



Asistencia Financiera y Responsabilidad de Pago del Paciente

Propósito: Como organización sin fines de lucro y exenta de impuestos, Boulder Community Health (BCH) está dedicada a que la atención de emergencia y otros cuidados necesarios por razones médicas sean accesibles a todos los pacientes, sea cual fuere su capacidad de pago, de calificar para asistencia financiera o la disponibilidad de la cobertura de terceros. Por consiguiente, en cumplimiento de las leyes estatales y federales aplicables, BCH ha adoptado esta Política de Asistencia Financiera (FAP, por su sigla en inglés). Esta política se publicará ampliamente e incluye los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera, las bases para calcular los montos cobrados a los pacientes y el método para solicitar asistencia financiera.

Alcance: Esta política se aplica a toda la atención de emergencia y necesaria por razones médicas proporcionada por Boulder Community Health Foothills Hospital, todos los establecimientos y proveedores o prácticas cubiertos que prestan servicios dentro de un establecimiento cubierto indicado en el Apéndice A.

Declaraciones de la Política:

Al cumplir su obligación bajo esta política, BCH participará en Medicaid (Health First Colorado), el Programa de Asistencia de Indigentes de Colorado (CICP), patrocinará su propio programa de asistencia financiera llamado "We Care" y apoyará otras actividades para mejorar la salud de la comunidad.

- "We Care" y el CICP solo se ofrecen a residentes del Área de Servicio de BCH, tal como se identifica en el Apéndice B, con la excepción de los servicios de emergencia.

Se espera que todos los pacientes sin seguro médico paguen los servicios de hospital el día en que se prestan esos servicios. Se espera que los pacientes con cobertura de seguro médico paguen los deducibles, coseguro estimado y/o copagos el día en que se prestan los servicios.

- **Excepciones:**
 - Los servicios de emergencia y o servicios de obstetricia, tal como se definen en la ley EMTALA (Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo). BCH no demorará un examen médico de detección, tratamiento estabilizador o transferencia apropiada, ni conducirá actividades que disuadan a una persona de solicitar atención médica de emergencia a fin de averiguar el método de pago o la condición de asegurado de esa persona. No se hablará de los arreglos de pago con pacientes de salas de emergencia hasta que se haya evaluado y tratado al paciente conforme a la política de BCH conforme a la ley EMTALA;
 - Acuerdos de Caso Único aprobados; y
 - Participantes en estudios clínicos o programas de subvenciones.

Declaración(es) sobre las pautas de procedimientos:

Tanto BCH como los pacientes individuales son responsables de los procesos generales relacionados con la prestación de asistencia financiera.

a. Responsabilidades de BCH:

- i. Tras recibir el pedido de asistencia financiera de un individuo, BCH le notifica

- la determinación de elegibilidad dentro de un período razonable.
- ii. BCH reembolsará al paciente si los pagos exceden la tarifa de asistencia financiera aprobada y del copago establecido para toda solicitud recibida durante el período de solicitud definido por la norma §1.501(r)-1(b)(3) del Código de Reglamentaciones Federales.
- iii. BCH ofrece a los pacientes opciones de pago.
- iv. BCH respeta el derecho del individuo de hacer preguntas y solicitar reconsideración.
- v. Anualmente, BCH examinará las actualizaciones e incorporará las pautas federales de pobreza publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
- vi. El porcentaje de la Cantidad Generalmente Facturada (AGB) para establecimientos cubiertos y proveedores cubiertos se calculará por separado y se actualizará cada año. La AGB para cada establecimiento y proveedor se incluye en el Apéndice A.
- vii. BCH hará, de manera justa, sistemática y oportuna, las determinaciones de elegibilidad para la asistencia financiera y el proceso de solicitud de asistencia financiera.
- b. Responsabilidades del paciente:
 - i. Para que se considere un descuento para el paciente bajo esta política, el paciente debe cooperar con BCH para suministrar la información y documentación necesarias a fin de determinar la elegibilidad y para solicitar cualquier asistencia financiera que pueda estar disponible para pagar la atención médica, tal como Medicare, Medicaid, responsabilidad de un tercero, etc. Ello incluye llenar los formularios de solicitud requeridos y cooperar plenamente con el proceso de recopilación y evaluación de información.
 - ii. El individuo que califique para la asistencia financiera debe cooperar con BCH para establecer un plan razonable de pago, y debe hacer todo lo posible y de buena fe para cumplir los planes de pagos de sus cuentas descontadas.
 - iii. El paciente es responsable de avisar lo antes posible a BCH si cambia su situación financiera para que pueda evaluarse el impacto de ese cambio con respecto a la política FAP, las cuentas descontadas o las disposiciones de los planes de pago.
- c. Cada categoría financiera puede incluir otros requisitos o responsabilidades, tal como se detallan a continuación:

