

CÓMO OBTENER AYUDA **CON SU** FACTURA DEL HOSPITAL

Una guía de sus
derechos como
paciente bajo la nueva
Ley de Descuentos
Hospitalarios de
Colorado



VEDRA LAW LLC

Esta página se deja intencionalmente en blanco.

Índice

4	Sobre los autores
5	Acerca de esta guía
6	Cómo obtener ayuda <i>antes</i> de necesitar atención hospitalaria
10	Sus derechos conforme a la nueva Ley de Descuentos Hospitalarios de Colorado
	11 Verificación
	15 Descuentos
	25 Protección contra las agencias de cobranza
28	Cómo emprender acciones si tiene un problema
33	Recursos adicionales

Esta guía se actualizó por última vez el 1 de septiembre de 2022.

Aviso legal: La información proporcionada en esta guía no constituye ni pretende constituir asesoramiento legal; en cambio, toda la información, el contenido y los materiales proporcionados aquí son solo para fines informativos generales. Es posible que la información de esta guía no constituya la información legal o de otro tipo más actualizada.

Para obtener más información sobre Descuentos Hospitalarios, visite www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care.

Sobre los autores

Esta guía surge de la colaboración entre la Colorado Consumer Health Initiative (CCHI), el Colorado Center on Law and Policy (CCLP) y Vedra Law LLC.



Colorado Consumer
Health Initiative

La **Colorado Consumer Health Initiative (CCHI)** es una organización de defensa de la salud sin fines de lucro, orientada al consumidor y basada en la membresía. Atiende a los habitantes de Colorado cuyo acceso a la atención médica y la seguridad financiera se ve comprometido por barreras estructurales, asequibilidad, beneficios deficientes o prácticas comerciales injustas del sector de la atención médica. La misión de la CCHI es promover la opinión de los consumidores para mejorar el acceso a la atención médica para todos los habitantes de Colorado trabajando en todo el estado con el fin de avanzar hacia la equidad, la asequibilidad y la calidad.

Más información en cohealthinitiative.org.



El **Colorado Center on Law and Policy (CCLP)** es una organización de defensa sin fines de lucro dedicada a la visión de que cada habitante de Colorado debe tener lo que necesita para tener éxito. Con su apoyo a diversas comunidades, organizaciones e individuos, el CCLP es tan solo una de las piezas del creciente movimiento para combatir la pobreza en todo nuestro estado. El CCLP presta servicio a los habitantes de Colorado utilizando las facultades de defensoría legal, defensoría legislativa, construcción de coaliciones, participación comunitaria, investigación y análisis.

Obtenga más información en CCLPonline.org.



VEDRA LAW LLC

Vedra Law LLC es un bufete de abogados de derechos del consumidor que representa a personas en asuntos de cobro de deudas, incluido el cobro de deudas médicas.

Más información en vedralaw.com.

acerca de

Acerca de esta guía

Una nueva ley en Colorado (Proyecto de Ley 21-1198) requiere que todos los hospitales adopten ciertas medidas para que las facturas de los hospitales sean más asequibles para los pacientes de ingresos bajos y moderados.

Por ejemplo, los hospitales deben ofrecer descuentos, también conocidos como Descuentos Hospitalarios, a los pacientes que reúnen los requisitos en función de sus ingresos. Esta ley entró en vigor el 1 de septiembre de 2022.

Esta guía es para pacientes y personas que trabajan con pacientes. Explica qué esperar y cuáles son sus derechos como paciente conforme a la nueva ley. La guía también responde preguntas frecuentes sobre la ley.

En la Parte 1 se explica cómo obtener ayuda *antes* de necesitar atención hospitalaria.

Lea la sección para obtener más información sobre las opciones de los seguros de salud públicos que ayudan a muchas personas a pagar la atención médica.

En la Parte 2 se explica sus derechos conforme a la nueva ley.

Lea la sección para obtener más información sobre:

1. Verificación.
2. Descuentos en facturas hospitalarias.
3. Pasos obligatorios para que los hospitales puedan enviar una factura impaga a una agencia de cobranzas.

En la Parte 3 se explica cómo emprender acciones si tiene un problema.

Lea la sección si tiene un problema con los Descuentos Hospitalarios y no sabe qué debe hacer a continuación.

¿Quiere saber más?

La sección **Recursos adicionales** describe dónde encontrar más información sobre Descuentos Hospitalarios.

01

Cómo obtener ayuda *antes* de necesitar atención hospitalaria

Una nueva ley en Colorado (Proyecto de Ley 21-1198) ayuda a proteger a los pacientes de ingresos bajos y moderados contra las facturas hospitalarias inasequibles y las deudas médicas. Como parte de esta ley, los pacientes de ingresos bajos y moderados pueden obtener descuentos en sus facturas del hospital. Estos descuentos también se conocen como **Descuentos Hospitalarios**.

Los Descuentos Hospitalarios son de ayuda para los pacientes que reúnen los requisitos con base en sus ingresos y que normalmente tendrían que pagar al hospital mucho dinero por los servicios hospitalarios que recibieron, como los pacientes sin seguro o los pacientes con seguro de salud privado que no pueden afrontar los gastos que deben pagar de su bolsillo. (La Parte 2 de esta guía proporciona más información sobre Descuentos Hospitalarios).

Si bien los Descuentos Hospitalarios pueden reducir la cantidad de dinero que tiene que pagar al hospital, **los progra-**

mas de seguros de salud públicos pueden ser una opción aún mejor para los pacientes que reúnen los requisitos.

¿Por qué el seguro de salud público es una mejor opción que los descuentos para muchas personas?

Los Descuentos Hospitalarios solo ayudan a pagar la atención que recibió en un hospital o en un departamento de emergencias independiente. Los programas de seguros de salud públicos generalmente también cubren otros tipos de servicios, como visitas al médico y medicamentos con receta. Los tipos exactos de servicios cubiertos dependen del programa.

Además, aunque los Descuentos Hospitalarios puede reducir sus facturas del hospital, algunos programas de seguros de salud públicos pueden cubrir todo el



Muchos habitantes de Colorado se sorprenden al saber que reúnen los requisitos para los programas de seguros de salud públicos, algunos de los cuales están disponibles para personas que no son ciudadanas estadounidenses.

costo de su atención médica o la mayor parte de este. Por ejemplo, es posible que un procedimiento hospitalario que cuesta \$1,000 con la Ley de Descuentos Hospitalarios sea gratuito si se inscribe en Health First Colorado (el programa Medicaid de Colorado).

¿Qué opciones de seguros de salud públicos están disponibles? ¿Cómo sé si reúno los requisitos? ¿Cómo presento mi solicitud?

Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)

Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) es un programa de seguros de salud públicos. Paga por servicios de atención médica para adultos de bajos ingresos, niños, personas embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades.

Las personas con Health First Colorado pagan **muy poco** o **nada** por los servicios de atención médica cubiertos por el programa. Para reunir los requisitos, debe ser residente de Colorado y los ingresos de su hogar deben estar por debajo de un cierto nivel. También debe ser ciudadano/a estadounidense o tener un estatus migratorio que le permita participar.

Health First Colorado es un plan de seguros de salud integrales, lo que significa que cubre muchos tipos de atención, incluidas las visitas al médico, la atención de emergencia y los medicamentos con receta, entre otros.

