

Política de asistencia financiera

Introducción

UCHealth tiene el compromiso de brindar acceso a una atención médica de calidad a los residentes del Estado de Colorado, incluidos los pacientes que tienen dificultades financieras, y ofrece asistencia financiera a quienes verdaderamente necesitan recibir atención médica de emergencia y servicios hospitalarios médicamente necesarios. El objetivo de esta política es establecer y garantizar un método justo y constante para que los pacientes sin seguro o subsegurados soliciten asistencia financiera y se los considere para recibirla.

Tenga en cuenta que no todos los servicios médicos de los centros de UCHealth reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política (como se explica más abajo).

Alcance

Consulte la sección acerca del área de aplicación para conocer dónde se aplica esta política.

Esta política se refiere a cualquier hospital o centro de atención médica cubierto por ella bajo la definición de "Hospital".

Detalles de la política

A. Información general

1. La ley de Atención Hospitalaria con Descuento de Colorado (HDC, por sus siglas en inglés) y el Programa de asistencia financiera de UCHealth (asistencia financiera) no son programas de seguros; sin embargo, ofrecen atención médicamente necesaria con descuento a personas sin seguro o subseguradas que hayan demostrado una necesidad financiera.
2. Se evaluará a todos los pacientes sin seguro para determinar si reúnen los requisitos para acceder a la ley HDC y a la asistencia financiera de UCHealth, de conformidad con la ley de Colorado.
3. En el caso de los pacientes que están siendo evaluados para determinar su elegibilidad para HDC, UCHealth no deniega la atención con descuento por el hecho de que el paciente no haya solicitado ningún programa de prestaciones públicas ni deniega una admisión o tratamiento porque el paciente pueda reunir los requisitos para recibir atención con descuento.
4. UCHealth no participará ni apoyará ninguna actividad (lo que incluye facilitar el acceso a medios) destinada a recaudar fondos con la finalidad de pagar la atención de un paciente específico.
5. El Programa de asistencia financiera de UCHealth no tiene la responsabilidad de proporcionar vivienda, alimentos, transporte, estado inmigratorio o continuidad de atención a ninguna persona.
6. UCHealth está disponible para ayudar a identificar recursos en la comunidad, facilitar servicios y brindar ayuda adecuada para remisiones.
7. UCHealth actúa de conformidad con la Ley Federal de Asignaciones Consolidadas (Federal Consolidated Appropriations Act) de 2021, el título I y el título II sobre

Transparencia de la ley para evitar facturas médicas inesperadas conocida como No Surprises Act, así como con las normas del Código de Reglamentos Federales sobre Organizaciones Exentas del Servicio de Impuestos Internos 26 CFR 1.501(r)-0 a 26 CFR 1.501(r)-7.

8. Los servicios prestados en clínicas de UCHealth, tanto dentro como fuera de Colorado, son elegibles para la asistencia financiera de UCHealth.
9. Los empleados de UCHealth que residen fuera del estado de Colorado, pero que reciben servicios en un centro de UCHealth, no tienen que cumplir con los requisitos de residencia para solicitar asistencia financiera.
10. No se niega la atención médica que no sea de emergencia a los pacientes que tienen deudas con UCHealth, ni se los excluye de la asistencia financiera.

B. Criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera

1. El otorgamiento de asistencia financiera estará supeditado a una determinación de la necesidad financiera en cada caso individual y no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, el estado social o migratorio, la orientación sexual, la identidad de género o la afiliación religiosa.
2. Para reunir los requisitos para recibir asistencia financiera, la persona debe ser Residente de Colorado, pero no se exige la condición de presencia legal para otorgarla. En el caso de servicios de emergencia no programados, UCHealth puede, a su exclusiva discreción, hacer una excepción y no exigir el requisito de residencia.
3. Una persona puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política si cumple con cualquiera de los siguientes criterios de elegibilidad:
 - a. Asistencia financiera basada en el ingreso familiar (sin importar el saldo)
 - i. El paciente no tiene seguro o está subasegurado.
 - ii. El ingreso familiar ("Ingreso familiar") anual del garante es inferior al cuatrocientos por ciento (400 %) de los lineamientos federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) actuales.
 - b. Asistencia financiera para saldo catastrófico
 - i. El saldo pendiente adeudado de la cuenta única del paciente, una vez efectuados todos los pagos de seguros o a terceros, o los descuentos (incluida la solicitud de asistencia financiera sobre la base del ingreso familiar solamente), es mayor que el 50 % de la combinación del ingreso familiar anual total y los recursos financieros del paciente.
 - c. Presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera
 - i. Se puede otorgar presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera en las circunstancias mencionadas en la sección sobre Presunta Elegibilidad de esta política.

