

Estimado paciente de Community Health Care:

Debido a una nueva ley federal, tenemos la obligación de enviar a todos los pacientes que prefieren pagar los servicios médicos por cuenta propia una estimación de los cargos que tendrán que abonar en su próxima cita médica.

El importe que tendrá que pagar dependerá de sus ingresos y de la cantidad de personas que viven con usted. Ofrecemos descuentos para las personas que se encuentran por debajo del 200 % del nivel de pobreza. Este nivel se basa en los ingresos y en la cantidad de personas que comparten una vivienda, tal como se muestra en la escala móvil de tarifas de la página 2. Estos son los costos para las personas de cada grupo de pago.

Servicio	Código	Cargo por grupo de pago				
		B	C	D	E	F
Servicios de atención médica, salud conductual, asistencia de maternidad y abuso de sustancias	Todos	\$25	\$45	\$70	\$95	\$120
Examen, procedimiento o emergencia dental	Todos	\$45	\$95	\$105	\$115	\$125
Telemedicina (atención médica por teléfono o por videollamada)	Todos	\$10	\$20	\$30	\$40	\$50
Análisis	Todos	\$10	\$20	\$30	\$40	\$50

**A las tarifas completas no les corresponde ningún descuento.** Si paga los servicios médicos por cuenta propia y no completó una solicitud para acceder a la escala móvil o si su solicitud venció, a continuación se presenta una **estimación de los cargos de la cita que tendrá que pagar en el peor de los casos.** También se incluyen los códigos previstos.

	Código (ICD10 o CPT)	Explicación del código	Costo	Aún se desconoce
Servicio de clínica médica	99215	Visita en el consultorio	\$456	
Examen dental	D0150/D0210	Examen integral con radiografía	\$252	
Tratamiento dental	D2394	Empaste (4)	\$396	
Consulta por telemedicina	99214-95	Consulta por telemedicina	\$285	
Consulta de salud conductual	99214	Asesoramiento (60 minutos)	\$304	
Examen oftalmológico	92004	Examen oftalmológico integral	\$260	
Análisis médicos				✓
Radiología médica prevista				✓

La estimación de buena fe se basa en el conocimiento que tenemos sobre sus necesidades hasta el día de hoy. Durante las consultas, es posible que los proveedores le recomienden otros servicios que no figuran en esta lista. Los cargos reales pueden ser diferentes de los de esta estimación. Esta estimación no es un contrato y no supone para usted la obligación de contratar los servicios de *Community Health Care (CHC)*. Si los cargos reales superan los de esta estimación en más de \$400, puede iniciar un proceso de resolución de disputas entre proveedores y pacientes.

Para hacerlo, comuníquese con el defensor de pacientes al 253-722-1544. Si inicia un proceso de resolución de disputas, no se reducirá la calidad de los servicios médicos que recibe de parte de CHC. El número de identificación fiscal (Tax Identification Number, TIN) de CHC es 91-1349657/NPI 1790762755.



**ESCALA MÓVIL DE TARIFAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, SALUD CONDUCTUAL, ASISTENCIA DE MATERNIDAD Y ABUSO DE SUSTANCIAS DE COMMUNITY HEALTH CARE PARA 2023**

