Asistencia Financiera y Responsabilidad de Pago del Paciente

Propósito:

Como organización sin fines de lucro y exenta de impuestos, Boulder Community Health (BCH) se dedica a garantizar que la atención de emergencia y otras prestaciones médicas necesarias sean accesibles a todos los pacientes, independientemente de habilidades de pago, la capacidad de calificar para asistencia financiera o la disponibilidad de terceras coberturas. De acuerdo, en conformidad con las leyes estatales y federales aplicables, BCH adoptó esta Política de Asistencia Financiera (FAP, por su sigla en inglés). FAP será ampliamente publicada e incluye los criterios de elegibilidad de ayuda financiera, la base para calcular los montos cobrados a pacientes y el método para solicitar asistencia financiera.

Objetivo:

Esta política se aplica a toda atención de emergencia y médicamente necesaria proporcionada por el Hospital Boulder Community Health Foothills, todas sus instalaciones cubiertas y proveedores empleados de BCH o consultorios que brindan servicios dentro de una instalación cubierta enumerada en el Anexo A.

Declaración de política:

En el cumplimiento de su obligación bajo esta política, BCH participará en Medicaid (Health First Colorado), Qualified Charity Care Program (QCCP, por sus siglas en ingles), Atención Hospitalaria con Descuento (HB21-1198) y BCH patrocina su propio programa de asistencia financiera, "WeCare", y apoya otras actividades de mejora de la salud en la comunidad.

Se espera que todos los pacientes sin seguro médico sean evaluados para el programa de Atención Hospitalaria con Descuento o que firmen el formulario para rechazar la solicitud de evaluación. Se espera que los pacientes con cobertura de seguro médico paguen deducibles, coseguro estimado y/o copagos el día en que se prestan los servicios.

Excepciones:

- Según lo definido por EMTALA, BCH no demorará la prestación de un examen médico, un tratamiento de estabilización o un traslado adecuado, o participara en actividades que desalentarían a una persona de buscar atención médica de emergencia por preguntar sobre el método de pago o el estado del seguro de la persona. Los arreglos financieros con los pacientes de la sala de emergencias no se discutirán hasta que el paciente haya sido evaluado y tratado según la política de BCH EMTALA.

-Acuerdos de Caso Único Aprobados

-Participantes en ensayos clínicos o programas de subvenciones

-Pacientes aprobados o pendientes de aprobación para Atención Hospitalaria con Descuento

Definiciones:

Familia - Para pacientes de 18 años o mayor, la familia del paciente se define como su cónyuge o pareja doméstica, e hijos dependientes menores de 21 años (vivan o no en casa). Para personas menores de 18 años, la familia de un paciente se define como incluir a un padre o pariente cuidador y otros niños menores de 21 años del padre o pariente cuidador.

Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés) – Los montos generalmente facturados por emergencia u otro tipo de cuidado médico necesario a individuos que tienen seguro que cubre dicha atención después de que se hayan aplicado los descuentos por el contrato de seguro del individuo. El porcentaje de Monto Generalmente Facturado (AGB) por las instalaciones y proveedores cubiertos se calculará y actualizará anualmente por separado. El AGB está disponible en el Anexo A para cada instalación y proveedor.

Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) – Total de personas en el hogar e ingresos actuales.

Servicio Hospitalario - Un Servicio Hospitalario es un servicio proporcionado por Boulder Community Health en un entorno para pacientes hospitalizados o ambulatorios en un hospital con licencia hospitalaria y facturado por Boulder Community Health. El término no incluye los servicios profesionales facturables por separado de los médicos o profesiones de práctica avanzada o servicios proporcionados por cualquier persona o instalación fuera de un hospital con licencia.

Servicio Médicamente Necesario – Un servicio médicamente necesario es un servicio hospitalario o un bien que:

a. Previene, diagnostica, cura, corrige, reduce o alivia —o se espera razonablemente que lo haga— el dolor y el sufrimiento, o los efectos físicos, mentales, cognitivos o del desarrollo de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad. Esto puede incluir un plan de tratamiento que consista únicamente en observación o en la ausencia de tratamiento;

A. Se presta de conformidad con las normas profesionales de atención médica generalmente aceptadas en los Estados Unidos;

B. Es clínicamente adecuado en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración;

C. No tiene como fin principal el beneficio económico del proveedor ni la conveniencia del paciente, del cuidador o del proveedor;

D. Se proporciona en el entorno o los entornos más adecuados según la afección del paciente;

E. No es experimental ni de investigación; y

F. No es más costoso que otras opciones de tratamiento igualmente eficaces.

Cirugía/Procedimiento Electivo - Una cirugía o procedimiento electivo es una cirugía que se programa con anticipación porque no implica una emergencia médica.

Centro de Atención Médica - Significa que es un hospital con licencia como hospital general de acceso agudo o crítico, un departamento de emergencia independiente con licencia, un centro de atención médica ambulatoria con licencia como departamento o servicio en las instalaciones de un hospital y un centro de atención médica fuera de las instalaciones que está bajo la licencia de un hospital. No incluye Centros de Salud Federalmente Calificados o clínicas médicas de aprendizaje estudiantil y clínicas dentales que se establecen con el propósito de aprendizaje estudiantil, que ofrecen atención al paciente con descuento como parte de un programa de aprendizaje estudiantil y que se encuentran físicamente dentro de una escuela de ciencias de la salud.