- i. Asistencia financiera (We Care / CICP): Los pacientes sin seguro médico que no puedan pagar antes de los servicios ni dentro de los 30 días, o que no puedan pagar los cargos totales bajo un plan de pago aprobado pueden ser elegibles para la asistencia financiera. Los pacientes con seguro médico pueden ser elegibles para la asistencia financiera siempre que se cumplan las pautas de cada plan médico.
 - 1. Los pacientes que residen en un área de servicio de BCH y reciben servicios necesarios por razones médicas, no de emergencia o programados, pueden solicitar asistencia financiera bajo esta política.
 - 2. Conforme a las pautas de CICP, el paciente que solicite asistencia de CICP debe ser inelegible para Medicaid o para Child Health Plan Plus.
 - 3. Los pacientes que soliciten el programa We Care deben ser inelegibles para Medicaid, Child Health Plan+ o cualquier otro recurso de fondos, lo cual puede incluir, entre otros, el seguro bajo Cobra, un seguro médico patrocinado por el empleador y Connect for Health Colorado (Mercado de Seguros de Salud de Colorado).
 - 4. Se ofrece asistencia financiera para servicios de emergencia y otros cuidados necesarios por razones médicas si el paciente reside en el Área de Servicios de BCH.
- ii. Medicaid (Health First Colorado):
 - 1. BCH puede optar por que ciertos servicios limiten el número de inscritos bajo Medicaid de Colorado.
 - 2. Deben pagarse el deducible y los copagos conforme a las leyes y reglamentaciones que rigen los programas. Cuando se permita, los deducibles y los copagos deben pagarse en el momento de prestarse el servicio.
- iii. Asegurado
 - 1. BCH debe cobrar los deducibles, copagos y coseguros conforme a las leyes y reglamentaciones que rigen los planes médicos. En el momento de prestarse el servicio, se pedirá al paciente que pague los gastos de bolsillo.
 - 2. Los pacientes con Medicare y seguro comercial pueden solicitar asistencia financiera sobre saldos restantes después de que el seguro pague, siempre que se cumplan todas las pautas del plan médico.
 - 3. Si un paciente asegurado no es elegible para la asistencia, puede solicitar planes de pago, los cuales se concederán de conformidad con esta política.
- iv. Pago por cuenta propia
 - 1. Los pacientes sin seguro médico que no califiquen para los programas antes mencionados pueden ser elegibles para los descuentos por pago rápido, tal como se definen en esta política. Se podrán solicitar planes de pago, los cuales se concederán de conformidad con esta política.

Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera

- d. Se calculará el Índice Federal de Pobreza (FPL) de un paciente utilizando el ingreso de la unidad familiar/familia del paciente, los activos líquidos y el tamaño de la familia en la unidad familiar. La cantidad de la asistencia se determinará según el FPL ajustado del paciente (ingreso de la unidad familiar + activos líquidos + tamaño de la familia en la unidad familiar). Se ofrecen descuentos a los pacientes cuyo ingreso ajustado está al nivel de 350% del FPL o por debajo. Ver las pautas federales de pobreza y la escala graduada de copagos en los Apéndices C y D.
- e. Los pacientes no deben ser elegibles para Medicaid, Child Health Plan+ u otros programas de asistencia financiera. La asistencia financiera puede aprobarse en ciertos casos antes de la fecha de vigencia de Medicaid.
- f. Las determinaciones de asistencia financiera para pacientes con un saldo pendiente después del pago del seguro se basarán en el cargo total original y NO en el saldo restante después del seguro.
- g. Los pacientes aprobados para la asistencia financiera que tengan cuentas cobranza pueden solicitar asistencia con el pago de esas cuentas pendientes.
- h. Se exige prueba de residencia establecida en el Área de Servicio de BCH, a menos que la visita sea de urgencia o emergencia. Las excepciones deben ser aprobadas con anticipación por el Director Ejecutivo Financiero (CFO) de BCH.
- i. Los residentes de países fuera de los Estados Unidos de América no son elegibles para la asistencia financiera sin la aprobación del CFO de BCH. En caso de aprobarse, la(s) cuenta(s) se descontarán a la tarifa de la AGB.
- j. Es posible que circunstancias extraordinarias permitan la elegibilidad para la asistencia financiera presunta, caso por caso. Ejemplos:
 - i. Se declara/verifica que el individuo no tiene hogar;
 - ii. El individuo ha fallecido y no hay y no tiene propiedad o bienes con el hospital;
 - iii. El individuo está encarcelado;
 - iv. El individuo es elegible para Medicaid en este momento, pero no lo era en la fecha de servicio;
 - v. El individuo es elegible por el estado para recibir asistencia bajo la Ley de Indemnización para Víctimas de Crímenes Violentos (Violent Crimes Victims Compensation Act) o bajo la Ley de Indemnización para Víctimas de Violencia Sexual (Sexual Assault Victims Compensation Act);
 - vi. Servicios urgentes o de emergencia por razones médicas que están verificados con elegibilidad actual en un programa de Medicaid u otro de asistencia pública en un estado que no sea Colorado, del que BCH no es un proveedor inscrito.
- k. Al determinar el ingreso de un individuo, se necesitará la siguiente información para adoptar una determinación:
 - i. Prueba de ingreso bruto corriente/del último mes de la parte responsable y su cónyuge, si estuviera casado. Es posible que se necesiten otros meses si la cifra de ese mes no es un buen promedio del ingreso.
 - ii. Prueba de ingreso no ganado, que puede incluir entre otras: indemnización por desempleo, beneficios de la Pensión por Edad avanzada (Old Age Pension), pagos del Seguro Social, pagos de planes de jubilación y pensiones, donaciones, pensión alimenticia, cuentas de fideicomisos, ingreso de propiedades en alquiler, arreglos monetarios, beneficios de Asuntos de Veteranos (VA).

- iii. Prueba de ingresos de los miembros de la unidad familiar mayores de 18 años indicados como parte del tamaño de la familia. Para añadir a un hijo mayor de 18 años que no es un estudiante de tiempo completo, debe presentarse una declaración de impuestos para demostrar que actualmente se lo declara como dependiente en los impuestos del padre/tutor legal.
- iv. Se evaluará a los estudiantes declarados como dependientes en las declaraciones de impuestos de los padres sobre la base del ingreso de los padres, siendo el paciente parte del tamaño de la familia. Se necesitará prueba de la declaración de impuestos si el estudiante NO se declara en los impuestos de los padres.
- v. Se puede pedir comprobante de dirección física: cuenta de servicios públicos, agua, residuos o alquiler/hipoteca del mes corriente.
- vi. Documentación de activos líquidos del último mes. Esto puede incluir, entre otras: cuentas de cheques y de ahorros, cuentas de inversión, acciones, bonos, fondos de fideicomisos, cuentas de "money market" y certificados de depósitos.
- vii. Es posible que se pida documentación adicional: declaraciones del impuesto sobre el ingreso, formulario W-2 del IRS, cuentas de jubilación, testimonio firmado que identifique la forma en que usted se mantiene económicamente si no gana un ingreso, carta de manutención firmada si otro(s) individuo(s) le mantienen.
- viii. La solicitud que se presente con documentación faltante se considerará incompleta. Se llamará por teléfono al paciente para informarle que falta documentación y/o la documentación que se necesita bajo la política FAP y, si no hay respuesta, se enviará un aviso escrito solicitando esta información y estableciendo que debe recibirse dentro de los 30 días del aviso.

Descuentos por pago rápido

- I. Para los costos relacionados con el establecimiento, los pacientes sin seguro médico o que opten por no facturar al seguro, y que paguen la totalidad de los costos antes de recibir los servicios, serán elegibles para recibir un descuento por pago rápido del 60%. Si los costos reales exceden la cantidad estimada pagada en el momento de prestarse el servicio, se aplicará un descuento por pago rápido del 60% a la cantidad total de los costos. Para las admisiones urgentes o de emergencia por razones médicas en las que no sea práctico cobrar antes de recibir el servicio, se aceptará el descuento del 60% durante 30 días después del alta. Se concederá un descuento por pago rápido del 50% si el saldo se paga por completo 31-60 días después del alta de un servicio de urgencia/emergencia.