Health First Colorado puede cubrir los servicios que recibió hasta tres meses **antes** de enviar su solicitud. Esto significa que puede inscribirse en Health First Colorado poco después de su visita al hospital, lo que puede reducir en gran



medida sus facturas.

Puede tener otro tipo de seguro y aún así reunir los requisitos para Health First Colorado, que puede pagar el saldo restante adeudado al hospital después de que su seguro primario pague su parte.

Para obtener más información y presentar una solicitud, visite [CO.gov/PEAK](https://www.CO.gov/PEAK), envíe una solicitud en papel para Health First Colorado o llame al 1-800-221-3943. Puede solicitar Medicaid en cualquier momento del año.

Medicaid de Emergencia

Medicaid de Emergencia es un programa de Health First Colorado que ayuda a los no ciudadanos de bajos ingresos a pagar emergencias médicas.

Las personas cuyo estatus migratorio las hace inelegibles para Health First Colorado pueden ser elegibles para Medicaid de Emergencia. Pueden ser personas indocumentadas, beneficiarios de Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA) o adultos con residencia permanente legal (también conocidos como titulares de “Green Card”) que han tenido ese estatus por menos de cinco años.

Medicaid de Emergencia solo cubre emergencias, incluidos casos graves de COVID-19, el nacimiento de un bebé,

diálisis para la enfermedad renal en etapa terminal y otras emergencias potencialmente mortales, como un ataque cardíaco. No cubre los servicios de atención médica de rutina o continuos, como chequeos, atención prenatal, atención de seguimiento para una enfermedad o lesión o atención para una afección crónica.

Medicaid de Emergencia puede cubrir los servicios de emergencia que recibió hasta tres meses **antes** del envío de su solicitud. Esto significa que puede inscribirse en Medicaid de Emergencia poco después de visitar el hospital, lo que puede reducir en gran medida sus facturas.

Puede tener otro tipo de seguro y aún así reunir los requisitos para Medicaid de Emergencia. Medicaid de Emergencia puede pagar el saldo restante adeudado al hospital después de que su seguro primario pague su parte.

Hasta hace poco, las personas tenían que solicitar Medicaid de Emergencia cada vez que tenían una emergencia médica. Ahora, solo tiene que solicitar Medicaid de Emergencia una vez al año, sin importar cuántas emergencias médicas tenga en ese tiempo. Tampoco necesita una nota del médico que diga que tuvo una afección médica de emergencia.

Para obtener más información, visite healthfirstcolorado.com/emergency-medicaid.

Presente una solicitud en línea en CO.gov/PEAK, envíe una solicitud en papel para Health First Colorado o llame al 1-800-221-3943. Para las solicitudes en línea y en papel, asegúrese de responder “sí” cuando se le pregunte si desea solicitar Medicaid de Emergencia y beneficios reproductivos. Puede solicitar Medicaid de Emergencia en cualquier momento del año.

Child Health Plan *Plus* (CHP+)

El Child Health Plan *Plus* (CHP+) es un programa de seguros de salud públicos para personas embarazadas y menores de 18 años. Es para personas que ganan demasiado para obtener Health First Colorado (Medicaid), pero no lo suficiente para pagar un seguro privado. Para poder participar, debe ser residente de Colorado, cumplir con ciertos requisitos de ingresos y ser ciudadano/a estadounidense o tener un estatus migratorio que lo permita.

A diferencia de Medicaid, el CHP+ *no* cubre los servicios que recibió en los tres meses *anteriores* a su solicitud y *no puede* tener otro tipo de seguro al mismo tiempo.

Para obtener más información, visite hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus o llame al 1-800-359-1991. Cuando desee presentar su solicitud, visite CO.gov/PEAK. Puede solicitar el CHP+ en cualquier momento del año.

Medicare

Medicare es un programa federal de seguros de salud. Es para personas de 65 años o más, personas menores de 65 años que reciben beneficios por discapacidad del Seguro Social, personas con enfermedad renal en etapa terminal y personas con enfermedad de Lou Gehrig (ELA). Ayuda con el costo de la atención, pero no cubre todos los costos médicos. Tampoco cubre el costo de la mayoría de los cuidados a largo plazo.

Para obtener más información y presentar una solicitud, visite medicare.gov/basics/get-started-with-medicare o llame al Servicio al Cliente de Medicare al 1-800-633-4227. Solo puede solicitar Medicare en ciertos momentos, como cuando cumple 65 años, durante el período de inscripción o en algunas situaciones especiales. Obtenga más información sobre cuándo puede solicitar Medicare accediendo al enlace anterior.

¿Qué pasa si no reúno los requisitos para las opciones de seguros de salud públicos enumeradas? ¿Hay alguna ayuda disponible con los seguros privados?

Connect for Health Colorado

Connect for Health Colorado es el mercado oficial de seguros de salud de Colorado, donde los habitantes de Colorado pueden comprar un seguro de salud privado. Las personas con seguro de salud privado generalmente pagan más por la atención médica que las personas con seguro de salud público.

Si sus ingresos están en un cierto rango y compra su plan de seguros a través de Connect for Health Colorado, quizás pueda recibir ayuda financiera. Esta ayuda financiera puede reducir la cantidad que tiene que pagar por el seguro de salud privado cada mes y, a veces, puede reducir la cantidad que tiene que pagar por la atención médica que recibe.

Algunas personas pueden recibir ayuda financiera a través de Connect for Health Colorado y los Descuentos Hospitalarios. Otros tienen ingresos demasiado altos para recibir los Descuentos Hospitalarios, pero aún así pueden recibir ayuda financiera a través de Connect for Health Colorado.

Para obtener más información y presentar una solicitud, visite connectforhealthco.com o llame al 855-752-6749. Puede solicitar un seguro de Connect for Health Colorado durante el período de inscripción (del 1 de noviembre al 15 de enero de cada año) o si reúne los requisitos para un período de inscripción especial. Obtenga más información en el enlace anterior.

02

Sus derechos conforme a la nueva Ley de Descuentos Hospitalarios de Colorado

Una nueva ley significa nuevos derechos para los pacientes de Colorado

Conforme a la nueva Ley de Descuentos Hospitalarios de Colorado, todos los hospitales del estado están obligados a:

1. **Verificar** si los pacientes pueden recibir ayuda para pagar sus facturas.
2. Ofrecer **descuentos** en atención hospitalaria a los pacientes que reúnan los requisitos en función de sus ingresos.
3. Adoptar ciertas medidas antes de enviar una factura de hospital impaga a **agencias de cobranza**.

La nueva ley le otorga derechos como paciente. Esta sección proporciona información sobre sus derechos a la **verificación**, los **descuentos** y la **protección de agencias de cobranza**.



Puede ser útil llevar un registro de sus interacciones con el hospital. Por ejemplo, guarde todos los documentos que el hospital le entregue o le envíe por correo, ¡incluidos los sobres! Cuando llame al hospital por teléfono, anote con quién habló, cuándo habló con ellos y qué le dijeron. Esta información puede servirle si tiene un problema en el futuro.

Verificación

Usted tiene derecho a comprobar si puede recibir ayuda con su factura del hospital.

Este proceso se denomina verificación. Si le interesa obtener descuentos en sus facturas del hospital, la verificación es el primer paso.