C. Proveedores y servicios cubiertos y no cubiertos

1. Algunos servicios que prestan los médicos en los centros de UCHealth **pueden o no** estar cubiertos por la Política de asistencia financiera de UCHealth (FAP, por sus siglas en inglés).
 - a. UCHealth mantiene un documento separado de la FAP que contiene una lista de los médicos que atienden en cada centro, que **están y no están** incluidos en la cobertura de la FAP. La lista de profesionales de la salud se actualiza trimestralmente y puede consultarse en línea en <https://www.uchealth.org/billing-and-pricing/financial-assistance>.
 - b. Esta lista se encuentra disponible sin cargo, en formato impreso, en todos los departamentos de emergencias y en las áreas de admisiones de UCHealth; también puede solicitársela al Equipo de asesoramiento financiero de UCHealth, llamando al 855.843.3547.

2. Atención y gastos no incluidos en la cobertura de la FAP:
 - a. servicios de atención médica que no son urgentes o médicamente necesarios ("médicamente necesarios"), incluida una cirugía optativa o cosmética, y
 - b. servicios de atención médica relacionados con un procedimiento de trasplante, un paquete de pago por cuenta propia (sin seguro), un acuerdo de caso único, becas e investigación, o cuando existe la obligación legal de que un tercero (es decir, determinadas personas físicas, entidades, aseguradoras o programas) pague un reclamo.

D. Disponibilidad de política de asistencia financiera y solicitud

1. Las políticas de asistencia financiera son transparentes y están disponibles para las personas a las que UCHealth les brinda servicios en cualquier instancia de la continuidad de la atención.
2. Esta política de asistencia financiera, así como el resumen de la política de asistencia financiera en lenguaje sencillo y la solicitud de la FAP ("Solicitud"), se encuentran disponibles:
 - a. En línea
 - i. En el sitio web <https://www.uchealth.org/billing-and-pricing/financial-assistance>. Haga clic en "Asistencia financiera" para descargar una copia de esta FAP y de la solicitud, en inglés o español.
 - b. Por teléfono
 - i. El departamento de asesoramiento financiero está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. (MST), llamando al 855.843.3547, para responder preguntas y enviar copias impresas de la Solicitud, a pedido y sin cargo.
 - c. En persona
 - i. A solicitud y sin cargo, en cada Hospital de UCHealth, se pueden pedir versiones completas y actualizadas de la FAP, la solicitud y el resumen de la FAP en lenguaje sencillo en cada departamento de emergencias de un hospital, en todas las áreas de admisiones y en cada oficina de asesoramiento financiero de UCHealth.
3. Se encuentran disponibles copias en inglés y español de la política, la solicitud y el resumen de la FAP en lenguaje sencillo.
4. UCHealth notificará e informará a los miembros de la comunidad que reciben atención del Hospital acerca de la política de asistencia financiera, de una manera razonablemente calculada como para llegar a aquellos que tengan mayor probabilidad de necesitar dicha ayuda del hospital.
5. Cada hospital notificará e informará a sus pacientes sobre la política de asistencia financiera de la siguiente forma:
 - a. Mediante el ofrecimiento de una copia impresa del resumen de la FAP en lenguaje sencillo a los pacientes, como parte del proceso de admisión y alta.
 - b. Mediante la inclusión de un aviso escrito visible sobre las declaraciones de facturación ("declaración de facturación"), que les informa a los destinatarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera conforme a esta política. Además, incluye el acceso directo en el sitio web para acceder a la política, al resumen de la FAP en lenguaje sencillo y a la solicitud, así como el número telefónico del departamento de asesoramiento financiero, que puede brindar información sobre esta política, la asistencia financiera disponible y el proceso de solicitud.
 - c. Mediante exhibidores públicos visibles que notifiquen e informen a los pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera conforme a esta política, en lugares públicos dentro del centro hospitalario, incluso, como mínimo, en la sala

de emergencias y en las áreas de admisiones.