HB21-1198 - Atención Hospitalaria con Descuento del Estado de Colorado

Directrices de Procedimiento:

BCH y cada paciente individualmente es responsable de los procesos generales relacionados con la prestación de asistencia financiera.

Responsabilidades de BCH:

1. Después de recibir la solicitud de asistencia financiera de la persona y toda la documentación requerida, BCH notifica a la persona de la determinación de elegibilidad dentro de los 14 días.

2. BCH proporcionará un reembolso al paciente si los pagos se han realizado en exceso de la tasa de asistencia financiera aprobada y el copago establecido para cualquier solicitud que se reciba durante el período de solicitud definido por §1.501 (r) -1 (b) (3).

3. BCH proporciona a sus pacientes opciones de pago.

4. BCH respeta el derecho de un individuo a hacer preguntas y buscar reconsideración.

5. BCH revisará e incorporará anualmente las pautas federales de pobreza para las actualizaciones publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

6. El porcentaje de Monto Generalmente Facturado (AGB) para las instalaciones y los proveedores cubiertos se calculará y actualizará anualmente por separado. El AGB está disponible en el Anexo A para cada instalación y proveedor.

7. BCH hará que las determinaciones de elegibilidad de asistencia financiera y el proceso de solicitud de asistencia financiera sean equitativos, consistentes y oportunos.

Responsabilidades del paciente:

1.Para ser considerado para un descuento bajo el FAP, el paciente debe cooperar con BCH para proporcionar la información y documentación necesaria para determinar la elegibilidad y solicitar cualquier asistencia financiera que pueda ser disponible para pagar la atención médica como Medicare, Medicaid, responsabilidad de terceros, etc. Esto incluye completar los formularios de solicitud requeridos y cooperar plenamente con el proceso de recopilación y evaluación de información.

2. Una persona que califica para asistencia financiera debe cooperar con BCH para establecer un plan de pago razonable y debe hacer un esfuerzo de buena fe para honrar los planes de pago para sus facturas con descuento.

3. El paciente es responsable de notificar de inmediato a BCH de cualquier cambio en la situación financiera para que el impacto de este cambio pueda evaluarse contra el FAP, sus facturas descontadas o las prestaciones de los planes de pago.

BCH debe evaluar a cada paciente sin seguro para determinar si es elegible para Health First Colorado, Child Health Plan Plus (CHP +), Medicare, Medicaid de Emergencia, Qualified Charity Care Program (QCCP, por sus siglas en ingles), y Atención Hospitalaria de Descuento. Un paciente tiene derecho a negarse a ser examinado firmando la forma de rechazo (Decline Screening form). Si el paciente solicita, un Centro de Atención Médica evaluara al paciente asegurado.

Los pacientes con seguro médico pueden ser elegibles para asistencia financiera siguiendo las pautas de cada plan de salud.

Opciones de Asistencia Financiera:

Qualified Charity Care Program (QCCP por sus siglas en ingles)

Los pacientes que residen en áreas de servicio de BCH, que reciben servicios no emergentes y servicios hospitalarios programados médicamente necesarios son elegibles para solicitar el QCCP. Consulte el Anexo B para los códigos postales elegibles para el área de servicio de BCH del condado de Boulder. El Nivel Federal de Pobreza (FPL) ajustado de un paciente se calculará utilizando el ingreso familiar del paciente y el tamaño de la familia. El monto de la asistencia será determinado por el FPL ajustado del paciente (ingreso del hogar + tamaño de la familia del hogar). Los descuentos están disponibles para los pacientes cuyos ingresos ajustados son iguales o inferiores al 250% del FPL. Los solicitantes con seguro de salud privado son elegibles para QCCP. Los proveedores deben facturar al seguro de terceros antes de que las reclamaciones se cancelen a QCCP.

Elegibilidad:
• El solicitante debe ser residente de Colorado. Un solicitante es residente de Colorado si actualmente vive en Colorado y tiene la intención de permanecer en Colorado. Los solicitantes pueden auto declarar su intención de permanecer en Colorado si no pueden proporcionar prueba de su residencia (esto NO se aplica a los estudiantes universitarios).
• La fecha de servicio debe ser dentro de 180 días de la fecha de solicitud para QCCP.
• Solicitantes que reciben servicios de emergencia y residen en Colorado.

Solicitantes no elegibles:
• Solicitantes bajo alguna custodia legal.
• Estudiantes universitarios NO de Colorado o Estados Unidos que se encuentran en Colorado con fines de educación superior.
• Visitantes de otros estados o países.
• Personas que califican para Health First Colorado o CHP+.
• FPL superior a 250%.

Servicios excluidos:
• Tratamientos experimentales/no aprobados por la USFDA
• Cirugías electivas no médicamente necesarias
• Procedimientos ordenados por el tribunal (ej. pruebas de drogas)
• Abortos excepto donde lo exija la ley
• Servicios de salud mental como diagnóstico primario
• Cuidado en asilo de ancianos
• Servicios Quiroprácticos
• Dental no urgente
• Cirugía estética
• Servicios de medicina deportiva de CU

Al determinar los ingresos de un individuo para QCCP, se requiere la siguiente información para tomar una determinación:

• Comprobante de ingreso bruto actual y del mes pasado de la persona responsable y el cónyuge, si está casado. Se pueden requerir meses adicionales si un mes no es un buen promedio de ingresos.