Plan de pago y prácticas de facturación y cobranzas

- m. Boulder Community Health está comprometida a ofrecer a sus pacientes opciones razonables de planes de pago.
 - i. Para los costos relacionados con el establecimiento, BCH concederá al menos 30 días después de vencido el pago antes de iniciar el procedimiento de cobranza. Las cantidades del plan mensual de pago se aprobarán al 4% de los costos totales facturados, con un pago mínimo de \$25.00 por mes.
 - ii. Para los proveedores cubiertos, los planes mensuales de pago deben aprobarse por un máximo de 12 meses, con un mínimo de \$25.00 por mes.
- n. Las prácticas de facturación y cobranzas de BCH se describen en la política de Cobranza de Deudas de BCH.

Servicios excluidos de la asistencia financiera y descuentos por pago rápido

- o. Se considera que los siguientes servicios no son de emergencia ni necesarios por razones médicas, y se excluyen de esta política:
 - i. Procedimientos cosméticos con paquete de precios;
 - ii. Suministros de audiología. Incluye audífonos, accesorios para audífonos y paquetes de baterías;
 - iii. Se excluyen los costos de extracción de pruebas de sangre, costos de venopunción y pruebas cutáneas de tuberculosis para pacientes ambulatorios si no se realizan junto con otros servicios de laboratorio de BCH;
 - iv. Procedimientos que ya están descontados a las tarifas prevalecientes del mercado (UCR) incluyendo, entre otros, las planillas de pagos por cuenta propia para pruebas de imágenes, laboratorio, estudios del sueño, servicios cardíacos, estudios de detección por referido propio (puntajes de calcio coronario, colonoscopia, etc.) y otros procedimientos que, a discreción de BCH, se consideren "descontados";
 - v. Todos los servicios de rehabilitación pediátrica y adulta para pacientes ambulatorios y todos los servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios.
 - vi. Dispositivos implantables y medicamentos de quimioterapia de gran costo; BCH hará todo lo posible por conseguir que los proveedores suministren, sin costo, los dispositivos y medicamentos de quimioterapia de gran costo para pacientes elegibles para asistencia financiera. En caso de no conseguir la donación de los dispositivos implantables o productos farmacéuticos de gran costo, BCH los descontará al precio de compra (costo de BCH) y el paciente será responsable de pagar este componente de su atención médica.
 - vii. Servicios no cubiertos o que CICP y/o Medicaid de Colorado considere necesarios por razones médicas.

Descuentos múltiples

- p. No se permiten los descuentos múltiples. No puede combinarse el descuento por asistencia financiera (CICP o We Care) con un descuento por pago rápido, ni tampoco pueden combinarse con otros descuentos ofrecidos por el hospital incluyendo, entre otros, el descuento para empleados, el descuento para personal médico o los descuentos por pagos por cuenta propia.

BCH se asegurará de que la política FAP sea transparente y de fácil disposición para todos los individuos amparados al:

- q. Publicar la FAP de manera prominente y visible en el sitio web de BCH, junto con una copia de la Solicitud de Asistencia Financiera (FAA) y del Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS) de la FAP.
- r. Poner a disposición copias en papel de la FAP, la FAA y el PLS cuando así se solicite, y sin costo alguno, tanto en lugares públicos del establecimiento (incluyendo, entre otros, salas de emergencia y áreas de registro) y por correo.

- s. Notificar e informar a los individuos atendidos en BCH sobre la FAP al ofrecer una copia en papel de la PLS a los pacientes como parte del proceso de admisión o de alta; incluyendo un aviso escrito visible en las facturas que avisen a los destinatarios que se dispone de asistencia financiera bajo la FAP y que incluya el número telefónico del departamento que puede dar información sobre la FAP y el proceso de solicitud de la FAP; y exhibir públicamente información sobre la FAP en lugares públicos del establecimiento.

Se utilizarán intérpretes u otros medios de ayuda en la comunicación, como se ha indicado, para permitir la comunicación fluida con los individuos incluyendo aquellos con conocimientos limitados del inglés, que son sordos o que tienen dificultades para oír. Para más información, por favor lea la política sobre Conocimientos Limitados del Inglés (LEP) – Servicios de Interpretación.

