



## AVISO DE PAGO DEL PACIENTE

### Enero de 2026

CrescentCare ofrece un descuento en la tarifa variable a los pacientes cuyos ingresos sean del 200% o menos del Índice Federal de Pobreza. Los pacientes que califican son elegibles para un descuento en la tarifa variable en todos los servicios brindados en CrescentCare. La tarifa nominal variable se aplicará a pacientes sin seguro médico, a pacientes con seguro médico cuando su seguro no cubra un servicio en particular y a los montos de costo compartido para pacientes asegurados que sean elegibles para el descuento en la tarifa móvil.

Para calificar para el programa de descuento en la tarifa móvil, debe completar una solicitud y proporcionar una constancia de ingresos. Aceptamos la siguiente documentación como constancia de ingresos: talones de pago, carta de concesión de SSI/SSDI, carta de cupones de alimentos, carta del empleador, constancia de Medicaid, formulario de impuesto sobre la renta personal o constancia de aceptación en un programa de vivienda subsidiada. Si no proporciona una constancia de ingresos dentro de los 30 días calendario, será responsable del monto total cobrado por la consulta.

Si tiene seguro y no califica para el descuento de tarifa móvil, le cobraremos de acuerdo con las pautas de su plan de seguro (copagos y deducibles).

Si **no** tiene seguro y no califica para el descuento de tarifa móvil, deberá realizar un pago inicial mínimo y le facturaremos los cargos restantes. Planes de pago están disponibles a pedido.

Los cargos de laboratorio serán facturados directamente a su plan de seguro por el laboratorio; el laboratorio después le facturará directamente a usted cualquier saldo pendiente. Si no tiene seguro y califica para el descuento de tarifa móvil, el laboratorio renunciará a sus cargos de laboratorio. Si no tiene seguro y no califica para el descuento de tarifa móvil, el laboratorio le facturará directamente los cargos de laboratorio.

Los cargos por insumos y equipos (como coronas y dentaduras postizas, LARC (anticonceptivos reversibles de acción prolongada)) no están incluidos en el descuento de tarifa variable y se cobrarán por separado. Solicite un plan de tratamiento a su proveedor para saber cuánto costarán los servicios. Planes de pago están disponibles a pedido.

CrescentCare debe cobrar copagos, deducibles, tarifas variables y pagos iniciales al momento de la consulta. CrescentCare ofrece asistencia adicional para pacientes con VIH a través del Programa Ryan White.

Para obtener información adicional, visite el Centro para pacientes en nuestro sitio web [www.crescentcare.org](http://www.crescentcare.org)

El plan de descuentos en la tarifa variable de CrescentCare se agrupa de la siguiente manera según el Índice Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL):

- Grupo A: 0% – 100% del FPL
- Grupo B: 101% – 150% del FPL
- Grupo C: 151% – 175% del FPL
- Grupo D: 176% – 200% del FPL

La siguiente tabla detalla los requisitos de ingresos, las tarifas variables y los montos mínimos de pago inicial. Esta tabla se actualiza anualmente según las pautas del Índice Federal de Pobreza.

***CrescentCare brinda servicios a los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Se espera que el pago se realice al momento del servicio. Hable con uno de nuestros empleados para obtener información más detallada e inscribirse en el seguro.***

**Pautas federales de pobreza (FPL) de 2026 y descuentos en las tarifas móviles de CrescentCare**

Personas en el grupo familiar*	Grupo A Ingreso familiar anual: igual o inferior al 100% del FPL	Grupo B Ingreso familiar anual: 101% hasta el 150% del FPL	Grupo C Ingreso familiar anual: 151% hasta el 175% del FPL	Grupo D Ingreso familiar anual: 176% hasta el 200% del FPL	Más del 200%
1	\$15,960	\$23,940	\$27,930	\$31,920	
2	\$21,640	\$32,460	\$37,870	\$43,280	
3	\$27,320	\$40,980	\$47,810	\$54,640	
4	\$33,000	\$49,500	\$57,750	\$66,000	
5	\$38,680	\$58,020	\$67,690	\$77,360	
6	\$44,360	\$66,540	\$77,630	\$88,720	
7	\$50,040	\$75,060	\$87,570	\$100,080	
8	\$55,720	\$83,580	\$97,510	\$111,440	
<b>Responsabilidad del paciente al momento del servicio:</b>					<b>Pago inicial mínimo:</b>
Servicios médicos	\$15	\$30	\$40	\$50	\$100
Servicios de salud conductual	\$15	\$30	\$40	\$50	\$100
Diagnóstico dental (radiografías, examen, plan de tratamiento)	\$45	\$55	\$65	\$75	\$100
Atención preventiva dental (limpiezas y empastes)	\$100	\$125	\$150	\$175	\$200
Prótesis dentales removibles (dentaduras postizas, protectores nocturnos)	\$400	\$450	\$500	\$600	\$300
Prótesis dentales fijas (coronas)	\$500	\$550	\$600	\$650	\$400

\* En CrescentCare, el tamaño del hogar o grupo familiar se refiere a todas las personas que se definen y se presentan como una familia para recibir servicios, independientemente del estado civil real o percibido, la orientación sexual o la identidad de género. Una familia puede ser un grupo de personas con o sin una relación de parentesco que comparten condiciones de vida, gastos e ingresos. Las personas que no son parientes, como por ejemplo los compañeros de casa, no cuentan como miembros de la familia. La definición de “dependiente” es cualquier persona que el solicitante esté legalmente obligado a mantener.

***CrescentCare brinda servicios a los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Se espera que el pago se realice al momento del servicio. Hable con uno de nuestros empleados para obtener información más detallada e inscribirse en el seguro.***