La documentación de empleo puede incluir: talones de cheque, historial de nómina u otros comprobantes de ingreso, una carta del empleador que indique el salario o el pago por hora y la cantidad de horas trabajada regularmente, la declaración de impuestos más reciente, o el técnico de elegibilidad puede comunicarse con el empleador para obtener una confirmación verbal de su pago.

La documentación de trabajo por cuenta propia puede incluir: talones de cheques de pago, historial de nómina u otros registros de salarios si se pagan a sí mismos como empleados de la empresa, registros financieros comerciales, incluidos, entre otros, estados de pérdidas y ganancias, libros de contabilidad, cuentas bancarias comerciales que muestran depósitos y retiros, facturas y recibos, etc. (Los pacientes no necesitan proporcionar todos estos documentos, lo suficiente para mostrar sus ingresos mensuales), o la declaración de impuestos más reciente, si el miembro del hogar no tiene un registro disponible de la actividad de ingresos y gastos comerciales más reciente.

La documentación de pago en efectivo puede incluir: recibos bancarios que muestren depósitos en efectivo realizados, libros de contabilidad (libro de cuentas, lista de ingresos y gastos, etc.) u otra documentación de pagos de clientes, cartas de su empleador (es decir, indicando cuánto les pagan normalmente por sus servicios en un mes).

Ingreso Adicional: Seguridad de Ingreso Suplementario (Social Security Income o SSI), Seguro Social por Incapacidad (SSDI), propinas, bonos, comisiones, Discapacidad a Corto Plazo, pagos de pensione, pagos de cuentas de jubilación, desembolsos de ganancias de lotería, pagos mensuales de fondos fiduciarios, ingresos por desempleo o una carta para miembros adultos desempleados del hogar que demuestre que no tienen ingresos.

Los aplicantes y otros miembros del hogar que están enfrentando la falta de vivienda están exentos de los requisitos de documentación de ingresos.

• Si un paciente parece ser elegible para Medicaid, CHP+ o Medicare, se requiere una carta de denegación del estado/condado/PEAK antes de solicitar QCCP. Las aplicaciones negadas debido a que el solicitante se reúsa a proporcionar documentación NO es prueba suficiente de que al solicitante se le haya negado la cobertura. Las cartas de denegación solo deben aceptarse si están fechadas dentro de los 45 días posteriores al comienzo de la solicitud.

Los pacientes que no presenten toda la documentación requerida dentro de 45 días corridos deberán presentar documentación actualizada para completar la solicitud. Una vez que se reciba toda la información requerida, la Solicitud QCCP será procesada y enviada al paciente para ser revisada y firmada. Una vez que la solicitud firmada sea devuelta al especialista de caridad, el descuento se aplicará al balance(s). Se enviará por correo una carta de determinación y una tarjeta de copagos al paciente.

El plan de pago de QCCP:
Los planes de pago que se establecen para pagar las facturas no pueden exceder el cuatro (4) por ciento del ingreso familiar mensual del paciente. Para las facturas de los profesionales de la salud, el límite es del dos (2) por ciento del ingreso mensual del hogar. Una vez que se han realizado 36 pagos, el resto de la factura se perdona y se cesan todas y cada una de las actividades de cobro sobre cualquier saldo que permanezca sin pagar.

Programa de asistencia financiera WeCare –
Los pacientes que residen en el área de servicio de BCH, que reciben servicios no emergentes y servicios hospitalarios programados medicamente necesario, pueden solicitar WeCare bajo esta política. Consulte el Anexo B para conocer los códigos postales elegibles del Condado de Boulder. El Nivel Federal de Pobreza (FPL) ajustado del paciente se calculará utilizando el ingreso del hogar/familiar del paciente más los bienes y el tamaño de la familia del hogar. El monto de la asistencia será determinado por el FPL ajustado del paciente (ingreso del hogar + bienes (activos líquidos) + tamaño de la familia del hogar). Los solicitantes con seguro de salud privado son elegibles para WeCare. Los proveedores deben facturar al seguro de terceros antes de que las reclamaciones se cancelen a WeCare.

Elegibilidad:
• Aplicantes con ingresos mayores para QCCP cuyo ingreso familiar ajustado está entre el 250% y el 350% del FPL.
• Solicitantes que recibieron servicios de emergencia y residen fuera de Estados Unidos: si se determina que son elegibles, en estos casos, el servicio proporcionado se descontará a la tarifa actual de AGB. Consulte el Apéndice A para conocer las tarifas AGB.
• Solicitantes que recibieron servicios de emergencia y residen fuera de Colorado.
• Los solicitantes que residen fuera del área de servicio de BCH (consulte el Anexo B) son elegibles para solicitar descuentos de WeCare si tienen servicios en una instalación de BCH ubicada dentro de su código postal y/o si han sido referidos por una práctica médica propiedad y operada por BCH ubicada dentro de estos códigos postales para un servicio en BCH. Si se determina que es elegible, en estos casos, el servicio proporcionado se descontará a la tarifa actual de AGB.
• La fecha de servicio es dentro de los 181 días

Solicitantes no elegibles:
• Solicitantes bajo custodia de una agencia legal.
• Solicitantes que califican para Health First Colorado o CHP+.
• Solicitantes que recibieron servicios programados/electivos y residen fuera de Colorado o los Estados Unidos.