Escalesa móvil	B		C		D		E		F		A
Nivel federal de pobreza	De 0 % a 100 %		De 101 % a 125 %		De 126 % a 150 %		De 151 % a 175 %		De 176 % a 200 %		Más de 200 %
Cantidad de personas que comparten vivienda	Tarifa nominal de \$25		\$45		\$70		\$95		\$120		Tarifa completa
1	\$0	\$14,580	\$14,581	\$18,225	\$18,226	\$21,870	\$21,871	\$25,515	\$25,516	\$29,160	\$29,161
2	\$0	\$19,720	\$19,721	\$24,650	\$24,651	\$29,580	\$29,581	\$34,510	\$34,511	\$39,440	\$39,441
3	\$0	\$24,860	\$24,861	\$31,075	\$31,076	\$37,290	\$37,291	\$43,505	\$43,506	\$49,720	\$49,721
4	\$0	\$30,000	\$30,001	\$37,500	\$37,501	\$45,000	\$45,001	\$52,500	\$52,501	\$60,000	\$60,001
5	\$0	\$35,140	\$35,141	\$43,925	\$43,926	\$52,710	\$52,711	\$61,495	\$61,496	\$70,280	\$70,281
6	\$0	\$40,280	\$40,281	\$50,350	\$50,351	\$60,420	\$60,421	\$70,490	\$70,491	\$80,560	\$80,561
7	\$0	\$45,420	\$45,421	\$56,775	\$56,776	\$68,130	\$68,131	\$79,485	\$79,486	\$90,840	\$90,841
8	\$0	\$50,560	\$50,561	\$63,200	\$63,201	\$75,840	\$75,841	\$88,480	\$88,481	\$101,120	\$101,121
9	\$0	\$55,700	\$55,701	\$69,625	\$69,626	\$83,550	\$83,551	\$97,475	\$97,476	\$111,400	\$111,401
10	\$0	\$60,840	\$60,841	\$76,050	\$76,051	\$91,260	\$91,261	\$106,470	\$106,471	\$121,680	\$121,681
11	\$0	\$65,980	\$65,981	\$82,475	\$82,476	\$98,970	\$98,971	\$115,465	\$115,466	\$131,960	\$131,961
12	\$0	\$71,120	\$71,121	\$88,900	\$88,901	\$106,680	\$106,681	\$124,460	\$124,461	\$142,240	\$142,241
13	\$0	\$76,260	\$76,261	\$95,325	\$95,326	\$114,390	\$114,391	\$133,455	\$133,456	\$152,520	\$152,521
14	\$0	\$81,400	\$81,401	\$101,750	\$101,751	\$122,100	\$122,101	\$142,450	\$142,451	\$162,800	\$162,801

**Ejemplo: En el caso de una vivienda en la que conviven 4 personas con un total de ingresos anuales de \$20,000 (entre \$0 y \$30,000), la tarifa de la escala móvil será la de la columna B y el costo de la visita será de \$25.**

**Si los ingresos anuales de la familia de 4 son de \$35,000 (entre \$30,000 y \$37,500), la tarifa de la escala móvil será la de la columna C y el costo de la visita será de \$45.**

**Solicitud para acceder a la  
tarifa móvil**

**A fin de cumplir los requisitos de nuestra subvención federal, debemos recopilar información sobre los ingresos de todos los pacientes. Para poder acceder a las tarifas de la escala móvil (en el caso de los pacientes que no tienen seguro y de las personas cuyo seguro no cubre todos los servicios), debe proporcionar la información que se solicita a continuación. Si no tiene seguro, también debe reunirse con algún miembro del personal para determinar si reúne los requisitos para el seguro antes de la segunda visita.**

¿Cuántas personas viven con estos ingresos?

Especifique la cantidad de personas de su familia que viven bajo el mismo techo y que comparten ingresos, alimentos o alquiler. En ese número, inclúyase a usted, a su cónyuge o a sus dependientes. Indique el nombre de las personas que incluyó:

NOMBRE	RELACIÓN CON USTED	NOMBRE	RELACIÓN CON USTED
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Cuántos ingresos brutos MENSUALES de su vivienda provienen de lo siguiente:**

Empleo	_____	Discapacidad	_____
Desempleo	_____	Fondos de pensión	_____
Seguro Social	_____	Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____	Asistencia pública	_____
Becas o subvenciones	_____	Subsidio de vivienda	_____
Asignaciones para familias de militares	_____	Otra fuente	_____

**TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$**

Según mi leal saber y entender, la información proporcionada es verídica y correcta. Otorgo permiso a Community Health Care para verificar la información sobre mi situación financiera. Comprendo que debo proporcionar pruebas de esta información antes de mi próxima visita o en un plazo de 30 días (lo que suceda primero) para poder acceder a la escala móvil de tarifas. Si no envío esta información, me cobrarán la tarifa completa de la visita.