Tanto los pacientes sin seguro como los pacientes asegurados tienen derecho a la verificación, pero los pacientes asegurados tienen que solicitar la verificación, no se realiza de forma automática.

Para la verificación, no tiene que ser ciudadano/a estadounidense ni tener un estatus migratorio particular. Las personas de todos los estatus y antecedentes migratorios pueden recibir descuentos.

En el proceso de verificación, el hospital le hará algunas preguntas para comprobar si reúne los requisitos para:

- 1. Programas de seguros de salud públicos**, como Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado), Medicaid de Emergencia, Child Health Plan *Plus* (CHP+) y Medicare. Estos programas pueden cubrir todas sus facturas de atención médica o la mayoría de ellas.
- 2. Descuentos en sus facturas de hospital**, como el Programa de Atención para Indigentes de Colorado (CICP, ver a continuación) y los Descuentos Hospitalarios.

¿Qué es el Programa de Atención para Indigentes de Colorado (CICP)?

El CICP proporciona servicios de atención médica con descuento a personas de ingresos bajos a moderados que no reúnen los requisitos para Health First Colorado o Child Health Plan Plus y que reciben atención por parte de proveedores médicos que participan en el CICP. No es necesario ser ciudadano/a estadounidense ni tener un estatus migratorio particular para reunir los requisitos del CICP. Si solicita Descuentos Hospitalarios en un hospital que participa en el CICP, le brindarán ayuda para solicitar ambos programas al mismo tiempo; no tiene que preocuparse por solicitar cada programa por separado.

! ¿Cómo obtengo una verificación?

Si usted **NO** tiene seguro de salud...

El hospital está **obligado** a realizar una verificación para comprobar si reúne los requisitos para programas de seguros de salud públicos o descuentos en sus facturas del hospital, *a menos que opte por no realizar la verificación.*

El hospital debe realizar la verificación **dentro de los 45 días** posteriores a la fecha en que recibió los servicios o la fecha en que fue dado/a de alta del hospital, lo que ocurra más tarde.

Si usted **TIENE** seguro de salud...

Debe solicitar al hospital que realice una verificación. Si solicita la verificación, el hospital está obligado a realizar la verificación, ***pero usted debe solicitarla.*** Lo mejor es solicitar la verificación lo antes posible.

Si solicita una verificación, el hospital deberá realizarla **dentro de los 45 días** posteriores a la fecha en que recibió los servicios, la fecha en que fue dado/a de alta del hospital o la fecha de su ajuste de la primera factura después del seguro, según la fecha que ocurra más tarde. (Consulte la nota a continuación).

Recuerde: si tiene seguro y desea una verificación, debe solicitarla. No se realiza automáticamente.

Importante:

Después de una visita al hospital, es posible que el hospital intente facturársela a su seguro en primer lugar. Una vez que el seguro revise la factura, le enviará una “explicación de los beneficios” en la que detallará lo que el hospital puede facturarle. Luego, el hospital puede facturarle el saldo restante después de que el seguro haya pagado su parte. Esta factura se conoce como “primera factura después del ajuste del seguro”.

¿Cómo funciona la verificación?

El proceso de verificación es *simple*.

El hospital le hará preguntas sobre usted y las personas con las que vive.

Si habla un idioma que no sea el inglés, el hospital *debe* realizar la verificación en su idioma de preferencia.

Podrán usar un intérprete profesional o un miembro del personal que domine su idioma de preferencia. El hospital no puede confiar en que un miembro de la familia interprete por usted a menos que se le haya ofrecido un intérprete profesional y usted solicite trabajar con su familiar en su lugar.

Trate de responder *todas* las preguntas de la verificación.

No tiene la obligación de responder todas las preguntas, pero si omite algunas, el hospital puede decir que no tiene suficiente información para comprobar si reúne los requisitos para recibir ayuda. El hospital puede preguntarle sobre el tamaño y los ingresos de su núcleo familiar. El hospital no puede preguntarle sobre sus activos, como la cantidad de dinero que tiene en su cuenta bancaria. El hospital no debe preguntarle sobre su ciudadanía ni estatus migratorio como parte del proceso de verificación. Se preservará la confidencialidad de toda su información.

El proceso de verificación es *no oficial*.

Significa que el hospital está verificando si usted *probablemente* reúne los requisitos para ciertos programas, según la información que le dé. Sin embargo, para obtener una respuesta o decisión

oficial, deberá presentar una solicitud al programa. Por ejemplo, si el hospital determina que probablemente reúna los requisitos para Child Health Plan *Plus* (CHP+), igual debe completar una solicitud para ese programa para confirmar que reúne los requisitos e inscribirse. (Consulte las páginas 6-9 para obtener información sobre cómo solicitar programas de seguros de salud públicos y privados).

También puede solicitar para un programa incluso si el hospital establece que probablemente no sea elegible. Por ejemplo, si el hospital determina que probablemente no reúna los requisitos para Health First Colorado (Medicaid), aún puede solicitar ese programa para corroborarlo.

Los hospitales *deben* informarle los resultados de la verificación.

También deben brindarle información sobre los programas y descuentos para los que puede reunir los requisitos y explicarle cómo solicitarlos.

Recuerde...

Es importante conservar todos los documentos que el hospital le entregue o le envíe por correo. De esta manera, si tiene un problema más adelante, puede consultar **qué** documentos le proporcionó el hospital y **cuándo** los recibió.

¿Qué pasa si no quiero que realicen la verificación?

Si tiene seguro, no necesita hacer nada: el hospital realizará la verificación solamente si usted lo solicita.

Si no tiene seguro, puede optar por no realizar la verificación, PERO esto significa que no sabrá si puede recibir ayuda para reducir o pagar su factura. También puede perder su derecho a emprender acciones legales contra el hospital y los proveedores médicos por no realizar la verificación o darle descuentos. Si decide que no desea una verificación, debe completar un formulario que diga que opta por no realizar la verificación para esa visita.

¿Qué pasa si rechazo una verificación y luego cambio de opinión?

A veces, los pacientes sin seguro firman un formulario que dice que no quieren una verificación, pero luego cambian de opinión y deciden que quieren la verificación después de todo. Los pacientes en esta situación aún pueden solicitar una verificación y los descuentos.

En esta situación, lo mejor es solicitar la verificación lo antes posible. **Si solicita la verificación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su factura del hospital, el hospital *debe* realizar la verificación.** Si pasaron más de 30 días desde la fecha de su factura del hospital, igual puede solicitar una verificación.

Además, cuando firma un formulario para no realizar una verificación para un conjunto de servicios (también conocido como “episodio de atención”), no está optando por no realizar verificaciones de servicios futuros. Si regresa al hospital en el futuro por otro episodio de atención, tiene los mismos derechos de verificación: tiene derecho a una verificación o a firmar otro formulario para optar nuevamente por no realizar una verificación.

Descuentos

¿Quién puede recibir descuentos en sus facturas de hospital?

Todas las personas cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 250% del Nivel Federal de Pobreza pueden recibir descuentos en sus facturas hospitalarias, también conocidos como Descuentos Hospitalarios.

No importa si tiene seguro de salud o no.

Todas las personas, independientemente de la ciudadanía o los antecedentes migratorios, pueden recibir descuentos. No tiene que ser ciudadano/a estadounidense ni tener un estatus migratorio particular para reunir los requisitos.

Muchas personas se sorprenden al saber que pueden recibir asistencia.