Servicios Excluidos:
• Procedimientos cosméticos con precios de paquete;
• Suministros de audiología. Incluyendo aparatos auditivos, accesorios para aparatos auditivos y paquetes de baterías;
• Tarifas de laboratorio; se excluyen los honorarios por venopunción y las pruebas cutáneas de TB ambulatorias si no se realiza en conjunto con otros servicios de laboratorio de BCH;
• Procedimientos que ya están descontados a las tasas de mercado vigentes (UCR), incluyendo, pero no limitado a los programas de tarifas de auto pago para imágenes, laboratorio, estudios del sueño, servicios cardiacos, estudios autor referidos de evaluación (puntuaciones de calcio cardíaco, colonoscopia, etc.) y cualquier otro procedimiento(s) que se considere a discreción de BCH que se determine como "descontado";
• Todo tipo de servicios ambulatorios de rehabilitación para niños y adultos y todo servicio ambulatorio de salud mental.
• Servicios de Medicina Deportiva de CU
• Dispositivos y medicamentos implantables de alto costo; BCH hará todo lo posible para que los proveedores proporcionen dispositivos de alto costo y medicamentos de quimioterapia sin costo alguno para pacientes elegibles para asistencia financiera. En el caso de que el implante o producto farmacéutico de alto costo no pueda ser donado, BCH descontará estos artículos hasta el precio de compra (costo de BCH) y el paciente será financieramente responsable de este componente de su atención.
• Servicios no cubiertos o considerados médicamente necesarios por QCCP y/o Medicaid de Colorado. Atención electiva y residir fuera del área de servicio de BCH. Ver Apéndice B.
• FPL mayor de 350%

Al determinar los ingresos de un individuo para WeCare, se requiere de la siguiente información para tomar la decisión:

• Comprobante del ingreso bruto actual y del mes anterior de la persona responsable y su cónyuge, si está casado. Se pueden requerir meses adicionales si un mes no es un buen promedio de ingresos.

La documentación del empleo puede incluir: talones de cheque de pago, historial de nómina u otros registros de salario, una carta del empleador que indique el salario o el pago por hora y el número habitual de horas trabajadas por el período de pago, la declaración de impuestos más reciente, o el técnico de elegibilidad puede comunicarse con el empleador para obtener una confirmación verbal de su pago.

La documentación de trabajo por cuenta propia puede incluir: talones de cheques de pago, historial de nómina u otros registros de salario si se pagan a sí mismos como empleados de la empresa, registros financieros comerciales, incluyendo entre otros, estados de pérdidas y ganancias, libros de contabilidad, cuentas bancarias comerciales que muestran depósitos y retiros, facturas y recibos, etc. (Los pacientes no necesitan proporcionar todos estos documentos, lo suficiente para mostrar sus ingresos mensuales), o la declaración de impuestos más reciente, si el miembro del hogar no tiene un registro disponible de ingresos y gastos comerciales más recientes.

La documentación de Pago en Efectivo (Cash Workers) puede incluir: recibos bancarios que muestren depósitos en efectivo realizados, libros de contabilidad (libro de cuentas, lista de ingresos y gastos, etc.) u otra documentación de pagos de clientes, cartas de su empleador (es decir, indicando cuánto le pagan normalmente por sus servicios en un mes).

Ingresos Adicionales: Seguridad de Seguro Social (SSI), Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en ingles), propinas, bonificaciones, comisiones, Incapacidad a Corto Plazo, pagos de pensiones, pagos por cuentas de jubilación, desembolsos por ganancia de lotería, pagos mensuales de fondos fiduciarios, ingresos por desempleo o una carta para miembros adultos desempleados del hogar que acrediten que no tienen ingresos. *Para las personas que reciben Pagos del Seguro Social, BCH usará la cantidad que se deposita en su cuenta de cheques/ahorros o la cantidad que se deposita en su tarjeta de débito Direct Express como la cantidad de ingresos. Esta es la cantidad después de cualquier deducción.

• Comprobante de ingreso para todos los miembros de la familia mayores de 18 años. Para agregar a un niño mayor de 18 años, que no es un alumno de tiempo completo, se debe mostrar un reembolse de impuestos para comprobar que están siendo reclamado como dependientes en los impuestos del padre o guardián.

Los alumnos que son reclamados en la declaración de impuestos de los padres como dependientes serán evaluados en el ingreso de los padres siendo el paciente parte del tamaño de la familia. Se requerirá prueba de declaración de impuestos si el estudiante NO está siendo reclamado en los impuestos de los padres

• Puede requerirse comprobante de dirección física: ya sea con una factura de utilidades del mes, agua, basura, o de renta o hipoteca.

• Documentación de bienes activos del mes pasado. Esto puede incluir, entre otros: cuentas de cheques y de ahorros, cuentas de inversión, acciones, bonos, fondos fiduciarios, cuentas del mercado monetario y certificados de depósitos.