E. Requisitos de documentación

1. Para agilizar el procesamiento de la solicitud, las personas interesadas deben presentar un formulario de solicitud completo junto con todos los documentos adjuntos requeridos, incluidos los documentos de verificación del ingreso familiar y la documentación de residencia que se describen más abajo. El incumplimiento de este requisito puede ocasionar atrasos en la determinación o el rechazo de la solicitud.
2. UCHHealth exige que todo solicitante presente, como mínimo, uno (1) de los formularios aceptables de verificación del ingreso familiar que aparecen a continuación:
 - a. comprobantes de salarios del mes más reciente, registro de salarios o carta del empleador que indica el salario o salario por hora y el número habitual de horas trabajadas por período de pago
 - b. estados de cuenta bancaria más recientes de todas las instituciones bancarias o cooperativas de ahorro y crédito
 - c. declaración jurada de impuestos del año anterior
 - d. el formulario W-2 actual
 - e. carta de verificación de los beneficios por desempleo
 - f. carta de verificación del seguro social o el monto autodeclarado
 - g. asistencia para gastos de educación (carta de verificación de beca)
 - h. documentación oficial sobre la manutención del cónyuge
3. Ingreso familiar
 - a. La documentación sobre el ingreso debe presentarse por cada miembro de la familia ("familiar") que aparece en la solicitud.
 - b. Todo solicitante que desee reunir los requisitos para recibir asistencia financiera para saldo catastrófico debe también proporcionar constancia de recursos financieros, según lo requiera la solicitud.
4. Gastos familiares
 - a. Los gastos mensuales (p. ej., hipoteca, servicios públicos, entre otros) no se tienen en cuenta en la Solicitud de asistencia financiera. La solicitud contiene una sección que exige que se divulguen los gastos a los únicos efectos de la evaluación de elegibilidad para el programa de parte del gobierno.
5. Documentación de verificación de residencia
 - a. UCHHealth exige que todo solicitante presente, como mínimo, uno (1) de los formularios aceptables de verificación de residencia que se indican a continuación:
 - i. número de identificación de Colorado
 - ii. comprobante del salario donde figure la dirección de residencia en Colorado
 - iii. contrato de alquiler o estado de cuenta de la hipoteca con la dirección en Colorado, donde se mencione al/los solicitante/s
 - iv. estado de cuenta bancaria o factura de servicios de una dirección en Colorado del/de los solicitante/s
 - v. cualquier otro documento oficial vigente que muestre el nombre del solicitante y una dirección en Colorado
 - vi. se aceptan declaraciones por escrito si el solicitante es residente y no tiene acceso a ninguno de los formularios de documentación de verificación de residencia mencionados anteriormente.

F. Lineamientos y proceso de solicitud

1. Los solicitantes de asistencia financiera pueden ponerse en contacto con el departamento de asesoramiento financiero de UCHHealth llamando al 855.843.3547, o visitar las oficinas de asesoramiento financiero que se encuentran en los establecimientos de hospitales de UCHHealth para recibir ayuda con la solicitud o más