Consejo importante

Algunos hospitales ofrecen descuentos a personas con ingresos aún más altos. Por ejemplo, un hospital puede proporcionar descuentos a personas con ingresos de hasta el 400% del Nivel Federal de Pobreza. Si su hogar gana más del 250%, consulte la política de su hospital; es posible que pueda recibir ayuda.



La siguiente tabla muestra a cuánto corresponde el 250% del Nivel Federal de Pobreza para el 2022. Por ejemplo, si hay 3 personas en su núcleo familiar y el núcleo familiar gana menos de \$57,575 por año, usted puede recibir descuentos.

¿Mi núcleo familiar puede recibir Descuentos Hospitalarios? Elegibilidad de ingresos para 2022		
Cantidad de personas en el núcleo familiar	250% del Nivel Federal de Pobreza	
	Si el ingreso combinado del núcleo familiar corresponde a esta cantidad o menos, usted puede recibir Descuentos Hospitalarios.	
	Mensual	Anual
1	\$2,831	\$33,975
2	\$3,815	\$45,775
3	\$4,798	\$57,575
4	\$5,781	\$69,375
5	\$6,765	\$81,175
6	\$7,748	\$92,975
7	\$8,731	\$104,775
8	\$9,715	\$116,575
Para núcleos familiares con más de 8 integrantes, agregue \$983 al ingreso mensual o \$11,800 al ingreso anual por cada persona adicional.		

Importante: Estos números se modifican ligeramente cada año. Después de 2022, visite www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care para consultar una tabla de elegibilidad de ingresos más actualizada.

¿Qué son los Descuentos Hospitalarios y cómo funcionan?

Los Descuentos Hospitalarios reducen el costo de sus facturas de hospital de dos formas: con los **límites de tarifas** y los **planes de pago mensual**.

Límites de tarifas

Si puede recibir Descuentos Hospitalarios, los hospitales no pueden cobrar más de una cierta cantidad por la atención que recibió. La cantidad máxima que se les permite cobrar por un servicio se denomina “límite de tarifa”. Si no tiene seguro, esta es la cantidad con la que comenzarán al configurar su plan de pago mensual. (Consulte más información sobre los planes de pago mensual a continuación).

La información sobre la cantidad de dinero que los hospitales pueden cobrarle por diferentes servicios se publica en:

<https://hcpf.colorado.gov/Hospital-Discounted-Care-Rates>

Esta información puede ser difícil de entender sin conocer los “códigos de procedimiento” para los servicios que recibió. Puede solicitar que el hospital le entregue un estado de cuenta detallado que incluya códigos de procedimiento.



Planes de pago mensual

Si puede recibir Descuentos Hospitalarios, los hospitales deben dividir la factura en pagos mensuales. Esto se llama plan de pago mensual.

Conforme al plan de pago, **los hospitales no pueden pedirle que pague más del 4% de sus ingresos familiares mensuales por mes.**

Los proveedores médicos que trabajan en el hospital a menudo envían una factura por separado. Por ejemplo, tal vez recibió una factura de un anestesista o radiólogo. Estos proveedores también deben ofrecerle un plan de pago. Conforme al plan de pago, **un proveedor médico no puede pedirle que pague más del 2% de sus ingresos familiares mensuales por mes.** (Además del límite del 4% para facturas del hospital).

Además, **su plan de pago no puede continuar por más de 36 meses.** Si realiza 36 pagos mensuales en su plan de pago y todavía queda un saldo, el hospital o el proveedor médico deberán considerar que la factura se pagó en su totalidad y usted no les debe más dinero.

Dependiendo del tamaño de la factura



y los ingresos de su núcleo familiar, el plan de pago puede ser *más corto* que 36 meses. Si paga el monto total adeudado en su plan de pago en menos de 36 pagos mensuales, su factura quedará pagada en su totalidad y no le deberá más dinero al hospital o al proveedor médico. (Treinta y seis pagos mensuales es la *duración máxima permitida* de un plan de pago, pero los planes de pago pueden ser más cortos).

¿A qué tipo de servicios se aplican los Descuentos Hospitalarios?

Para los pacientes que reúnen los requisitos, los Descuentos Hospitalarios se aplican a **todos los servicios médicamente necesarios proporcionados en un hospital o departamento de emergencias independiente**. Se aplica a los servicios de emergencia y no de emergencia.

A veces, los pacientes reciben atención en el hospital por parte de proveedores médicos que facturan por separado del hospital, como anestesistas o radiólogos. Los Descuentos Hospitalarios también se aplican a la atención proporcionada por este tipo de profesionales de la salud.

En la siguiente página, encontrará un ejemplo de cómo funcionan los descuentos en la práctica.

Ejemplo

A continuación, se indica un ejemplo de cómo funcionan los descuentos en la práctica.

Límites de tarifas

Un paciente con un ingreso mensual de \$2,000 se somete a una cirugía en un hospital.

El paciente puede recibir Descuentos Hospitalarios en función de sus ingresos.

El hospital normalmente cobraría \$30,000 por la cirugía, pero debido a que el paciente puede recibir descuentos, el estado establece la cantidad máxima que se le puede cobrar. El hospital no puede cobrar más de \$20,000 por la cirugía.

Un anestesista independiente proporcionó atención durante la cirugía. Por lo general, cobran \$8,000 adicionales, pero no se les permite cobrar más de \$5,000 si se trata de pacientes que pueden recibir descuentos.

Situación 1: El paciente tiene seguro de salud.

El seguro del paciente paga \$15,000 del costo de la cirugía, dejando \$5,000 sobrantes.

El seguro del paciente paga \$4,000 del costo del anestesista, dejando \$1,000 sobrantes.

Situación 2: El paciente no tiene seguro.

El hospital le cobra al paciente \$20,000 por la cirugía.

El anestesista le cobra al paciente \$5,000 adicionales por sus servicios.

Cargo hospitalario mensual con un límite del 4% de los ingresos mensuales

= \$80 por mes

Cargo mensual del anestesista con un límite del 2% de los ingresos mensuales

= \$40 por mes

Planes de pago mensual

El hospital y el anestesista se limitan a cobrar un máximo de 36 pagos.

Importante:

Este ejemplo es solo para demostrar cómo los descuentos *pueden* reducir la factura de un paciente. No refleja las cantidades reales que un paciente puede esperar pagar por un procedimiento.

La factura del hospital se paga en su totalidad después de 36 pagos de \$80

= \$2,880 en total

La factura del anestesista se paga en su totalidad después de 36 pagos de \$40

= \$1,440 en total

Si reúne los requisitos, con los Descuentos Hospitalarios puede ahorrar mucho dinero en sus facturas del hospital.

En el ejemplo anterior, al hospital no se le permite facturar al paciente más de \$2,880 y al proveedor médico no se le permite facturar al paciente más de \$1,440.

Preguntas sobre los Descuentos Hospitalarios

P: ¿Qué pasa si quiero pagar mi factura más rápidamente?

R: Si quiere pagar su factura de una vez y no configurar un plan de pago, lo puede hacer. Si sigue esta opción, el hospital no puede cobrarle más de lo que habría pagado con un plan de pago mensual.

Por ejemplo, en el ejemplo anterior, el hospital no podía facturar al paciente más de \$2,880 en 36 pagos. Si este paciente fuera a pagar su factura completa de una vez, el hospital podría enviarle una factura única de no más de \$2,880.

