento
0-40%	N	\$15
41-62%	A	\$25
63-81%	B	\$25
82-100%	C	\$30
101-117%	D	\$30
118-133%	E	\$35
134-159%	F	\$35
160-185%	G	\$45
186-200%	H	\$45
201-250%	I	\$50
0%	Z	\$0

Admisión de internación, Observación, Recuperación extendida, Habitación para paciente ambulatorio, Transporte aéreo		
Calificación de ingresos	Carta	Costo con descuento
0-40%	N	\$15
41-62%	A	\$65
63-81%	B	\$105
82-100%	C	\$155
101-117%	D	\$220
118-133%	E	\$300
134-159%	F	\$390
160-185%	G	\$535
186-200%	H	\$600
201-250%	I	\$630
0%	Z	\$0

Cirugía ambulatoria		
Calificación de ingresos	Carta	Costo con descuento
0-40%	N	\$15
41-62%	A	\$65
63-81%	B	\$105
82-100%	C	\$155
101-117%	D	\$220
118-133%	E	\$300
134-159%	F	\$390
160-185%	G	\$535
186-200%	H	\$600
201-250%	I	\$630
0%	Z	\$0

Servicios ambulatorios (tomografía, resonancia, PET, electromiografía, laboratorio de cateterismo, medicina nuclear)		
Calificación de ingresos	Carta	Costo con descuento
0-40%	N	\$30
41-62%	A	\$90
63-81%	B	\$130
82-100%	C	\$185
101-117%	D	\$250
118-133%	E	\$335
134-159%	F	\$425
160-185%	G	\$580
186-200%	H	\$645
201-250%	I	\$680
0%	Z	\$0

Sala de emergencias/Atención de urgencias/Transporte terrestre a la sala de emergencias			Recetas y óptica			Laboratorio ambulatorio		
Calificación de ingresos	Carta	Costo con descuento	Calificación de ingresos	Carta	Costo con descuento	Calificación de ingresos	Carta	Costo con descuento
0-40%	N	\$15	0-40%	N	\$5	0-40%	N	\$5
41-62%	A	\$25	41-62%	A	\$10	41-62%	A	\$10
63-81%	B	\$25	63-81%	B	\$10	63-81%	B	\$10
82-100%	C	\$30	82-100%	C	\$15	82-100%	C	\$15
101-117%	D	\$30	101-117%	D	\$15	101-117%	D	\$15
118-133%	E	\$35	118-133%	E	\$20	118-133%	E	\$20
134-159%	F	\$35	134-159%	F	\$20	134-159%	F	\$20
160-185%	G	\$45	160-185%	G	\$30	160-185%	G	\$30
186-200%	H	\$45	186-200%	H	\$30	186-200%	H	\$30
201-250%	I	\$50	201-250%	I	\$35	201-250%	I	\$35
0%	Z	\$0	0%	Z	\$0	0%	Z	\$0

El copago por **internación en el hospital y cirugía ambulatoria** es obligatorio para los cargos relacionados con servicios no prestados por médicos (servicios de las instalaciones) incurridos durante la atención en un hospital en una estadía continua de 24 horas o más, o por cirugía ambulatoria en procedimientos quirúrgicos recibidos por un paciente que es admitido y dado de alta del entorno hospitalario el mismo día.

Se requiere el copago por el **Médico de sala de emergencias y para el paciente internado** para cargos relacionados con servicios proporcionados directamente por el médico en el entorno del hospital, incluida la atención en sala de emergencias.

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

Se requiere el copago por **Sala de emergencias del Hospital** para los cargos relacionados con los servicios que no sean de un médico (instalación) en los que se incurra mientras se recibe atención en el entorno del hospital por una estadía continua de menos de 24 horas, incluso en la Sala de emergencias.

Se requiere el copago de la **Clínica especializada ambulatoria** para los cargos relacionados con los servicios que no sean de un médico (instalación) y de un médico recibidos en el entorno de clínica especializada ambulatoria, pero no incluye los cargos por servicios ambulatorios prestados en el entorno del hospital (es decir: el médico de la sala de emergencias, la cirugía ambulatoria). Los cargos de atención especializada ambulatoria incluyen la atención médica distintiva (es decir: oncología, ortopedia, hematología, neumonología) que no está normalmente disponible como la atención médica primaria y preventiva.

Se requiere el copago por **Recetas** para los medicamentos recetados recibidos en la farmacia de un profesional de atención médica de HDC/CICP calificado.

Se requiere el copago de **Servicios del laboratorio** para los cargos relacionados con los análisis de laboratorio recibidos por el cliente que no estén asociados con un cargo de centro para los pacientes internados o ambulatorios de un hospital durante el mismo período; la radiología y los estudios de imágenes en el entorno de la clínica.

Servicios ambulatorios - Los clientes que reciben una resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía con emisión de positrones (PET), laboratorio de cateterismo u otros servicios de medicina nuclear en un entorno ambulatorio deben pagar el copago que figura en la tabla.

Los Servicios auxiliares son servicios prestados en CHCO fuera de una Clínica de atención primaria de especialidad específica, atención para paciente internado, ambulatorio, cirugía ambulatoria, sala de emergencias o atención de urgencias (por ejemplo: radiografías, ecografías, pruebas de esfuerzo, pruebas de función pulmonar, electrocardiograma, etc.).

Transporte aéreo o terrestre de emergencia - Los clientes que reciben el transporte de emergencia y que tienen aprobada la atención hospitalaria con descuento deberán pagar el copago aplicable relacionado con el Transporte terrestre o aéreo de emergencia.