• Documentación adicional que puede ser requerida: declaraciones de impuestos, formas W-2 del IRS, cuentas de jubilación, certificación firmada que identifica cómo está sobreviviendo financieramente si no tiene ingresos, carta de apoyo firmada si otra persona lo está apoyando.

• Si el paciente parece ser elegible para Medicaid, CHP+ o Medicare, se requiere una carta de negación del estado/condado/PEAK antes de solicitar WeCare. Las denegaciones debido a la negativa del solicitante a proporcionar

documentación NO son prueba suficiente de que al solicitante se le haya negado la cobertura. Las cartas de denegación solo deben aceptarse si están fechadas dentro de los 45 días posteriores al comienzo de la solicitud.

• Circunstancias extraordinarias pueden dar lugar a la elegibilidad para asistencia financiera presunta caso por caso. Algunos ejemplos incluyen:

-Se declara/verifica que el individuo no tiene hogar.

-El individuo ha fallecido y no tiene un patrimonio conocido capaz de pagar la deuda del hospital.

-El individuo está encarcelado.

-El individuo es actualmente elegible para Medicaid, pero no era elegible en la fecha del servicio.

-El individuo es elegible por el Estado para recibir asistencia bajo la Ley de Compensación para Víctimas de Delitos Violentos o la Ley de Compensación para Víctimas de Agresión Sexual.

-Servicios médicamente urgentes o emergentes que se verifican con la elegibilidad actual en un Medicaid u otro programa de asistencia pública en un estado que no sea Colorado, del cual BCH no es un proveedor inscrito.

Los pacientes que no presenten toda la documentación requerida dentro de los 30 días calendario pueden necesitar presentar documentación actualizada para completar la solicitud. Una vez que se reciba toda la información requerida, se procesará la Solicitud WeCare y el descuento se aplicará al balance. Se enviará por correo una carta de determinación al paciente que explique para qué tasa calificaron y su nuevo balance.

Opciones de acuerdo de pago de WeCare:

Acuerdo de pago sin intereses:

$50.00 - $499.99 hasta 6 meses

$500.00- $999.99 hasta 12 meses

$1,000.00- $2,499.99 hasta 18 meses

$2,500.00- $4,999.99 hasta 24 meses- se requiere pagos automáticos

$5,000.00+ hasta 36 meses- se requiere pagos automáticos

HB 21-1198 Cuidado de Hospital Con Descuento (HDC por sus siglas en ingles) -

El Proyecto de Ley de la Cámara (HB) 21-1198, también conocido como Requisitos de facturación de atención médica para pacientes indigentes, establece requisitos para la atención con descuento en el hospital para pacientes de bajos ingresos. Requiere que todos los pacientes sin seguro y todos los pacientes asegurados que soliciten ser examinados para determinar su elegibilidad para Health First Colorado, Child Health Plan Plus (CHP +), Medicare, Medicaid de emergencia y Hospital Discounted Care. Los solicitantes con seguro de salud privado son elegibles para la atención con descuento en el hospital. Los proveedores deben facturar al seguro de terceros antes de que las reclamaciones se cancelen a Hospital Discounted Care.

Elegibilidad:

• Residencia de Colorado. Un solicitante es residente de Colorado si actualmente vive en Colorado y tiene la intención de permanecer en Colorado.
• FPL en o menos del 250%
• La fecha de servicio es dentro de los 181 días

Solicitantes no elegibles:

• Solicitantes que residen fuera de Colorado.
• FPL más del 251%

Servicios cubiertos:

• Los servicios emergentes y electivos recibidos en un centro de atención médica pueden estar cubiertos. Los servicios proporcionados por profesionales de la salud con licencia en estos entornos también están cubiertos.
Al determinar los ingresos de una persona para la atención con descuento en el hospital, se requiere la siguiente información para tomar una determinación:

• Comprobante de los ingresos brutos actuales y del mes pasado de la parte responsable y el cónyuge, si está casado. Se pueden requerir meses adicionales si un mes no es un buen promedio de ingresos.

La documentación de empleo puede incluir: talones de cheque de pago, historial de nómina u otros registros salariales, una carta del empleador que indique el salario o el honorario por hora y el número habitual de horas trabajadas por período de pago, la declaración de impuestos más reciente, o el técnico de elegibilidad puede comunicarse con el empleador para obtener una confirmación verbal de su pago.

La documentación de trabajo por cuenta trabajo por su cuenta puede incluir: talones de cheques de pago, historial de nómina u otros registros salariales si se pagan a sí mismos como empleados de la empresa, registros financieros comerciales, incluyendo entre otros, estados de pérdidas y ganancias, libros de contabilidad, cuentas bancarias comerciales que muestran depósitos y retiros, facturas y recibos, etc. (Los pacientes no necesitan proporcionar todos estos documentos, lo suficiente para mostrar sus ingresos mensuales), o la declaración de impuestos más reciente, si el miembro del hogar no tiene un registro disponible de ingresos y gastos comerciales más recientes.