El hospital puede enviarle una factura por un monto menor si lo desea.

P: ¿Qué pasa si incumplo con un pago?

R: Si efectuó 36 pagos mensuales en su plan de pago y todavía hay un saldo res-

tante, el hospital debe considerar que su factura ya se pagó en su totalidad. Los 36 pagos no tienen que ser consecutivos (todos seguidos). Si adeuda un mes, el hospital puede agregar ese pago incumplido al final del plan de pago. En consecuencia, si efectúa 36 pagos mensuales pero adeuda ocasionalmente un mes, su plan de pago puede tardar un poco más de 3 años en completarse.



No hay sanción por incumplir con un pago mensual. Por ejemplo, el hospital no puede cobrarle un recargo por pago atrasado o cobrarle más dinero en general porque no realizó un pago.

Si adeuda tres pagos *seguidos* y pasaron al menos 182 días desde su fecha de alta, el hospital puede enviar su factura impaga a agencias de cobranza o emprender acciones de cobro en su contra.

Después del segundo pago adeudado *seguido*, si pasaron al menos 152 días desde la fecha de alta, el hospital debe en-

viarle un aviso por escrito en el que diga que puede recibir iniciar acciones de cobro si incumple con un tercer pago consecutivo.

P: ¿Qué pasa si los ingresos de mi núcleo familiar cambian después de que se configura mi plan de pago?

R: Después de configurar su plan de pago, el hospital o proveedor médico no pueden cambiar sus descuentos o el plan de pago mensual a menos que usted lo desee.

Por ejemplo, si los ingresos de su núcleo familiar aumentan después de solicitar los Descuentos Hospitalarios, no necesita compartir esta información con el hospital o el proveedor médico y no necesita cambiar su plan de pago mensual para reflejar ese cambio.

En ocasiones, hay personas que *quieren* que el hospital vuelva a revisar los ingresos de su núcleo familiar debido a un cambio que ocurrió en el hogar. Es lo que se conoce como una “redeterminación”.

Por ejemplo, si los ingresos de su hogar disminuyeron después de solicitar los Descuentos Hospitalarios, es posible que desee que su plan de pago mensual se reduzca para reflejar este cambio. En este caso, puede solicitar una redeterminación. Si el hospital está de acuerdo en que usted tiene un ingreso familiar más bajo, deberá reducir sus pagos mensuales para que no superen los límites del 4% y el 2%.

P: ¿Qué pasa si voy al hospital varias veces?

R: Todos los servicios de atención médica que recibe por una enfermedad o lesión se denominan “episodio de atención”. Por ejemplo, imagine que un paciente tuvo un ataque cardíaco, fue a la

sala de emergencias y luego se programó una consulta de seguimiento la semana siguiente para ver cómo se estaba recuperando. En este ejemplo, tanto la visita a la sala de emergencias como la consulta de seguimiento se considerarían un episodio de atención.

Si el paciente más adelante tiene otra enfermedad o lesión, se considerará otro episodio de atención.

Si puede recibir Descuentos Hospitalarios, el hospital no podrá ofrecerle varios planes de pago para los servicios incluidos en un episodio de atención. En el ejemplo anterior, el hospital debe darle al paciente solo un plan de pago para pagar el costo de la sala de emergencias y la consulta de seguimiento. El hospital no puede darle al paciente un plan de pago para los servicios de la sala de emergencias y un plan de pago para la consulta de seguimiento, ya que estos servicios integran el mismo episodio de atención.

Si el paciente regresó más adelante al hospital por una enfermedad o lesión no relacionada, como una pierna fracturada, el hospital puede configurarlos en un nuevo plan de pago separado para esa atención.

Si recibe atención en un hospital donde se realizó una verificación y solicitó Descuentos Hospitalarios en los 12 meses anteriores, no necesita volver a completar la verificación ni la solicitud. Si recibe atención en otro hospital, o si pasaron más de 12 meses desde la última vez que solicitó los Descuentos Hospitalarios, es posible que tenga que volver a realizar la verificación y la solicitud.

P: ¿Qué pasa si el paciente muere?

R: Si un paciente muere antes de la verificación, el hospital deberá proporcionar información al cónyuge, tutor, representante legal o albacea de la cuenta

del paciente sobre el derecho de los pacientes a los Descuentos Hospitalarios. Un familiar u otro representante puede completar la verificación y la solicitud en nombre del paciente. La persona que complete el proceso de verificación no será responsable de las facturas del paciente.

¿Cómo solicito los Descuentos Hospitalarios?

Después de la verificación, si desea solicitar descuentos en su factura del hospital, los hospitales deben brindarle ayuda para completar la solicitud.

El hospital debe brindarle ayuda para completar la solicitud, incluso si considera que probablemente no reunirá los requisitos según la información que les proporcionó durante el proceso de verificación. (Recuerde: El proceso de verificación no es oficial. Para obtener una decisión oficial sobre si puede recibir los Descuentos Hospitalarios, deberá completar una solicitud).

El hospital le pedirá algunos documentos para comprobar el ingreso de su núcleo familiar. Debe proporcionar estos documentos **dentro de los 45 días** posteriores a la fecha de la verificación. Sin los documentos, la solicitud de Descuentos Hospitalarios se considerará incompleta.

El hospital debe informarle por escrito si su solicitud es aprobada o denegada dentro de los 14 días posteriores a que complete su solicitud. Deberá enviarle la información en su idioma de preferencia.

Si su solicitud es aprobada, el hospital deberá otorgarle los descuentos descritos en la sección “Descuentos” de esta guía (página 17).

Si su solicitud es denegada, el hospital deberá explicarle por qué se le negó. También debe proporcionarle información sobre cómo apelar una decisión con la que no está de acuerdo. (Si su solicitud es denegada, pero cree que puede recibir descuentos, consulte la sección de esta guía llamada “Cómo emprender acciones si tiene un problema” en la página 28).

P: ¿Qué preguntas debo responder como parte de mi solicitud?

R: El hospital le hará preguntas sobre usted y los integrantes de su núcleo familiar, como la información de contacto o los ingresos.

Usted no tiene que ser ciudadano/a ni tener un cierto estatus migratorio para poder recibir los Descuentos Hospitalarios. Si el hospital le hace una pregunta sobre su ciudadanía o estatus migratorio y usted no quiere responder, puede

omitir la pregunta. Omitir una pregunta sobre su ciudadanía o estatus migratorio no lo/la hará inelegible para los Descuentos Hospitalarios. Sin embargo, responder a esta pregunta puede ayudar al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para otros programas.

Toda la información que proporcione durante el proceso de verificación y solicitud es confidencial.

P: ¿Qué documentos tendré que proporcionar como parte de mi solicitud?

R: El hospital le solicitará información sobre el empleador y los ingresos de todos los adultos que trabajan en su núcleo familiar.

Hay muchos tipos diferentes de documentos que puede usar para comprobar esta información, incluidos los talones de los cheques de pago, el historial de nómina, las declaraciones de impuestos o una carta del empleador que establezca cuánto gana la persona. Solo deberá proporcionar **uno** de estos documentos.

Puede encontrar una lista completa de la documentación aceptable en el Manual de Operaciones de Descuentos Hospitalarios publicado en:

<https://hcpf.colorado.gov/hospital-discounted-care>

El hospital no puede pedirle más documentos de los necesarios para probar los ingresos del núcleo familiar.

