

	<b>TÍTULO</b> CF.13.10.9– Política de Asistencia Financiera		<b>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</b> CF.13.10.9
<b>Departamento(s)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Clínica (C) <input checked="" type="checkbox"/> Instalaciones (F) <input type="checkbox"/> Administración (A)	<b>Instalación(es)</b> Hospitales de Acceso Crítico <input checked="" type="checkbox"/> (1) Centro de Vida Asistida <input type="checkbox"/> (2) <input checked="" type="checkbox"/> Paciente ambulatorio hospitalario (3) Departamentos	<b>Número de unidad (S)</b> 10	<b>Número de póliza</b> 9
<b>CICLO DE REVISIÓN</b> 2 AÑO 3 AÑO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>FECHA DE CREACIÓN:</b> 7/1/2010	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b> 06/30/2025	<b>Fecha de revisión:</b> 06/30/2025

**PROPÓSITO DE LA POLÍTICA**

Middle Park Health se compromete a brindar atención médica viable y de alta calidad a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Esta política establece los criterios para proporcionar servicios de asistencia financiera a los pacientes que lo necesiten.

**DECLARACIÓN DE POLÍTICA**

Middle Park Health se compromete a brindar atención médica viable y de alta calidad a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Middle Park Health cumple con todas las leyes relacionadas con el tratamiento de emergencia y prohíbe cualquier acción que pueda disuadir a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes del Departamento de Emergencias paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia. Nada de lo dispuesto en esta Política se considerará que limita las obligaciones del hospital en virtud de EMTALA para tratar a pacientes con afecciones médicas de emergencia.

**ALCANCE**

Esta política se aplica a los servicios de atención médica (según se definen en la sección de definiciones de esta política), incluida la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por Middle Park Health.

**DEFINICIONES**

**Pautas federales del nivel de pobreza.** Se refiere a las pautas federales del nivel de pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos vigentes en la fecha de la prestación del servicio de atención médica para la concesión de asistencia financiera en virtud de esta política. [Directrices sobre la pobreza | ASPE \(hhs.gov\)](https://www.hhs.gov/ashpe/)

**Paciente.** Significa persona que recibe o está registrada para recibir tratamiento médico o, en el contexto de la póliza, se refiere a la persona responsable del pago.

**No asegurado.** Significa un paciente que no tiene ningún nivel de seguro o apoyo de terceros para ayudar a cumplir con sus obligaciones de pago por los servicios de atención médica y que no está cubierto por Medicare, Medicaid, Tricare o cualquier otro programa de seguro de salud de cualquier nación, estado, territorio o estado, o bajo cualquier otro seguro de salud o accidente patrocinado por el gobierno o el sector privado o el programa de beneficios, incluidos: pero no se limita a la compensación de los trabajadores y los laudos, acuerdos o juicios que surjan de reclamos, demandas o procedimientos relacionados con accidentes automovilísticos o presunta negligencia.

**Con seguro insuficiente.** Significa que el paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo por servicios de atención médica, como planes con deducibles altos, que exceden el nivel de recursos financieros del paciente.

#### **DEFINICIONES DE ROLES Y RESPONSABILIDADES**

Ninguno

#### **PROCEDIMIENTO**

##### **Determinación de la elegibilidad**

Al determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera, es importante que tanto Middle Park Health como el paciente trabajen en colaboración.

**Elegibilidad para recibir asistencia financiera.** Los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente no son elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno y no pueden pagar sus servicios de atención médica pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera.

Las decisiones sobre la asistencia financiera se toman caso por caso y solo consideran la necesidad financiera. Las decisiones nunca tienen en cuenta la edad, el género, la raza, el color, el origen nacional, el estado civil, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa. La Solicitud de Asistencia Financiera describe los documentos necesarios para verificar el tamaño de la familia y los ingresos.

Además, para ser elegible para recibir asistencia financiera, una persona debe cooperar con Middle Park Health, proporcionar la información y documentación solicitadas de manera oportuna, completar el formulario de solicitud requerido con sinceridad y notificar a Middle Park Health de inmediato sobre cualquier cambio en su situación financiera para que Middle Park

Health pueda evaluar el impacto del cambio en la elegibilidad de la persona para recibir asistencia financiera.