La documentación de pago por efectivo (Cash Workers) puede incluir: recibos bancarios que muestren depósitos en efectivo realizados, libros de contabilidad (libro de cuentas, lista de ingresos y gastos, etc.) u otra documentación de pagos de clientes, cartas de su empleador (ej. indicando cuánto le pagan normalmente por sus servicios en un mes).

Ingresos adicionales: Ingresos del Seguro Social (SSI), Consejos del Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI), bonificaciones, comisiones, Incapacidad a Corto Plazo, pagos de pensiones, pagos de cuentas de jubilación, desembolsos de ganancias de lotería, pagos mensuales de fondos fiduciarios, ingresos por desempleo o una carta para miembros

adultos desempleados del hogar que acrediten que no tienen ingresos. *Para las personas que reciben Pagos del Seguro Social, BCH usará la cantidad que se deposita en su cuenta de cheques o ahorros o la cantidad que se deposita en su tarjeta de débito Direct Express como la cantidad de ingresos. Esta es la cantidad después de cualquier deducción.

Los solicitantes y otros miembros del hogar que están experimentando la falta de vivienda están exentos de los requisitos de documentación de ingresos.

Los pacientes que no presenten toda la documentación requerida dentro de los 45 días calendario pueden necesitar presentar documentación actualizada para completar la solicitud. Una vez que se reciba toda la información necesaria y requerida, se procesará la solicitud de Atención con Descuento del Hospital y se enviará por correo una carta de determinación y una tarjeta de Descuento del Hospital al paciente.

Acuerdo de Pago de Atención con Descuento del Hospital:
Los planes de pago que se establecen para pagar las facturas no pueden exceder el cuatro (4) por ciento del ingreso familiar mensual del paciente. Para las facturas de los profesionales de la salud, el límite es del dos (2) por ciento del ingreso mensual del hogar. Una vez que se han realizado 36 pagos, el resto de la factura se perdona y se cesan todas y cada una de las actividades de cobro sobre cualquier saldo que permanezca sin pagar.

Medicaid (Health First Colorado)

• BCH puede optar que ciertos servicios sean limitados al número de afiliados bajo Medicaid de Colorado.

• Se requieren deducibles y copagos de acuerdo con las leyes y regulaciones que rigen los programas. Cuando está permitido, los deducibles y copagos vencen en el momento del servicio.

Asegurado

• BCH está obligado a cobrar deducibles, copagos y coseguros de acuerdo con las leyes y regulaciones que rigen los planes de salud. La parte monetaria del paciente se solicitarán en el momento del servicio.

• Los pacientes con Medicare y seguro comercial pueden solicitar asistencia financiera sobre cualquier saldo restante después de que el seguro pague, siempre y cuando se sigan todas las pautas del plan de salud.

• Si un paciente asegurado no es elegible para recibir asistencia, pueden solicitar planes de pago y se otorgarán de acuerdo con esta política.

Planes Health Share
BCH no participa con acciones de salud a menos que la acción de salud use un plan que esté dentro de la red con BCH para procesar el reclamo. Si el plan health share no utiliza un plan dentro de la red para procesar el reclamo, el paciente se considera no asegurado. Un paciente que solicita asistencia financiera debe facturar su health share y recibir una determinación (pago o denegación) de su parte de salud antes de solicitar asistencia financiera.

Opciones de Pago

Descuento de BCH por pago anticipado-
Los pacientes sin seguro que reciban servicios quirúrgicos pueden optar a un descuento del 40 % si abonan la totalidad del importe antes del procedimiento. Si no se realiza el pago completo antes de la prestación de los servicios, no se aplicará dicho descuento.

Ofertas de descuento de BCH –
Los pacientes sin seguro médico pueden optar a descuentos adicionales según el lugar donde se prestó el servicio y la antigüedad de la cuenta. Los descuentos se aplican de la siguiente manera:

Servicios de emergencia:

•Se aplica un descuento del 40 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del primer estado de cuenta.
•Se aplica un descuento del 30 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del segundo estado de cuenta.
•Se aplica un descuento del 20 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del tercer estado de cuenta.
•Se aplica un descuento del 10 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del cuarto estado de cuenta.

Servicios quirúrgicos:

•Se aplica un descuento del 30 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del primer estado de cuenta.
•Se aplica un descuento del 20 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del segundo estado de cuenta.
•Se aplica un descuento del 10 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del tercer estado de cuenta.

Pacientes de cirugía no aprobados para recibir asistencia financiera o que declinaron solicitarla:

•Se aplica un descuento del 40 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del primer estado de cuenta.
•Se aplica un descuento del 30 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del segundo estado de cuenta.
•Se aplica un descuento del 20 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del tercer estado de cuenta.
•Se aplica un descuento del 10 % si el pago se recibe antes de la fecha de vencimiento del cuarto estado de cuenta.

Nota: Si no se realiza el pago total antes de que se genere el siguiente estado de cuenta, el descuento disponible se reducirá según la tabla anterior.

Pago automático para visitas a BCH -
Los pacientes que reciben servicios en el centro de atención de urgencias (Urgent Care) pueden optar por inscribirse en una modalidad de pago automático. Al seleccionar esta opción, el paciente autoriza el almacenamiento seguro de los datos de su tarjeta de crédito, la cual se cargará automáticamente una vez que su seguro haya determinado la responsabilidad financiera correspondiente y el saldo esté disponible para el cobro.