Tiene **45 días** a partir de la fecha de la verificación para proporcionar al hospital los documentos requeridos. No necesita llevar los documentos al hospital cuando acuda para recibir atención.

Si no tiene hogar, no necesita darle al hospital ningún documento para obtener descuentos.

P: ¿Qué cuenta como ingreso?

R: Cuando solicita Descuentos Hospitalarios, los siguientes tipos de ingresos cuentan para el ingreso total de su núcleo familiar:

- **Ingresos de empleo y trabajo por cuenta propia de todos los adultos que trabajan incluidos en la solicitud, siempre que sean mayores de 18 años y no sean estudiantes**
- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)*
- Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)*
- Propinas, bonos y comisiones
- Discapacidad a corto plazo
- Pagos de pensiones
- Pagos de cuentas de jubilación
- Desembolsos de ganancias de lotería
- Pagos mensuales de fondos fiduciarios
- Ingresos por desempleo



***No** se considerarán los pagos del Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) y del Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) para menores o adultos con discapacidades que aún están bajo el cuidado de sus padres o tutores.

P: ¿Qué personas debo considerar como integrantes de mi núcleo familiar en la solicitud para descuentos?

R: Todos los hogares que ganan hasta 250% del Nivel Federal de Pobreza pueden recibir los Descuentos Hospitalarios. (Pero recuerde: algunos hospitales ofrecen descuentos a personas con ingresos aún más altos. Consulte la política de su hospital).

Para calcular si los ingresos de su núcleo familiar le permiten recibir descuentos, el hospital analizará dos números: 1) la cantidad de personas en el núcleo familiar y 2) la cantidad de dinero que ganan las personas en su núcleo familiar.

Si está casado/a, debe contar a su cónyuge y sus ingresos como parte del núcleo familiar cuando solicite los Descuentos Hospitalarios.

También puede contar a las siguientes personas como parte de su núcleo familiar:

- Toda persona que viva en su domicilio, incluidos los hijos menores de 18 años.*
- Toda persona que viva fuera del estado o país a quien su núcleo familiar apoye económicamente, si el apoyo económico por parte de su núcleo familiar representa al menos la mitad de sus ingresos.
- Hijos de 18 años y mayores que asistan a la escuela secundaria o a la universidad, si los padres o tutores los

apoyan económicamente.

- Hijos con discapacidades, independientemente de su edad, si los padres o tutores los apoyan económicamente.
- Si una integrante de su núcleo familiar está embarazada, puede contar la cantidad de hijos que la persona está esperando.

Si bien no tiene la *obligación* de incluir a nadie además de su cónyuge en su solicitud, para muchos pacientes a menudo tiene sentido incluir a otras personas con las que vive o que apoya económicamente. ¿Por qué? Los núcleos familiares con más personas pueden recibir Descuentos Hospitalarios a niveles de ingresos más altos. Por ejemplo, un núcleo familiar de 1 persona puede recibir Descuentos Hospitalarios si los ingresos máximos anuales son de \$33,975, mientras que un núcleo familiar de 3 personas puede ganar hasta \$57,575 y aún así recibir Descuentos Hospitalarios. (Consulte la tabla en la página 16 para obtener más información sobre la elegibilidad de los ingresos).

Si en su núcleo familiar hay personas menores de 18 años, estudiantes (de cualquier edad) o que ganan poco o nada de dinero, deberá incluirlas en su solicitud. Se debe a que los ingresos del empleo y el trabajo por cuenta propia solo se cuentan para los adultos trabajadores que no sean estudiantes y que tengan al menos 18 años de edad.



Para incluir en su solicitud a alguien que vive con usted pero no es su cónyuge o pareja de unión civil, no es estudiante y no tiene 65 años o más, deberá declarar (manifestar oficialmente) que lo/la apoya económicamente. Si vive con un/a compañero/a de cuarto a quien no apoya económicamente, no deberá incluirlo/a en su solicitud.

Protección contra las agencias de cobranza

A veces, cuando un paciente no paga su factura del hospital, el hospital o el proveedor médico envía la deuda a una agencia de cobranza, cobrador de deudas o comprador de deudas. Esto se llama ser “enviado a una agencia de cobranza”.

A veces, la persona o el grupo con quien el paciente tiene la deuda, como el hospital o la agencia de cobranza, obtiene permiso de un tribunal para recuperar dinero del paciente embargando sus salarios (requiriendo que su empleador retenga los salarios y los envíe a la persona o el grupo al que le debe dinero), obteniendo dinero de su cuenta bancaria (también conocido como embargo o incautación), o poniendo un gravamen sobre su casa o automóvil. Este tipo de pasos a veces se denominan “**acciones de cobranza**”.

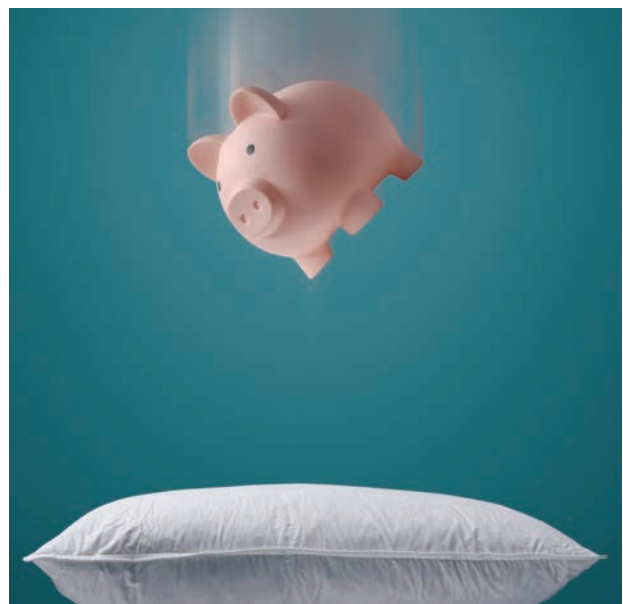
Conforme a la nueva Ley de Descuentos Hospitalarios, los pacientes tienen los siguientes nuevos derechos que ayudan a protegerlos de acciones injustas de cobro:

1. A partir del 1 de septiembre de 2022, **los hospitales deben adoptar ciertas medidas** antes de enviar su factura a agencias de cobranza o de emprender toda acción de cobro en su contra.

Si lo/la enviaron a una agencia de cobranzas o se enfrenta a una acción de cobro debido a una factura hospita-

ria impaga, consulte la lista de control en la siguiente página. ¿El hospital cumplió con todos los pasos en la lista antes de enviar su factura impaga a una agencia de cobranzas? Si no adoptó todas las medidas requeridas, es posible que pueda emprender acciones legales contra este.

2. A partir del 1 de septiembre de 2022, los hospitales, los proveedores médicos, las agencias de cobranza, los cobradores de deudas y los compradores de deudas **no** pueden emprender ninguna acción de cobro en su contra hasta que hayan pasado al menos 6 meses (182 días) a partir del día en que recibió servicios o fue dado/a de alta, lo que ocurra más tarde.