**Cómo se determina la elegibilidad.** Los pacientes deben completar una solicitud y proporcionar otra información financiera y documentación relevante para decidir la elegibilidad financiera. Al revisar las solicitudes, Middle Park Health puede:

- Revisar la información disponible públicamente para verificar los recursos financieros del paciente o de un posible garante.
- Buscar fuentes alternativas de pago de los programas de beneficios de pago públicos y privados; y
- Revisar el historial de pagos anteriores del paciente.

**Tramitación de solicitudes.** Middle Park Health hará todo lo posible para procesar las solicitudes de asistencia financiera de manera oportuna. Durante el proceso de determinación de elegibilidad, Middle Park Health tratará en todo momento al paciente o a su representante autorizado con dignidad y respeto.

**Pautas de asistencia financiera.** Los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera pueden incluir:

- El tamaño de la familia está determinado por el número de dependientes que viven en el hogar.
- Ingresos del hogar.
- Situación laboral .
- Obligaciones financieras.
- Monto y frecuencia de los gastos de atención médica; y
- Otros recursos financieros disponibles para el paciente.

La información recopilada se utilizará para corroborar y determinar qué asistencia financiera está disponible.

### **Proceso de evaluación**

El proceso para determinar qué pacientes califican para recibir asistencia financiera incluirá:

#### **Pacientes sin seguro**

**Atención hospitalaria con descuento.** La Atención Hospitalaria con Descuento fue creada por [el Proyecto de Ley de la Cámara de Representantes \(HB\) 21-1198](#). Los pacientes que están en o por debajo del 250% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG) son elegibles para la atención hospitalaria con descuento.

- A todos los pacientes sin seguro se les ofrecerá ser examinados para la atención hospitalaria con descuento.

- La atención hospitalaria con descuento limita los montos que se pueden facturar a los pacientes de bajos ingresos por los servicios de atención médica en hospitales y salas de emergencia. También limita los montos facturados por los proveedores que trabajan en hospitales y salas de emergencia. Si el paciente califica, los montos facturados se limitarán a las tarifas establecidas por el Departamento de Políticas y Finanzas de Atención Médica (Departamento). [Tarifas de atención hospitalaria con descuento | Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado.](#)
- Los planes de pago para los pacientes que califican no pueden ser más del cuatro (4) % de los ingresos mensuales brutos del paciente para las facturas del hospital. Los planes de pago para cada proveedor que factura por separado del hospital no pueden ser más del dos (2) % del ingreso familiar mensual bruto del paciente. Los planes de pago no pueden tener más de 36 meses de pagos. Una vez que se hayan realizado 36 pagos, la factura se considera pagada en su totalidad.
- La calificación es para pacientes que residen en Colorado, que cumplen con las pautas de ingresos y recursos.
- Middle Park Health sigue las pautas de descuento hospitalario establecidas por el Departamento de Políticas y Finanzas de Atención Médica de Colorado.

**AccesoUno.** AccessOne es ofrecido por Middle Park Health para proporcionar a los pacientes una opción de pago adicional. Los planes de pago de AccessOne están diseñados para eliminar el miedo financiero de la atención médica, ayudando a los pacientes a obtener la atención médica que necesitan cuando la necesitan. Los pagos mensuales manejables incluyen:

- 0% de interés.
- Sin informes de crédito.
- Sin tarifas de solicitud, anuales u ocultas.
- Métodos de pago fáciles: en línea, teléfono, cheque, pago automático.
- Le permite combinar todas las facturas del sistema de salud donde tenía servicios en un solo pago mensual para usted y los miembros de su familia".
- Los pacientes pueden calificar para esta opción de pago con una visita o varias visitas. Los pacientes pueden comunicarse con nuestro equipo de Servicio al Cliente para ayudar con los pagos de AccessOne al 1-970-887-5885.

**Planes de pago.** Middle Park Health también ofrece planes de pago internos para aquellos que califican hasta 12 meses con un pago mínimo de \$25 al mes.

Los pacientes pueden comunicarse con nuestro equipo de Servicio al Cliente para que los ayude a establecer un plan de pago interno al 1-970-887-5885.