Cargos relacionados con BCH Clínica de Médicos-
Para un paciente sin seguro medico, se aplica un descuento del 20% a todos los servicios profesionales: visitas al consultorio y servicios de emergencia, OMT, procedimientos quirúrgicos, cargos por administración de inyecciones y vacunas, y la mayoría de las pruebas de diagnóstico. No se aplica a productos reales de vacunas o medicamentos, dispositivos implantables, equipos/suministros/DME, verificaciones remotas de dispositivos (para verificaciones de dispositivos en persona) o a otros servicios que utilizan una estructura de tarifas de auto pago diferente (por ejemplo, Boulder Heart Diagnostics, CU Sports Therapy).

Cargos hospitalarios de BCH –
Una cuenta que no tiene seguro y está marcada como autopago, automáticamente tendrá la tasa de autopago del 50% aplicada (excluyendo los precios de autopago ya preestablecidos para servicios específicos establecidos por el departamento) si un paciente califica para asistencia financiera, la tasa de autopago se invierte y se aplica la asistencia financiera. Si un paciente solicita agregar y facturar su seguro, la tasa de autopago se invierte y el seguro se factura. Una vez que se factura el seguro, la tasa de autopago ya no es una opción, ya que debemos facturar al paciente lo que su seguro determina que es responsabilidad del paciente según nuestro acuerdo contractual.

Múltiples descuentos –
No se permiten descuentos múltiples. Un descuento de asistencia financiera (descuento QCCP, WeCare y Hospital Discounted Care) no se pueden combinar con ningún otro descuento ofrecido por el hospital, como, entre otros, el descuento para empleados, el descuento para personal médico o los descuentos de precios de autopago.

MDsave -
MDSave permite a los pacientes comprar vales que ayudan a cubrir los gastos de servicios hospitalarios específicos. Con el programa, los pacientes pagan un costo a MDSave y MDSave pagará a la instalación (BCH) además de los co-proveedores (radiólogos, patólogos, etc.). Actualmente ofrecemos MDsave en Imágenes Cardíacas, Medicina para dormir, Imágenes y Radiología, Laboratorio, Cirugía Ortopédica, Cirugía General, Cirugía Ginecológica, Rehabilitación Ambulatoria (Fisioterapia, Ocupacional y del habla). Otros servicios y procedimientos están en proceso de ser agregados. Para obtener una lista actualizada, comuníquese con nuestro departamento de Asesoramiento Financiero al 303-415-5119.

BCH se asegurará de que el FAP es transparente y disponible para todas las personas atendidas, por medio de:

• Publicar de manera prominente y visible el FAP en el sitio web del BCH, junto con una copia de la Solicitud de Asistencia Financiera (FAA) y el Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS) del FAP.

• Hacer copias en papel del FAP, FAA y el PLS disponibles al solicitarlo y sin cargo, tanto en lugares públicos de la instalación (incluyendo, sin limitación, salas de emergencia y áreas de registro) como por correo.

• Notificar e informar a las personas que reciben atención en BCH sobre el FAP ofreciendo una copia impresa del PLS a los pacientes como parte del proceso de admisión o alta; incluir un aviso escrito visible en los estados de cuenta que notifique a los beneficiarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera bajo FAP que incluya el número de teléfono del departamento que puede proporcionar información sobre el FAP y el proceso de solicitud de FAP; y mostrar públicamente información sobre el FAP en lugares públicos de la instalación.

• Se usarán intérpretes u otras ayudas de comunicación, como indicado, para una comunicación confiable con individuos, incluyendo personas con un dominio limitado de inglés, sordos o con problemas auditivos. Para información adicional, vea la política de dominio limitado de inglés (LEP) – Política de Servicios de Interpretación.

Método para Obtener Asistencia con/o solicitar Asistencia Financiera
-Los pacientes interesados en obtener asistencia financiera pueden comunicarse con el Especialista de Caridad al 303-415-4718. Los consejeros financieros están disponibles en el sitio web de BCH para los pacientes admitidos.

-El FAP, la FAA y el PLS están disponibles en el sitio web del BCH (consulte el Anexo C para todas las ubicaciones), o https://www.bch.org/Pay-My-Bill/FinancialAssistance.aspx

Palabras Claves:
Asistencia Financiera, Asistencia al Paciente, Finanzas

Pólitica de BCH:
LD.3010.ORG BCH EMTALA policy
LD.2012.ORG BCH Debt Collection policy
RI.1006.ORG Limited English Proficiency (LEP) – Interpretation Services policy

Repasaron este contenido:
Nancy Coppom, Directora de Servicios Financieros del Paciente – POLICY OWNER
William Munson, Vice Presidente y CFO

Aprobación Final: Robert J. Vissers, M.D., President and CEO

Última Revisión: 07/2026

Anexo A
Establecimientos y Proveedores Con Cobertura

Establecimiento con cobertura	AGB
Boulder Community Health Foothills Hospital	18.5%