Método para obtener ayuda con la asistencia financiera o para solicitarla

- t. Los pacientes interesados en obtener ayuda con la asistencia financiera o en solicitar asistencia financiera puede contactar al Especialista en Beneficencia (Charity Specialist) al 303-415-4718. Hay consejeros financieros disponibles en los establecimientos de BCH para todos los pacientes admitidos.
- u. La FAP, la FAA y el PLS están en el sitio web de BCH (ver todas las localidades en el Apéndice C) o <https://www.bch.org/Pay-My-Bill/Financial-Assistance.aspx>.

Definiciones:

Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) - Las cantidades que generalmente se facturan por emergencia u otra atención médica necesaria por razones médicas a los individuos que tienen seguro con cobertura de esa atención médica, después de aplicarse los descuentos según el contrato de seguro del individuo. BCH calcula la AGB conforme al método retroactivo que se describe en la norma §1.501(r)-5 del Código de Reglamentaciones Federales. El método retroactivo se basa en reclamos pasados reales pagados al establecimiento del hospital por Pago por Servicio de Medicare junto con todos los aseguradores médicos privados que pagan reclamos al establecimiento del hospital. Las cantidades facturadas por emergencia y otros servicios necesarios por razones médicas no serán más altos que la AGB para individuos que tienen seguro con cobertura de esa atención médica.

Necesario por razones médicas - Todo servicio o procedimiento que, a criterio razonable del proveedor encargado del tratamiento del paciente, es aquel que previene, diagnostica, corrige, cura, alivia o evita el empeoramiento de condiciones que ponen en peligro la vida.

Miembros de la unidad familiar - Para CACP - Tal como se determine en el Manual de CACP.

Tamaño de la familia - Para We Care - Tal como lo define la Oficina del Censo de EE. UU., un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. El ingreso familiar de una persona incluye el ingreso de todos los miembros adultos de la familia. Se consideran a todos los recursos de la unidad familiar en su totalidad para determinar la elegibilidad bajo la política de asistencia financiera de BCH.

Recursos:

Fuentes de consulta:

Palabras claves:

Asistencia Financiera, Asistencia a Pacientes, Financiero

Revisores de contenido:

Nancy Coppom, Directora de Servicios Financieros para Pacientes – TITULAR DE LA POLÍTICA
William Munson, Vicepresidente y CFO

Aprobación final:

Robert J. Vissers, M.D., Presidente y CEO

Fecha de vigencia: 12/2010

Fecha de la última revisión: 1/2018

Apéndice A
Establecimientos cubiertos y proveedores cubiertos

| Establecimiento cubierto | AGB |
|---|---|
| Boulder Community Health Foothills Hospital | Contactar a Servicio al Cliente al 303-415-4700 |

| Proveedores cubiertos | AGB |
|--|---|
| Boulder Valley Pulmonology | 74% |
| Boulder Community Health Hospitalist | 74% |
| Boulder Valley Surgical Associates | 74% |
| Boulder Valley Women's Care | 74% |
| Boulder Heart | 74% |
| Associated Neurology | 74% |
| Beacon Infectious Disease | 74% |
| Médicos de rehabilitación para pacientes internos | Contactar a Servicio al Cliente al 303-415-4700 |
| Médicos de psiquiatría para pacientes internos (excluyendo los servicios relacionados con el Guerra Fisher Institute). | Contactar a Servicio al Cliente al 303-415-4700 |
| | |

Esta política no cubre a todos los proveedores que no estén mencionados antes incluyendo, entre otros, todos los médicos, radiólogos, anestesiólogos y patólogos del departamento de emergencia.

Apéndice B**Códigos postales elegibles del Condado de Boulder****Boulder**

80301
 80302
 80303
 80304
 80305
 80306
 80307
 80308
 80309
 80310
 80314
 80321
 80322
 80323
 80328
 80329

Otro

Eldorado Springs
 80025
Allenspark
 80510
Jamestown
 80455
Nederland
 80466
Pinecliff
 80471
Rollinsville
 80474
Ward
 80481

Los pacientes que residen dentro de los siguientes códigos postales son elegibles para solicitar los descuentos de We Care si reciben servicios en un Establecimiento de BCH localizado dentro de su código postal o acuden a un servicio en BCH por un referido de un consultorio médico de propiedad de BCH y operado por ésta, que está localizado dentro de estos códigos postales. Si se determina que es elegible, en estos casos, el servicio prestado se descontará a la tarifa corriente de la AGB.