**Caridad interna.** La elegibilidad se basará en la necesidad financiera en el momento de la

solicitud. La caridad interna no se limita a los solicitantes del estado de Colorado.

La elegibilidad se basará únicamente en el ingreso familiar bruto total ajustado por el tamaño de la familia y solo se aplica a los servicios ambulatorios. Los activos no se considerarán y se basarán en la escala móvil interna de Middle Park Health. Para obtener más información o para obtener la solicitud de caridad interna, comuníquese con el Navegador Financiero para Pacientes de Middle Park Health al 1-970-724-3151.

El proceso para determinar qué pacientes califican para la atención caritativa interna incluirá:

- Agotado o no elegible para ninguna fuente de pago de terceros (atención con descuento en el hospital, Access One, Medicare y/o Medicaid).
- Todos los pagadores del seguro han sido facturados y liquidados.
- Es posible que los pacientes que soliciten caridad en las cuentas deban solicitar los beneficios de Medicaid.
- Hacer una determinación inicial si el paciente es elegible para recibir atención de caridad, antes de iniciar cualquier esfuerzo de recaudación, suponiendo que el paciente coopere con el intento de la organización de tomar la determinación.
- Tomar la determinación inicial antes del servicio, en el momento del servicio o tan pronto como sea posible después de que se haya proporcionado el servicio al paciente.
- Hacer intentos razonables para determinar si un tercero pagador o patrocinador puede pagar algunos o todos los cargos.
- No imponer ninguna carga irrazonable sobre el paciente para que proporcione información relevante al considerar la solicitud de atención caritativa.
- La organización puede requerir que el paciente valide la exactitud de cualquier información proporcionada.
- Cualquiera de los siguientes documentos se considerará evidencia suficiente para basar una determinación de elegibilidad para la atención caritativa: talones de pago de los últimos 2 meses, estados de cuenta bancarios actuales y/o declaración de impuestos sobre la renta del año anterior, estados de cuenta W-2 del año anterior, formularios de compensación por desempleo, formularios que aprueban o deniegan Medicaid o declaraciones escritas de empleadores o agencias de asistencia social: o cartas de adjudicación federales o estatales.
- Si no se proporciona información financiera para respaldar una solicitud completa de asistencia benéfica dentro de los 45 días, se considerará denegada.
- Notificar al paciente de la decisión de la organización (aprobación o denegación), los motivos para llegar a la decisión y el proceso para apelar la decisión si la organización considera que el paciente no es elegible para recibir atención caritativa.
- Si se niega la atención caritativa, el paciente tiene treinta (30) días calendario dentro de los cuales puede apelar la decisión, corregir cualquier deficiencia en la documentación o solicitar una revisión de la denegación.
- La aprobación de la organización benéfica afectará a todas las cuentas de las que sea responsable el garante aprobado, dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de solicitud firmada. En los casos en que la solicitud exceda el período de 6 meses, el equipo de liderazgo puede ejercer su discreción para una revisión adicional. El porcentaje de caridad aprobado se aplicará a todas las cuentas existentes con saldos de pacientes 6 meses antes de la fecha de firma de la solicitud. Si el paciente paga por su cuenta y ha recibido un

descuento, el descuento caritativo completo se descontará del saldo restante. Cualquier saldo de crédito del paciente creado mediante la aplicación del porcentaje de caridad se reembolsará al garante dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la designación de atención benéfica. Es posible que se requiera que los pacientes que soliciten beneficios de Medicaid (u otro programa patrocinado por el gobierno) antes de recibir asistencia caritativa, si corresponde. Si se estableció la elegibilidad para Medicaid para las fechas de servicio cubiertas por la caridad, esos ajustes de caridad se revertirán y los servicios se facturarán a Medicaid para su procesamiento.

### **Pacientes con seguro insuficiente**

El coseguro, los deducibles, el copago y los montos de cargos no cubiertos relacionados con los saldos de los pacientes asegurados después de que se hayan aplicado los beneficios del seguro pueden considerarse para la asistencia financiera (es decir, planes de salud con deducibles altos).