- información sobre esta política: Greeley Hospital; Highlands Ranch Hospital; Longs Peak Hospital; Medical Center of the Rockies Hospital; Memorial Central Hospital; Memorial North Hospital; Parkview Hospital; Poudre Valley Hospital; University of Colorado Hospital y Yampa Valley Hospital.
2. Los solicitantes pueden pedir una copia de esta política, de la solicitud de asistencia financiera y del resumen de la FAP en lenguaje sencillo, sin cargo, mediante uno (1) de los métodos que se describen en la sección anterior sobre disponibilidad de política de asistencia financiera y solicitud.
 3. Los pacientes y garantes deben presentar una solicitud completa y adjuntar toda la documentación requerida sobre ingresos, como se explica en la sección anterior sobre requisitos de documentación. Las solicitudes completas se deben presentar en el departamento de asesoramiento financiero de UCHHealth en persona, en línea o por correo postal en los lugares que se indican en esta sección.
 4. Los solicitantes pueden optar por presentar una solicitud o pedir que se reconsidere una solicitud incompleta o rechazada (para lo cual deben presentar a la brevedad toda la información requerida), a más tardar, entre (a) los 365 días desde la fecha de la primera declaración de facturación posterior al alta, y (b) 30 días después del aviso del inicio de una (1) o más medidas de cobranza extraordinarias ("ECA", por sus siglas en inglés). Esto se conoce como período de la solicitud.
 5. UCHHealth procesará las solicitudes completadas dentro de los 14 días de haberlas recibido y enviará al solicitante un aviso escrito sobre la determinación. Este aviso escrito también detallará el nivel de asistencia para el cual el paciente reúne los requisitos, si corresponde.
 6. Si el ingreso familiar es equivalente o menor al 250 % de los lineamientos FPL, la elegibilidad para recibir asistencia financiera será válida por 365 días a partir de la fecha de la última solicitud de asistencia financiera firmada y fechada. Los pacientes deben volver a presentar una solicitud de asistencia financiera si transcurrieron más de 365 días desde la última solicitud de asistencia financiera firmada y fechada.
 7. Si el ingreso familiar está entre el 251 % y el 400 % de los lineamientos FPL, la elegibilidad para recibir asistencia financiera será válida por 180 días a partir de la fecha de la última solicitud de asistencia financiera firmada y fechada. Los pacientes deben volver a presentar una solicitud de asistencia financiera si transcurrieron más de 180 días desde la última solicitud de asistencia financiera firmada y fechada.
 8. Si un solicitante presenta una solicitud incompleta dentro del período de la solicitud, UCHHealth rechazará la solicitud y dará aviso al solicitante por escrito. En ese caso, UCHHealth no tomará medidas de cobranza extraordinarias y se asegurará de que no se tomen otras acciones con relación a medidas de cobranza extraordinarias iniciadas previamente hasta que le haya enviado un aviso escrito al solicitante en el cual se describa la información faltante requerida conforme a la FAP, de qué manera la persona puede obtener asistencia para completar la solicitud y una oportunidad razonable para presentar dicha información. Si, posteriormente, el solicitante completa la solicitud durante el período de solicitud o dentro de los 30 días de haber recibido el aviso citado más arriba, UCHHealth procesará la solicitud tal como se indica en esta política.
 9. Si UCHHealth determina que una persona está aprobada para recibir asistencia financiera después de haber revisado una solicitud completa, dará marcha atrás con las medidas de cobranza extraordinarias (de existir) y reintegrará los montos pagados previamente para la atención cubierta por esta política que superen el monto adeudado, con excepción de sobrepagos equivalentes a \$1 o menos. En el supuesto de que el garante todavía adeude cualquier monto, UCHHealth le proporcionará una Declaración de facturación actualizada donde se muestre cómo se determinó el monto ajustado.

G. Presunta elegibilidad

1. El hospital podría determinar la presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera de ciertos pacientes que no pueden completar o no responden al proceso de evaluación y

- solicitud, si el hospital tiene constancia o verificación de las siguientes condiciones:
- a. el paciente falleció sin una herencia registrada
 - b. el paciente figura en los registros como una persona sin hogar
 - c. al momento de la evaluación, el paciente reúne los requisitos para los programas de salud públicos, incluidos, a modo de ejemplo:
 - i. seguro social
 - ii. beneficios por desempleo
 - iii. vales de comida
 - iv. programa especial de nutrición complementaria para mujeres, bebés y niños
(WIC, por sus siglas en inglés)
 - v. otros programas de servicios sociales sujetos a comprobación
2. En el caso de pacientes que no responden al proceso de evaluación o solicitud, UCHealth puede utilizar una herramienta de evaluación financiera externa para evaluar si un paciente o garante necesita asistencia financiera y determinar si, de otro modo, cumplen los criterios para acceder a la asistencia financiera. Esta evaluación se realiza utilizando un modelo predictivo de atención médica reconocido en el sector de salud, que extrae información de bases de datos de registros públicos. El modelo incorpora los datos de los registros públicos para calcular una estimación de los lineamientos FPL del hogar.
 3. Con la información que se obtiene del modelo predictivo, se puede determinar la presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera cuando los lineamientos FPL estimados del hogar son del 250 % o menos.
 4. La presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera solo se aplicará para los servicios actuales y cuentas vencidas; no es extensiva a servicios futuros.