Broomfield 80023, 80020

Erie 80516

Lafayette 80026

Louisville/Superior 80027

Longmont 80501, 80502, 80503, 80504

Apéndice C

Pautas federales de pobreza de 2018

| Tarifa | N | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Tamaño de la familia | | | | | | | | | | |
| 1 | \$4,856 | \$7,527 | \$9,833 | \$12,140 | \$14,204 | \$16,146 | \$19,303 | \$22,459 | \$24,120 | \$30,150 |
| 2 | \$6,584 | \$10,205 | \$13,333 | \$16,460 | \$19,258 | \$21,892 | \$26,171 | \$30,451 | \$32,480 | \$40,600 |
| 3 | \$8,312 | \$12,884 | \$16,832 | \$20,780 | \$24,313 | \$27,637 | \$33,040 | \$38,443 | \$40,840 | \$51,050 |
| 4 | \$10,040 | \$15,562 | \$20,331 | \$25,100 | \$29,367 | \$33,383 | \$39,909 | \$46,435 | \$49,200 | \$61,500 |
| 5 | \$11,768 | \$18,240 | \$23,830 | \$29,420 | \$34,421 | \$39,129 | \$46,778 | \$54,427 | \$57,560 | \$71,950 |
| 6 | \$13,496 | \$20,919 | \$27,329 | \$33,740 | \$39,476 | \$44,874 | \$53,647 | \$62,419 | \$65,920 | \$82,400 |
| Nivel de pobreza | 40% | 62% | 81% | 100% | 117% | 133% | 159% | 185% | 200% | 250% |

| Tarifa | J | K |
|----------------------|-----------|-----------|
| Tamaño de la familia | | |
| 1 | \$36,420 | \$42,490 |
| 2 | \$49,380 | \$57,610 |
| 3 | \$62,340 | \$72,730 |
| 4 | \$75,300 | \$87,850 |
| 5 | \$88,260 | \$102,970 |
| 6 | \$101,220 | \$118,090 |
| Nivel de pobreza | 300% | 350% |

Tabla de copagos del Apéndice D

| TARIFA CICP / WECARE / FPL | ESTABLEC. PACIENTE INT. | CIRUGÍA AMBULAT. | MRI, CT, MED NUC, LAB SUEÑO LAB CATET. | SALA DE EMERG. | ESPECIALIDAD | | |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------|---|-------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| | | | | | PAC. AMBULAT. (IE: ECO, ECG) | IMAGEN /ULTRASON. BÁSICOS | LABORATORIO |
| Z/0-40% | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| N/0-40% | \$15 | \$15 | \$15 | \$15 | \$15 | \$5 | \$5 |
| A/41-62% | \$65 | \$65 | \$65 | \$25 | \$25 | \$10 | \$10 |
| B/63-81% | \$105 | \$105 | \$105 | \$25 | \$25 | \$10 | \$10 |
| C/82-100% | \$155 | \$155 | \$155 | \$30 | \$30 | \$15 | \$15 |
| D/101-117% | \$220 | \$220 | \$220 | \$30 | \$30 | \$15 | \$15 |
| E/118-133% | \$300 | \$300 | \$300 | \$35 | \$35 | \$20 | \$20 |
| F/134-159% | \$390 | \$390 | \$390 | \$35 | \$35 | \$20 | \$20 |
| G/160-185% | \$535 | \$535 | \$535 | \$45 | \$45 | \$30 | \$30 |
| H/186-200% | \$600 | \$600 | \$600 | \$45 | \$45 | \$30 | \$30 |
| I/201-250% | \$630 | \$630 | \$630 | \$50 | \$50 | \$35 | \$35 |
| J/251-300% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% |
| K/301-350% | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% |

* Se cobrarán copagos separados para los servicios múltiples, con la excepción de los análisis de laboratorio. 2 radiografías, 2 copagos. Radiografías y laboratorio, 2 copagos.

* El plan de la Voy a People's es igual al de nuestro We Care.

*En las tarjetas de CICP figurará la palabra CICP. (Programa de Asistencia de Indigentes de Colorado)

*Para las visitas a la sala de emergencia se cobrará un copago de emergencia o bien el copago de MRI/CT/MED NUC (si se presta uno de estos servicios durante la visita a la sala de emergencia), pero no los dos.

* Para las tarifas J y K de We Care, el paciente es responsable de un porcentaje de sus **costos totales** y no del saldo después de que el seguro haya pagado.