**Atención hospitalaria con descuento.** La Atención Hospitalaria con Descuento fue creada por [el Proyecto de Ley de la Cámara de Representantes \(HB\) 21-1198](#). Los pacientes que están en o por debajo del 250% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG) son elegibles para la atención hospitalaria con descuento.

- A todos los pacientes sin seguro se les ofrecerá ser examinados para la atención hospitalaria con descuento.
- La atención hospitalaria con descuento limita los montos que se pueden facturar a los pacientes de bajos ingresos por los servicios de atención médica en hospitales y salas de emergencia. También limita el monto facturado por los proveedores que trabajan en hospitales y salas de emergencia. Si el paciente califica, los montos facturados se limitarán a las tarifas establecidas por el Departamento de Políticas y Finanzas de Atención Médica (Departamento). [Tarifas de atención hospitalaria con descuento | Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado](#).
- Los planes de pago para los pacientes que califican no pueden ser más del cuatro (4) % de los ingresos mensuales brutos del paciente para las facturas del hospital. Los planes de pago para cada proveedor que factura por separado del hospital no pueden ser más del dos (2) % del ingreso familiar mensual bruto del paciente. Los planes de pago no pueden tener más de 36 meses de pagos. Una vez que se hayan realizado 36 pagos, la factura se considera pagada en su totalidad.
- La calificación es para pacientes que residen en Colorado, que cumplen con las pautas de ingresos y recursos.
- Middle Park Health sigue las pautas de descuento hospitalario establecidas por el Departamento de Políticas y Finanzas de Atención Médica de Colorado.

**AccesoUno.** AccessOne es ofrecido por Middle Park Health para proporcionar a los pacientes

una opción de pago adicional. Los planes de pago de AccessOne están diseñados para eliminar el miedo financiero de la atención médica, ayudando a los pacientes a obtener la atención médica que necesitan cuando la necesitan. Los pagos mensuales manejables incluyen:

- 0% de interés.
- Sin informes de crédito.
- Sin tarifas de solicitud, anuales u ocultas.
- Métodos de pago fáciles: en línea, teléfono, cheque, pago automático.
- Le permite combinar todas las facturas del sistema de salud donde tenía servicios en un solo pago mensual para usted y los miembros de su familia".
- Los pacientes pueden calificar para esta opción de pago con una visita o varias visitas. Los pacientes pueden comunicarse con nuestro equipo de Servicio al Cliente para ayudar con los pagos de AccessOne al 1-970-887-5885.

**Planes de pago.** Middle Park Health también ofrece planes de pago internos para aquellos que califican hasta 12 meses con un pago mínimo de \$25 al mes.

Los pacientes pueden comunicarse con nuestro equipo de Servicio al Cliente para que los ayude a establecer un plan de pago interno al 1-970-887-5885.

**Caridad interna.** La elegibilidad se basará en la necesidad financiera en el momento de la solicitud. La caridad interna no se limita a los solicitantes del estado de Colorado.

La elegibilidad se basará únicamente en el ingreso familiar bruto total ajustado por el tamaño de la familia y solo se aplica a los servicios ambulatorios. Los activos no se considerarán y se basarán en la escala móvil interna de Middle Park Health. Para obtener más información o para obtener la solicitud de caridad interna, comuníquese con el Navegador Financiero para Pacientes de Middle Park Health al 1-970-724-3151.

El proceso para determinar qué pacientes califican para la atención caritativa interna incluirá:

- Agotado o no elegible para ninguna fuente de pago de terceros (atención con descuento en el hospital, Access One, Medicare y/o Medicaid).
- Todos los pagadores del seguro han sido facturados y liquidados.
- Es posible que los pacientes que soliciten caridad en las cuentas deban solicitar los beneficios de Medicaid.
- Hacer una determinación inicial si el paciente es elegible para recibir atención de caridad, antes de iniciar cualquier esfuerzo de recaudación, suponiendo que el paciente coopere con el intento de la organización de tomar la determinación.
- Tomar la determinación inicial antes del servicio, en el momento del servicio o tan pronto como sea posible después de que se haya proporcionado el servicio al paciente.
- Hacer intentos razonables para determinar si un tercero pagador o patrocinador puede pagar algunos o todos los cargos.
- No imponer ninguna carga irrazonable sobre el paciente para que proporcione información