H. Descuentos

1. Los pacientes que tengan la aprobación para recibir asistencia financiera y que posean ingresos familiares anuales del 250 % de los lineamientos FPL o menos recibirán un descuento del 100 % sobre los cargos brutos de la atención cubierta por esta política.
2. Los pacientes a los que se les reconoce la presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera recibirán un descuento del 100 % sobre los cargos brutos de la atención cubierta por esta política.
3. Los pacientes que tengan la aprobación para recibir asistencia financiera y que posean un ingreso familiar anual de entre el 251 % y el 400 % de los lineamientos FPL recibirán un descuento sobre los cargos brutos, como se indica en el apéndice A. Si tras aplicarse el descuento, el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera para saldo catastrófico, se aplicará el descuento correspondiente.
4. Los pacientes que hayan obtenido la aprobación para recibir asistencia financiera para saldo catastrófico recibirán un descuento sobre los cargos brutos, como se indica en el apéndice A, o del 50 % de sus ingresos familiares anuales totales, lo que dé como resultado un saldo pendiente adeudado menor.
5. Con respecto a los pacientes que poseen aprobación para recibir asistencia financiera, UCHealth no les cobrará más de la cantidad que generalmente factura ("cantidad generalmente facturada" o "AGB", por sus siglas en inglés) a los pacientes asegurados para recibir la atención de emergencia o médicamente necesaria cubierta por esta política. Tal como se emplea en esta política, AGB tiene el significado que se le atribuye en 26 CFR § 1.501(r)-1 y en cualquier otro lineamiento emitido por el Departamento del Tesoro o el Servicio de Impuestos Internos de Estados Unidos. Consulte el apéndice A para leer una explicación detallada de cómo se calcula la AGB.
6. En el caso de pacientes que posean la aprobación para recibir asistencia financiera, si el descuento por el pago por cuenta propia para un centro hospitalario es mayor que la AGB, se aplicará sobre los cargos brutos un descuento equivalente al del pago por cuenta propia.

I. Facturación y cobro

1. UCHealth procurará cobrar el pago a partir de las cuentas que registren saldos por pago por cuenta propia (es decir, que corren por cuenta del paciente). UCHealth solo toma medidas de cobranza extraordinarias, como iniciar una acción legal o embargar el salario, cuando están permitidas. UCHealth no toma medidas de cobranza extraordinarias antes de que (a) hayan transcurrido 365 días desde la fecha en que le proporciona al paciente la primera declaración de facturación posterior al alta, y (b) una vez que haya empleado esfuerzos razonables para determinar si un garante cuenta o no con la aprobación para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política y según se describe en esta sección.
2. Para cumplir con la legislación de Colorado, UCHealth entregará cualquier declaración detallada solicitada por un garante, ya sea: dentro de los 10 días hábiles siguientes a la solicitud; 30 días después del alta en el caso de pacientes internados, o 30 días después de que se prestó el servicio a los pacientes ambulatorios, la fecha que resulte posterior.
3. UCHealth se esforzará de manera razonable para determinar si una persona reúne los requisitos para la FAP a fin de recibir la atención de UCHealth, empleando alguno de los siguientes métodos:
 - a. Mediante un esfuerzo razonable para enviarle un aviso oral a las personas, al menos 30 días antes de tomar una medida de cobranza extraordinaria, sobre la FAP y sobre cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud.
 - b. Mediante el envío de un aviso escrito a los pacientes, al menos 30 días antes de iniciar una medida de cobranza extraordinaria, que indique que la asistencia financiera se encuentra disponible para pacientes elegibles, identificando las medidas de cobranza extraordinaria que UCHealth tiene pensado iniciar, y consignando una fecha límite luego de la cual se podrán iniciar esas medidas, la cual no podrá ser antes de los 30 días posteriores a la fecha en que se envió el aviso escrito.
 - c. Mediante la inclusión de un resumen de la FAP en lenguaje sencillo, junto con el aviso descrito anteriormente en la sección sobre disponibilidad de política de asistencia financiera y solicitud.
4. UCHealth enviará al menos cuatro (4) declaraciones de facturación mensuales por correo cada treinta (30) días al garante de una cuenta que tenga una dirección en Estados Unidos, Canadá o México para informarle el saldo adeudado.
 - a. Las declaraciones de facturación contendrán información sobre la FAP de UCHealth y sobre cómo un paciente o garante puede obtener una solicitud y ayuda para completarla.
 - b. Durante este período, el garante podrá optar por pagar la totalidad de la cuenta, crear un plan de pagos, buscar asesoramiento financiero, proporcionar información adicional sobre el seguro o presentar una solicitud de asistencia financiera completada.
 - c. UCHealth hará esfuerzos razonables para obtener una dirección válida de todos los pacientes. Si no se puede obtener una dirección válida, es posible que no se envíen por correo las cuatro (4) declaraciones de facturación y que la cuenta se remita al área de cobranzas una vez transcurridos 45 días desde la fecha del alta.
5. Si UCHealth envió cuatro (4) declaraciones de facturación y no recibió ningún pago ni ninguna solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes a la declaración de facturación definitiva, podrá referir la cuenta al área de cobranzas.
 - a. UCHealth referirá las cuentas al área de cobranzas cuando los saldos de un paciente con seguro permanezcan impagos durante 120 días o más
 - b. UCHealth referirá las cuentas al área de cobranzas cuando los saldos de un paciente sin seguro permanezcan impagos durante 182 días o más.
 - c. Si el garante no abona el saldo durante los 365 días posteriores a la primera declaración de facturación enviada al paciente después del alta, ya sea efectuando