Proveedores con cobertura	AGB
Associated Neurologists of BCH	59.3%
Beacon Center for Infectious Disease	59.3%
BCH Hospital Medicine Services	59.3%
Boulder Heart	59.3%
Boulder Neurosurgical and Spine Associates of BCH	59.3%
Boulder Valley Pulmonology	59.3%
Boulder Valley Surgical Associates	59.3%
Boulder Women's Care	59.3%
Foothills Community Midwives	59.3%
Foothills Neonatal Practice	59.3%
Palliative Care Services of BCH	59.3%
Médicos de psiquiatría para pacientes internados (excluyendo los servicios relacionados con Guerra Fisher Institute).	59.3%

**Todos los demás proveedores, no mencionados, incluyendo sin límites a todos los doctores de los departamentos de emergencia, radiólogos, anestesiólogos y patólogos, no están cubiertos por esta política. **

Anexo B

Códigos postales elegibles del condado de Boulder para el Qualified Charity Care Program y WeCare

Boulder	**Otros**
80301	**Eldorado Springs**
80302	80025
80303	**Allenspark**
80304	80510
80305	**Jamestown**
80306	80455
80307	**Nederland**
80308	80466
80309	**Pinecliff**
80310	80471
80314	**Rollinsville**
80321	80474
80322	**Ward**
80323	80481
80328	
80329	

Los pacientes que residen dentro de los siguientes códigos postales son elegibles para solicitar el descuento de WeCare si tienen servicios proporcionados por un centro de BCH ubicado dentro de su código postal y/o si han sido referidos por una práctica médica propiedad y operada por BCH ubicada dentro de estos códigos postales para un servicio en BCH. Si se determina que es elegible, en estos casos, el servicio proporcionado se descontará a la tarifa actual de AGB.

Broomfield 80023, 80020

Erie 80516

Lafayette 80026

Louisville/Superior 80027

Longmont 80501, 80502, 80503, 80504

Anexo C

Guía Federal de Pobreza

Federal Poverty Guidelines 2026 Effective April 1st, 2026- March 31st, 2027

Rate	N 0-40%	A 41-62%	B 63-81%	C 82-100%	D 101-117%	E 118-133%	F 134-159%	G 160-185%	H 186-200%	I 201-250%
Family Size										
1	$6,384	$9,895	$12,928	$15,960	$18,673	$21,227	$25,376	$29,526	$31,920	$39,900
2	$8,656	$13,417	$17,528	$21,640	$25,319	$28,781	$34,408	$40,034	$43,280	$54,100
3	$10,928	$16,938	$22,129	$27,320	$31,964	$36,336	$43,439	$50,542	$54,640	$68,330
4	$13,200	$20,460	$26,730	$33,000	$38,610	$43,890	$52,470	$61,050	$66,000	$82,500
5	$15,472	$23,982	$31,331	$38,680	$45,256	$51,444	$61,501	$71,558	$77,360	$96,700
6	$17,744	$27,503	$35,932	$44,360	$51,901	$58,999	$70,532	$82,066	$88,720	$110,900
Poverty Level	40%	62%	81%	100%	117%	133%	159%	185%	200%	250%

Rate	J 251-300%	K 301-350%
Family Size		
1	$47,880	$55,860
2	$64,920	$75,740
3	$81,960	$95,620
4	$99,000	$115,500
5	$116,040	$135,380
6	$133,080	$155,260
Poverty level	300%	350%

Anexo D

Tabla del Copagos para Qualified Charity Care Program (QCCP) y WeCare

Addendum D Copay Table

CICP/WECARE RATE/FPL	INPATIENT FACILITY	AMBULATORY SURGERY	MRI, CT, NM, SLEEPLAB, CATH LAB	EMERGENCY ROOM	SPECIALTY OUTPATIENT (IE: ECHO, EKG)	BASIC IMAGING/ ULTRASOUND	LABORATORY
Z/0-40%	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
N/0-40%	$15	$15	$15	$15	$15	$5	$5
A/41-62%	$65	$65	$65	$25	$25	$10	$10
B/63-81%	$105	$105	$105	$25	$25	$10	$10
C/82-100%	$155	$155	$155	$30	$30	$15	$15
D/101-117%	$220	$220	$220	$30	$30	$15	$15
E/118-133%	$300	$300	$300	$35	$35	$20	$20
F/134-159%	$390	$390	$390	$35	$35	$20	$20
G/160-185%	$535	$535	$535	$45	$45	$30	$30
H/186-200%	$600	$600	$600	$45	$45	$30	$30
I/201-250%	$630	$630	$630	$50	$50	$35	$35

INSURED PATIENTS							
J/251-300%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
K/301-350%	18.9%	18.9%	18.9%	18.9%	18.9%	18.9%	18.9%
SELFPAY PATIENTS							
J/251-300%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
K/301-350%	37.8%	37.8%	37.8%	37.8%	37.8%	37.8%	37.8%

Copay cap J- 10% of income/asset figure
Copay cap K- 15% of income/asset figure

*Multiple services will be charged separate co-pays, with the exception of lab tests. 2 x-rays, 2 co-pays. X-ray & lab, 2 co-pays.

*ER visits will be charged either the ER copay or the MRI/CT/NUC MED copay (if one of these services is provided during ER visit) but not both.

* For J and K Wecare rates, patient is responsible for a percent of their **total charges** not the balance after insurance.

*Insured patients who choose to opt out of their insurance will fall under the category of **insured** self pay patients.