- relevante al considerar la solicitud de atención caritativa.
- La organización puede requerir que el paciente valide la exactitud de cualquier información proporcionada.
  - Cualquiera de los siguientes documentos se considerará evidencia suficiente para basar una determinación de elegibilidad para la atención caritativa: talones de pago de los últimos 2 meses, estados de cuenta bancarios actuales y/o declaración de impuestos sobre la renta del año anterior, estados de cuenta W-2 del año anterior, formularios de compensación por desempleo, formularios que aprueban o deniegan Medicaid o declaraciones escritas de empleadores o agencias de asistencia social: o cartas de adjudicación federales o estatales.
  - Si no se proporciona información financiera para respaldar una solicitud completa de asistencia benéfica dentro de los 45 días, se considerará denegada.
  - Notificar al paciente de la decisión de la organización (aprobación o denegación), los motivos para llegar a la decisión y el proceso para apelar la decisión si la organización considera que el paciente no es elegible para recibir atención caritativa.
  - Si se niega la atención caritativa, el paciente tiene treinta (30) días calendario dentro de los cuales puede apelar la decisión, corregir cualquier deficiencia en la documentación o solicitar una revisión de la denegación.
  - La aprobación de la organización benéfica afectará a todas las cuentas de las que sea responsable el garante aprobado, dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de solicitud firmada. En los casos en que la solicitud exceda el período de 6 meses, el equipo de liderazgo puede ejercer su discreción para una revisión adicional. El porcentaje de caridad aprobado se aplicará a todas las cuentas existentes con saldos de pacientes 6 meses antes de la fecha de firma de la solicitud. Si el paciente paga por su cuenta y ha recibido un descuento, el descuento caritativo completo se descontará del saldo restante. Cualquier saldo de crédito del paciente creado mediante la aplicación del porcentaje de caridad se reembolsará al garante dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la designación de atención benéfica. Es posible que se requiera que los pacientes que soliciten beneficios de Medicaid (u otro programa patrocinado por el gobierno) antes de recibir asistencia caritativa, si corresponde. Si se estableció la elegibilidad para Medicaid para las fechas de servicio cubiertas por la caridad, esos ajustes de caridad se revertirán y los servicios se facturarán a Medicaid para su procesamiento.

#### Cómo aplicar

##### **Obtenga una solicitud de Asistencia Financiera. Está disponible**

- **Por teléfono**, llamando a nuestro Navegador Financiero para Pacientes al 970-724-3151.
- En **persona**, en cualquier centro de Middle Park Health. La información sobre la asistencia financiera estará disponible en los departamentos de emergencia del hospital y en las áreas de registro de pacientes.
- **Por correo postal y correo electrónico**, llamando a nuestro Navegador Financiero para Pacientes al 970-724-3151 o enviando un correo electrónico a [FinancialAid@middleparkhealth.org](mailto:FinancialAid@middleparkhealth.org).

Con la solicitud se proporcionará una lista de los documentos requeridos. Las solicitudes deben ir acompañadas de todos los documentos requeridos para verificar la elegibilidad.

### **Solicitudes incompletas**

Si Middle Park Health recibe un formulario de solicitud incompleto, le proporcionará al paciente (o a su representante legal) una lista de la información o documentación faltante. Si un paciente no responde dentro del período de 45 días después de su fecha de servicio o fecha de alta, Middle Park Health denegará la solicitud de asistencia financiera.

### **Aplicaciones completas**

Si Middle Park Health recibe un formulario de solicitud completo, tomará y documentará las determinaciones de elegibilidad de manera oportuna. Si una solicitud se considera completa, Middle Park Health proporcionará al paciente (o a su representante legal) una determinación escrita/verbal de la elegibilidad financiera.

### **VIOLACIÓN DE LA POLÍTICA**

CUALQUIER ASOCIADO DE MIDDLE PARK HEALTH QUE NO CUMPLA CON ESTA POLÍTICA PUEDE ESTAR SUJETO A MEDIDAS DISCIPLINARIAS, QUE PUEDEN INCLUIR EL DESPIDO.

### **DOCUMENTOS ASOCIADOS**

Ninguno

### **REFERENCIAS**