- un pago, presentando información adicional o una solicitud completada, o creando un plan de pagos, la agencia de cobros podrá tomar medidas de cobranza extraordinarias, como iniciar una acción legal y el embargo del salario.
- d. UCHealth se abstendrá de tomar medidas de cobranza extraordinarias durante, por lo menos, 365 días desde la fecha en que el hospital le envió al garante por correo la primera declaración de facturación por la atención brindada, con posterioridad al alta, y procurará de manera razonable, como se describió más arriba y según lo prescribe la ley, al menos 30 días antes de tomar medidas de cobranza extraordinaria, determinar si el paciente es o no elegible para recibir asistencia financiera.
6. Todas las partes que participen en las acciones de cobro en nombre de UCHealth deberán respetar esta política, incluidas las agencias de cobro contratadas.
 7. Las deudas de los pacientes con UCHealth no se informan a las agencias de crédito ni se imponen gravámenes sobre los bienes de los pacientes.
 8. El departamento de asesoramiento financiero de UCHealth tendrá la autoridad definitiva para decidir si UCHealth se esforzó o no de manera razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política y si UCHealth puede participar en las medidas de cobranza extraordinarias en contra del garante.

J. Relación con otras políticas

1. Política de UCHealth con respecto a la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo Activo.
 - a. Como se indica en la política de UCHealth sobre la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), el hospital no podrá retrasar el examen o el tratamiento de personas para indagar acerca del método de pago o el estado del seguro. El hospital ofrecerá un examen de evaluación médica (MSE, por sus siglas en inglés) y, cuando sea apropiado, un tratamiento estabilizador sin importar la edad, la raza, el color, el sexo, la identidad de género, la condición económica, la capacidad de pago o el estado del seguro. El hospital no buscará, ni instruirá a un paciente a que busque, la autorización de la compañía de seguro médico de una persona para brindar servicios de evaluación médica y de estabilización hasta después de que se haya realizado la evaluación médica, el tratamiento y los exámenes necesarios para estabilizar la situación médica de emergencia.
2. Política sobre personas sin seguro y descuento por pago por cuenta propia de UCHealth
 - a. Los garantes del pago por cuenta propia reciben de forma automática un descuento sobre el total de los cargos cobrados en el momento de la facturación. Cuando la solicitud de asistencia financiera de un paciente se aprueba, se dará marcha atrás con el descuento por pago por cuenta propia y los pacientes recibirán un descuento sobre los cargos brutos, como se describe en la sección anterior sobre descuentos y en el apéndice A de esta política. En la declaración de facturación, los garantes verán los cargos brutos (totales), menos el descuento aplicable y el saldo restante adeudado.

K. Confidencialidad

1. El personal de UCHealth respeta la confidencialidad y la dignidad de cada paciente.
2. Además, cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y con todas las leyes estatales y federales pertinentes en el tratamiento de la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Política/s relacionada/s

Ninguna

Definición/es

Declaración de facturación: es la declaración que consigna los cargos, los pagos y los descuentos (ajustes).

Medidas de cobranza extraordinarias (ECA): son las medidas que adopta UCHealth o un tercero en contra de una persona a los fines de obtener el pago de una factura por la atención brindada por UCHealth, que demandan un proceso legal o judicial (con excepción de determinados derechos de terceros o reclamaciones de quiebra).

Familia: la Oficina del Censo de los Estados Unidos define al término familia como un grupo de dos (2) o más personas que cohabitan y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Los familiares no son responsables por los servicios que se prestan a pacientes de 18 años o más.