Lista de control de cobranza

Antes de enviar su factura de hospital impaga a agencias de cobranza, el hospital está legalmente obligado a:

- Realizar una verificación para determinar si puede recibir un seguro de salud público o descuentos, en caso de que no tenga seguro o haya solicitado una verificación.
- Otorgarle descuentos y un plan de pago, si reúne los requisitos.
- Explicarle en un lenguaje claro y sencillo qué servicios y tarifas incluye la factura y notificarle que pueden enviar su factura impaga a agencias de cobranza. Esta información se debe comunicar en su idioma materno.
- Si tiene seguro de salud, enviar la factura a su seguro de salud.

3. A partir del 1 de junio de 2022, los hospitales, los proveedores médicos, las agencias de cobranza, los cobradores de deudas y los compradores de deudas **no** pueden ejecutar hipotecas de su casa debido a facturas del hospital adeudadas.
4. A partir del 1 de septiembre de 2022, los hospitales, los proveedores médicos, las agencias de cobranza, los cobradores de deudas y los compradores de deudas deben enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación antes de emprender toda acción de cobro en su contra debido a facturas hospitalarias adeudadas. El aviso debe informarle que pueden enviar su factura a agencias de cobranza. El aviso también debe informarlo/a sobre los Descuentos Hospitalarios y cómo solicitarlos.

Además, conforme a las leyes estatales y federales vigentes, las agencias de cobranza y los cobradores de deudas deben enviarle un aviso para hacerle saber que tiene deudas que están tratando de cobrarle y darle la oportunidad de que les explique si hubo un error y la información que tienen es incorrecta. Conforme a la nueva Ley de Descuentos Hospitalarios, estos avisos (a veces llamados “validación de avisos de deuda”) deben incluir la siguiente declaración: “De conformidad con la ley de Colorado, las personas que reúnen los requisitos pueden acceder a descuentos para servicios hospitalarios”. También deben incluir un enlace a una explicación de los derechos de los pacientes conforme a la Ley de Descuentos Hospitalarios.

Recibí atención hospitalaria antes del 1 de septiembre de 2022. ¿Esta ley igual me protege?

Comprender cuándo entraron en vigor las nuevas protecciones para los pacientes puede ser complicado.

La mayor parte de la nueva ley entró en vigor el 1 de septiembre de 2022, pero algunas disposiciones relacionadas con la cobranza entraron en vigor el 1 de junio de 2022.

A continuación, se resume la información clave sobre las fechas de entrada en vigor. Si tiene preguntas sobre su situación específica, puede comunicarse con la Colorado Consumer Health Initiative en:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

Verificación y descuentos

Todos los pacientes que reciban atención hospitalaria **a partir del 1 de septiembre de 2022** tendrán derecho a una verificación y Descuentos Hospitalarios si reúnen los requisitos en función de sus ingresos.

Los pacientes que recibieron atención hospitalaria **antes del 1 de septiembre de 2022** aún pueden ser elegibles para recibir ayuda para pagar sus facturas del hospital. Consulte con su hospital para obtener más información sobre qué opciones de asistencia económica están disponibles para usted. Si tiene preguntas sobre cómo se aplica a usted la nueva Ley de Descuentos Hospitalarios, comuníquese con la Colorado Consumer Health Initiative en:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

Requisitos de cobranza

A partir del **1 de junio de 2022**, los hospitales, proveedores médicos, agencias de cobranza, cobradores de deudas y com-

pradores de deudas **no** pueden emprender ninguna acción de cobro en su contra hasta que hayan pasado al menos 6 meses (182 días) a partir del día en que recibió servicios o fue dado/a de alta, lo que ocurra más tarde.

A partir del **1 de junio de 2022**, los hospitales, proveedores médicos, agencias de cobranza, cobradores de deudas y compradores de deudas tienen prohibido iniciar la ejecución hipotecaria de su casa. Esta protección es aplicable independientemente de cuándo recibió atención.

A partir del **1 de septiembre de 2022**, al menos 30 días antes de emprender toda acción de cobro, los hospitales, proveedores médicos, agencias de cobro, cobradores de deudas y compradores de deudas que cobran una factura del hospital impaga deberán notificarle las posibles acciones de cobro y proporcionarle información sobre la disponibilidad de los Descuentos Hospitalarios y cómo solicitarlos. Esta protección es aplicable independientemente de cuándo recibió la atención.

Conforme a las leyes estatales y federales vigentes, las agencias de cobranza y los cobradores de deudas tienen que enviarle un aviso, para hacerle saber que tiene deudas que están tratando de cobrarle y darle la oportunidad de que les explique si hubo un error y la información que tienen es incorrecta. A partir del **1 de septiembre de 2022**, conforme a la nueva Ley de Descuentos Hospitalarios, estos avisos (a veces llamados “validación de avisos de deuda”) deben incluir un enlace a una explicación por escrito de los derechos del paciente a los Descuentos Hospitalarios y una oración sobre la disponibilidad de los descuentos. Esta protección es aplicable independientemente de cuándo recibió atención.

03

Cómo emprender acciones si tiene un problema



¿Qué hago si tengo una pregunta para el hospital?

Llame al hospital donde recibió atención y diga que desea hablar sobre los Descuentos Hospitalarios con alguien. Su hospital también puede usar las palabras “asistencia económica del hospital” o “atención de beneficencia” para referirse a los descuentos en sus facturas hospitalarias.

Para encontrar la información de contacto de su hospital, visite:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la decisión del hospital?

Si no está de acuerdo con la decisión del hospital sobre su elegibilidad para los Descuentos Hospitalarios, tiene derecho a apelar. Una apelación es cuando usted pide que su caso se vuelva a revisar. Si en la revisión se determina que el hospital cometió un error, deberá corregirlo.

Es posible que quiera apelar si:

1. El hospital negó su solicitud de atención con descuento allí, pero usted considera que es elegible.

! Si se encuentra en esta situación y quiere apelar, deberá actuar rápidamente: tiene **30 días** a partir de la fecha de la carta de resolución del hospital para apelar.

2. El hospital aceptó su solicitud de Descuentos Hospitalarios, pero usted considera que el monto que indican como el ingreso de su núcleo familiar es mayor que el ingreso real. En este caso, su plan de pago sería más elevado de lo que usted considera que debe ser.

! *Si se encuentra en esta situación y quiere apelar, deberá actuar rápidamente: usted tiene **30 días** a partir de la fecha de la carta de determinación del hospital para apelar.*

3. Solicitó descuentos, pero el hospital nunca le comunicó si su solicitud fue aprobada o denegada. Si pasaron más de 14 días desde que completó su solicitud y aún no recibió respuesta del hospital, comuníquese con sus responsables. Por lo general, el hospital le brindará ayuda sin que tenga que apelar. Pero si pasaron más de 14 días y menos de 60 días desde que completó su solicitud, tiene derecho a apelar.

! *Si esta es su situación, primero comuníquese con el hospital y explique la situación. Deberían poder ayudar lo/a. Si decide apelar, deberá actuar rápidamente: en esta situación, tiene **60 días** a partir de la fecha en que completó su solicitud de descuentos para apelar.*

A continuación, se indican los pasos del proceso de apelación:

1. Puede apelar la decisión del hospital **dentro de los 30 días** posteriores a la fecha de la carta de resolución. Puede apelar por correo, correo electrónico o mensaje a través del portal del paciente, si el hospital ofrece esa opción.
2. El hospital debe confirmar que recibió su apelación **dentro de los 3 días** posteriores a su recepción.
3. El hospital tiene **15 días** desde la recepción de la apelación para 1) revisar su solicitud nuevamente y decidir si cometió un error y 2) decirle a usted y a la agencia estatal a cargo de los Descuentos Hospitalarios, el Departamento de Política y Financiación de Atención Médica de Colorado (también conocido como “el Departamento”), lo que decidió.
4. Si el hospital decide que cometió un error la primera vez, deberá corregir su error y enviarle un nuevo aviso que refleje la corrección. Si el hospital decide que no cometió un error la

primera vez, puede emprender el Paso 5 si lo desea.