Nombre del paciente, padre, madre o tutor	Firma del paciente, padre, madre o tutor	Fecha
Fecha de nacimiento del paciente, padre, madre o tutor	Firma del miembro del personal	Fecha

**Solo para uso de la oficina:**

- El paciente no era elegible para el seguro (acepte la escala móvil de tarifas por declaración en la solicitud y cambie la fecha de vencimiento de la escala a un año a partir de la declaración).
- La elegibilidad del paciente está pendiente (el paciente presentó o presentará la solicitud con el orientador; acepte la escala móvil de tarifas por declaración en la solicitud y cambie el vencimiento de la escala a un mes a partir de la declaración hasta que se determine la elegibilidad; esto se puede extender un mes más si el seguro sigue pendiente).
- El paciente era elegible, pero decidió no aceptar el seguro ni reunirse con el orientador (el paciente debe presentar un comprobante de ingresos según la política: verifique los recibos de pago del mes pasado, la declaración fiscal u otros formularios aprobados).
- El paciente actualmente tiene seguro o es elegible y ahora tiene el seguro (escala móvil de tarifas por declaración en la solicitud; cambie la fecha de vencimiento de la escala a un año a partir de la declaración).
- El paciente no se presentó o canceló la cita con el orientador, no pudo inscribirse durante el período de inscripción o decidió no aceptar la cita con el orientador (el paciente debe presentar un comprobante de ingresos).

**Ver la historia clínica del niño**

Ingresos anuales: \$

Nivel de la escala móvil de  
tarifas

Iniciales

**Elegibilidad para el seguro:**

Cantidad de personas en la vivienda

- El paciente no era elegible para el seguro (acepte la escala móvil de tarifas por declaración en la solicitud y cambie la fecha de vencimiento de la escala a un año a partir de la declaración).
- La elegibilidad del paciente está pendiente (el paciente presentó o presentará la solicitud con el orientador; acepte la escala móvil de tarifas por declaración en la solicitud y cambie el vencimiento de la escala a un mes a partir de la declaración hasta que se determine la elegibilidad; esto se puede extender un mes más si el seguro sigue pendiente).
- El paciente era elegible, pero decidió no aceptar el seguro ni reunirse con el orientador (el paciente debe presentar un comprobante de ingresos según la política: verifique los recibos de pago del mes pasado, la declaración fiscal u otros formularios aprobados).
- El paciente actualmente tiene seguro o es elegible y ahora tiene el seguro (escala móvil de tarifas por declaración en la solicitud; cambie la fecha de vencimiento de la escala a un año a partir de la declaración).
- El paciente no se presentó o canceló la cita con el orientador, no pudo inscribirse durante el período de inscripción o decidió no aceptar la cita con el orientador (el paciente debe presentar un comprobante de ingresos).

## **Números telefónicos importantes**

Línea telefónica de enfermería las 24 horas: (253) 922-4778

Citas médicas:  
(253) 722-2161

Citas odontológicas:  
(253) 722-2151

Resurtido de medicamentos:  
(253) 682-3000

Asistencia para la inscripción en seguros:  
(253) 722-2154

### **Eastside Health Center**

Kimi & George Tanbara, MD Health Center, Milgard Family Dental  
Medicina familiar, pediatría, obstetricia y ginecología, odontología, medicina interna, farmacia,  
salud conductual  
1708 East 44th St, Tacoma, WA 98404

### **Lakewood Health Center**

Medicina familiar, pediatría, obstetricia y ginecología, odontología, medicina interna, farmacia,  
salud conductual  
10510 Gravelly Lake Dr., Lakewood, WA 98499

### **Parkland Family Medical Clinic**

Medicina familiar, obstetricia, atención maternal, farmacia, salud conductual  
11225 Pacific Avenue, Tacoma, WA 98444

### **Hilltop Regional Health Center**

Medicina familiar, pediatría, obstetricia y ginecología, odontología, medicina interna, farmacia,  
salud conductual  
1202 Martin Luther King Jr. Way, Tacoma, WA 98405  
Atención de urgencia (253) 442-8690  
Atención de adultos (253) 722-2161  
Programas Ryan White sobre el VIH/SIDA (253) 722-1720  
Clínica para casos de acogida temporal y adopción (253) 722-1771

### **Spanaway Health Center**

Medicina familiar, obstetricia, atención maternal, salud conductual, odontología  
134 188th Street South, Spanaway, WA 98387

**Key Medical Center**

Medicina familiar, pediatría, salud conductual  
15610 89th St Ct NW, Lakebay, WA 98349