Ingreso familiar: es el total de ingresos de todos los miembros de la familia del garante. El ingreso se determina antes de impuestos y no incluye las ganancias o pérdidas de capital. Las solicitudes de asistencia financiera consideran diversas fuentes de ingresos, tales como:

- salarios, subsidio de desempleo, indemnización por accidente de trabajo, Seguro Social, ingreso complementario de seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos provenientes de herencias, fideicomisos, asistencia para gastos de educación, pensión alimenticia/conyugal, cuota alimentaria, ayuda de fuera del hogar, entre otras fuentes
- beneficios que no son en efectivo (como vales de comida y subsidios de vivienda) quedan excluidos
- se incluye el ingreso del cónyuge generado a partir de cualquiera de las fuentes mencionadas

Ayuda financiera: el costo de brindar una atención gratuita o con descuento a personas que no pueden pagar la totalidad o una parte de sus facturas médicas, sobre la base de las normas de elegibilidad descritas en esta política. UCHealth puede determinar la incapacidad de pagar antes o después de que se brinden los servicios médicamente necesarios.

Recursos financieros: el efectivo, los depósitos bancarios o los activos que se encuentren en cualquier cuenta desde la cual se pueda retirar dinero con facilidad sin incurrir en una penalidad. Los tipos de cuenta son, entre otros, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, fideicomisos y certificados de depósito.

Garante: la persona que es responsable financiera en última instancia de los servicios de atención médica y que, por lo general, tiene 18 años o más. En ciertos casos, los menores son legalmente capaces de otorgar el consentimiento para un determinado tratamiento (embarazo, p. ej.), en cuyo caso son responsables de pagar sus facturas de atención médica. Un paciente puede ser su propio garante.

Médicamente necesarios: servicios o productos médicos que un médico prudente le proporcionaría a un paciente con el objetivo de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, una lesión o sus síntomas, de una manera que:

- sea acorde a las normas generalmente aceptadas del ejercicio de la medicina
- sea clínicamente apropiada en cuanto al tipo, la frecuencia, la extensión, el lugar y la duración
- no sea principalmente para el beneficio económico de los planes de salud y los compradores, o para la comodidad del paciente, el médico que atiende u otro profesional de la salud
- los servicios de emergencia se consideran médicamente necesarios
- Consulte el Código de Reglamentos de Colorado 10 CCR 2505-10 8.076.1.8. para obtener más Información.

Paciente: una persona que recibe atención médica.

Residencia o residente de Colorado: un residente de Colorado es una persona que vive actualmente en Colorado y piensa vivir en dicho estado. Los trabajadores migrantes y todos los familiares dependientes deben cumplir con los siguientes criterios con respecto a los requisitos de residencia:

- mantener una vivienda temporaria en Colorado por razones laborales
- estar empleados en Colorado

Estas personas no cumplen con las condiciones para que se las considere residentes de Colorado:

- visitantes de otros estados o países que permanecen transitoriamente en Colorado y tienen su residencia principal fuera de dicho estado
- estudiantes cuya residencia principal está fuera de Colorado y que están en Colorado cursando estudios superiores

Subasegurado: el garante posee un cierto nivel de seguro o ayuda de terceros, pero igual debe pagar gastos adicionales que superan su capacidad de pago.

Sin seguro: el garante no posee seguro o ayuda de terceros que le permitan hacer frente a sus obligaciones de pago.

Referencias:

Código de Reglamentos Federales: Organizaciones Exentas. (28 de enero de 2026). Código de Reglamentos Federales. Descargado el 30 de enero de 2026, de [https://www.ecfr.gov/current/title-26/chapter-I/subchapter-A/part-1/subject-group-ECFR062882ac6495890/section-1.501\(r\)-0](https://www.ecfr.gov/current/title-26/chapter-I/subchapter-A/part-1/subject-group-ECFR062882ac6495890/section-1.501(r)-0)

Colorado Department of Health Care Policy & Financing. (2026). *Atención Hospitalaria con Descuento de Colorado*. Descargado el 30 de enero de 2026, de <https://hcpf.colorado.gov/colorado-hospital-discounted-care>

Secretaría de Estado de Colorado. (2025). *Código de Reglamentos de Colorado*. Descargado el 30 de enero de 2026, de <https://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=11313&fileName=10%20CCR%202505-10%208.000>

Política/s reemplazada/s:

Ninguna

Apéndices

Apéndice A: Bases para calcular la cantidad generalmente facturada y los descuentos aplicables a pacientes que poseen aprobación para recibir asistencia financiera