5. Si el hospital decide que no cometió un error, y usted quiere que el Departamento vuelva a revisar su caso, tiene **15 días** a partir de la fecha de la decisión de apelación del hospital para comunicarse con el Departamento.

Hay dos maneras de ponerse en contacto con el Departamento respecto a una apelación. Puede enviar un correo electrónico a hcpf_hospdiscountcare@state.co.us, indicando su nombre y “Apelación de la redeterminación de Descuentos Hospitalarios” en la línea del asunto, o puede enviar una carta a la siguiente dirección:

Colorado Department of Health Care Policy and Financing
Attention: Hospital Discounted Care
c/o State Programs Unit, Special Financing Division
1570 Grant Street
Denver, CO 80203

6. El Departamento tiene **15 días** a partir de la fecha de recepción de su correo electrónico o carta para revisar su caso y tomar una decisión final. Le enviarán una carta con la resolución a usted y al hospital. Si el Departamento decide que el hospital cometió un error, el hospital deberá enviarle una carta en la cual le explique que es elegible para recibir Descuentos Hospitalarios para la fecha o fechas específicas que solicitó originalmente.

¿Qué hago si tengo una queja?

A veces, los pacientes tienen problemas con los Descuentos Hospitalarios y quieren presentar una queja sobre su experiencia. Por ejemplo, puede considerar que el hospital no realizó la verificación como se debía hacer. Tal vez un proveedor médico no le está otorgando los descuentos para los que considera que reúne los requisitos. O tal vez usted habla un idioma que no es el inglés y el hospital no lo/la está ayudando en su idioma de preferencia.

Tiene derecho a presentar quejas sobre hospitales o proveedores médicos.

El Departamento de Política y Financiación de Atención Médica de Colorado es el responsable de recopilar quejas sobre los Descuentos Hospitalarios.

Puede enviar una queja al Departamento de las siguientes maneras:

Por correo electrónico: hcpf_HospDiscountCare@state.co.us

Por teléfono: 303-866-2580

Por correo, dirigido a la dirección postal que figura en la página anterior.

El Departamento revisará su caso dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja.

En ocasiones, alguien de la oficina puede ayudarlo/a con su problema.

Presentar quejas es importante porque ayuda al Departamento a comprender los problemas que se presentan en la práctica y permite que puedan solucionarlos. Por ejemplo, si un hospital no respeta los derechos de sus pacientes, el Departamento puede intervenir para asegurarse de que el hospital corrija el problema. Si hay problemas reincidentes en un hospital, el Departamento puede incluso multar al hospital o colocarlo en un plan de mejora.

También puede informar a los defensores de los pacientes sobre problemas que se presentan.

Los defensores de los pacientes que escribieron esta guía, la Colorado Consumer Health Initiative, el Colorado Center on Law and Policy y Vedra Law, también están monitoreando cómo funciona la nueva ley para los pacientes de Colorado. Si quiere compartir una experiencia con nosotros, contáctenos en:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

¿Qué hago si un hospital me rechaza o no acepta tratarme?

Los hospitales no pueden rechazarlo/a o negarse a tratarlo/a con base en que puede recibir Descuentos Hospitalarios, no tiene seguro de salud, tiene una factura médica impaga o necesita tratamiento a largo plazo. Si un hospital lo/la rechaza o se niega a tratarlo/a debido a cualquiera de estos motivos, **está violando la ley.**

Si considera que le negaron atención de forma injusta, presente una queja ante el Departamento de Política y Financiación de Atención Médica de Colorado. (Consulte “¿Qué hago si tengo una queja?”). También puede comunicarse con la Colorado Consumer Health Initiative en:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

¿Qué hago si considero que se violaron mis derechos como paciente?

Si considera que un hospital, un proveedor médico, una agencia de cobranza, un cobrador de deudas o un comprador de deudas violó sus derechos conforme a la nueva Ley de Descuentos Hospitalarios de Colorado, comuníquese con la Colorado Consumer Health Initiative en:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

La Colorado Consumer Health Initiative no proporciona asistencia legal, pero es posible que lo/a conecten con alguien que pueda brindarle ayuda.

Leí esta guía y todavía necesito ayuda. ¿Qué debo hacer?

Para obtener ayuda adicional, comuníquese con la Colorado Consumer Health Initiative en:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

recursos

Recursos adicionales

La Colorado Consumer Health Initiative, el **Colorado Center on Law and Policy** y **Vedra Law** crearon un sitio web de los Descuentos Hospitalarios para pacientes y defensores de pacientes. Visítelo en:

www.cohealthinitiative.org/hospital-discounted-care

para encontrar materiales adicionales sobre los Descuentos Hospitalarios, para descargar esta guía en otros idiomas, para compartir su historia o para solicitar asistencia al paciente.

El **Departamento de Política y Financiación de Atención Médica de Colorado** es la agencia estatal a cargo de los Descuentos Hospitalarios. Tienen dos páginas web donde podrá obtener más información sobre los Descuentos Hospitalarios:

<https://hcpf.colorado.gov/hospital-discounted-care> (más detallado)

y:

<https://hcpf.colorado.gov/colorado-hospital-discounted-care> (menos detallado)

Revise su *Manual de Operaciones de Descuentos Hospitalarios* para obtener información más detallada sobre los descuentos.

Leyes y regulaciones estatales:

El proyecto de ley que creó los Descuentos Hospitalarios se llama Proyecto de Ley 21-1198:

https://leg.colorado.gov/sites/default/files/2021a_1198_signed.pdf

En 2022, el Proyecto de Ley 22-1403 retrasó las fechas de implementación de muchos aspectos del Proyecto de Ley 21-1198 del 1 de junio de 2022 al 1 de septiembre de 2022:

<https://leg.colorado.gov/bills/hb22-1403>

Las leyes de Colorado, también conocidas como los Estatutos Revisados de Colorado, que otorgan autoridad para Descuentos Hospitalarios son las siguientes: Sección 25.5-3-501 y siguientes (definiciones, requisitos de verificación, descuentos, notificación de derechos del paciente, requisitos de informes de datos hospitalarios, mecanismos y responsabilidades de aplicación de agencias estatales, limitaciones en las acciones de cobranza); Sección 5-16-108 (restricciones al cobro de deudas); Sección 6-20-201, 203 (limitaciones a las acciones de cobro).

Las reglas, también conocidas como el Código de Reglamentaciones de Colorado, que rigen los Descuentos Hospitalarios se encuentran en 10 CCR 2505-10 Sección 8.920. Puede consultar las reglas en:

<https://hcpf.colorado.gov/departament-program-rules-and-regulations>

Desplácese hacia abajo, haga clic en “8.900 - 8.999” y busque la “Versión actual” de las reglas.