UCHealth utiliza el método de actualización (look-back) para determinar la "cantidad generalmente facturada" (AGB) de personas que poseen un seguro que cubre atención de emergencia u otras prestaciones médicamente necesarias. Los porcentajes se calcularon empleando todos los reclamos autorizados por compañías de seguro privado (incluida Medicare Advantage), Medicare (tradicional) y Medicaid para servicios tanto de pacientes internados como ambulatorios, cuyas fechas de alta hospitalaria ocurrieron entre el 16 de noviembre de 2024 y el 15 de noviembre de 2025. El pago esperado o real de los reclamos

autorizados se dividió por el total de los cargos facturados por esos reclamos, para todos los centros en los cuales estos datos estaban disponibles. La AGB se calculó utilizando este pago privado, más el enfoque de Medicare y Medicaid para cada uno de los centros hospitalarios de UCHealth.

El porcentaje de AGB aplicable al 1 de febrero de 2026 en cada uno de nuestros centros es el siguiente:

Centro	Cantidad generalmente facturada (AGB)	Descuento aplicado a cargos brutos de pacientes que poseen aprobación para recibir asistencia financiera			
		Nivel federal de pobreza			Cobertura catastrófica
		251 % - 300 %	301 % - 350 %	351 % - 400 %	
Broomfield Hospital	19 %	94 %	87 %	81 %	81 %
Cherry Creek Surgery Center	22 %	93 %	85 %	78 %	78 %
Eastview Ambulatory Surgery Center	16 %	95 %	89 %	84 %	84 %
Estes Valley Medical Center (fecha de entrada en vigencia: 1 de diciembre 2025)	51 %	83 %	66 %	49 %	49 %
Grandview Hospital	16 %	95 %	89 %	84 %	84 %
Greeley Hospital	26 %	91 %	83 %	74 %	74 %
Highlands Ranch Hospital	18 %	94 %	88 %	82 %	82 %
Inverness Ambulatory Surgery Center	24 %	92 %	84 %	76 %	76 %
Longs Peak Hospital	19 %	94 %	87 %	81 %	81 %
Longs Peak Ambulatory Surgery Center	16 %	95 %	89 %	84 %	84 %
Medical Center of the Rockies	27 %	91 %	82 %	73 %	73 %
Memorial Hospital – Central and North	18 %	94 %	88 %	82 %	82 %
Pikes Peak Regional Hospital	33 %	89 %	78 %	67 %	67 %
Poudre Valley Hospital	28 %	91 %	81 %	72 %	72 %
Parkview Medical Center Inc.	14 %	95 %	91 %	86 %	86 %
Parkview Pueblo West	13 %	96 %	91 %	87 %	87 %
University of Colorado Hospital	20 %	93 %	87 %	80 %	80 %
Yampa Valley Medical Center	51 %	83 %	66 %	49 %	49 %
Servicios profesionales (UCHealth Medical Group, UCHealth Emergency Physician Services, UCHealth Imaging Services, Poudre Valley Hospital Providers, Yampa Valley Medical Center, Parkview Medical Group, Estes Valley Medical Center)*	36 %	88 %	76 %	64 %	64 %

Los pacientes que tengan la aprobación para recibir asistencia financiera y que posean ingresos familiares anuales del 250 % de los lineamientos FPL (o menos) recibirán un descuento del 100 % sobre los cargos brutos de la atención cubierta por esta política.

Los pacientes que tengan la aprobación para recibir asistencia financiera y que posean ingresos familiares anuales de entre 251 % y 400 % de los lineamientos FPL recibirán un descuento sobre los cargos brutos, como se indica en la tabla de arriba.

Los pacientes que hayan obtenido la aprobación para recibir asistencia financiera para saldo catastrófico recibirán un descuento sobre los cargos brutos, como se indica en la tabla precedente, o el 50 % de sus ingresos familiares anuales totales, lo que dé como resultado un saldo pendiente adeudado menor. El descuento por saldo catastrófico refleja el descuento para las personas que posean un ingreso familiar anual de entre el 351% y el 400% de los lineamientos FPL.

* El cálculo de la AGB para servicios profesionales utiliza todas las reclamaciones para compañías de seguro privado (incluida Medicare Advantage), Medicare (tradicional) y Medicaid. UCHHealth ha optado por descontar los servicios profesionales con el descuento más elevado y con mejor cálculo de la AGB de todas las entidades que brindan servicios profesionales y que deben cumplir con 501(r).