

BC WOMEN'S HOSPITAL
Lista de tarifas para pacientes (Patient Rate List)
Vigente a partir del 1 de noviembre de 2025

	Residentes sin seguro (WSBC, OOP, organismos federales)	No residentes de Canadá
ANEXO A: COSTOS DE URGENCIAS Y PACIENTES AMBULATORIOS		
Urgencias/atención inmediata (mayor y menor)	\$ 462	\$ 1,015
Tarifa del médico de urgencias	\$ 150	\$ 340
Cirugía ambulatoria**		
Bajo	\$ 1,402	\$ 4,040
Mediano	\$ 5,103	\$ 5,103
Alto	\$ 15,692	\$ 15,692
Bajo con anestesia	\$ 2,857	\$ 6,470
Mediano con anestesia	\$ 6,558	\$ 7,533
Alto con anestesia	\$ 17,147	\$ 18,122
ANEXO B: COSTOS POR HOSPITALIZACIÓN		
Sala Común		
Por día	\$ 5,790	\$ 9,270
Unidad de Cuidados Intensivos -por día		
Por día	\$ 7,693	\$ 18,105
Quirófano (primeras 2 horas)	n/c	\$ 3,030
Cada hora adicional de quirófano	n/c	\$ 1,535
Maternidad - BC Women's Health Centre		
Recién nacido por día - (antes del alta de la madre)	\$ 1,206	\$ 2,430
Recién nacido por día - (después del alta de la madre)	\$ 5,790	\$ 9,270
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (cuidados especiales en el nido)	\$ 7,693	\$ 18,105
Agregar costo por parto por cesárea	n/c	\$ 4,475
ANEXO C: PROCEDIMIENTOS ESPECIALES		
Muestras derivadas al laboratorio	\$ 182	\$ 182
Circuncisión (incluye el impuesto GST)	\$ 670	\$ 670
Parto normal		\$ 2,685
Reanastomosis tubárica/reimplante tubárico	\$ 3,140	\$ 6,270
Epidural	\$ 1,215	\$ 1,820
Anestesia - tarifa del médico	\$ 1,455	\$ 2,430
Evaluación de fisioterapeuta	\$ 190	\$ 190
Clínica ambulatoria para la diabetes - visita de 1 a 2 horas	n/c	\$ 190
Inducción	\$ 260	\$ 260

ANEXO D: TRASPLANTES		
Médula ósea (pediátrica)	\$ 50,017	n/c
Médula ósea (PED) alta en >72 horas	\$ 125,053	n/c
Riñón - fuera de la provincia	\$ 11,741	n/c

* Las nuevas tarifas están vigentes a partir del 1 de noviembre de 2025

*** Podrían aplicarse otras tarifas correspondientes, dependiendo de los servicios médicos que se brinden



Children’s and Women’s Health Center of British Columbia

Tarifas para no residentes y residentes sin seguro (Fees for Non-Residents and Uninsured Residents)

Los servicios de atención médica tienen un costo.

¿A quién se aplica esto? (Who does this apply to?)

- A todos los visitantes a Canadá.
- A todos aquellos que no tengan cobertura médica provincial.
- A ciudadanos canadienses nuevos/que están de vuelta.

“Residente” significa una persona que:
(a) es ciudadana canadiense o que ha sido admitida legalmente en Canadá para vivir permanentemente,
(b) ha establecido su hogar en la Colombia Británica,
(c) está presente físicamente en la Colombia Británica durante al menos 6 meses en cada año natural (Ley de protección de Medicare).

Tarifas para servicios de atención médica (Fees for health care services)

Este folleto es para aquellas personas que no tienen seguro médico de la Colombia Británica (British Columbia, BC) u otro seguro médico provincial. Usted tiene la obligación de pagar por los servicios médicos que recibe. Nosotros le cobramos por la atención médica que le brindamos. Su médico de familia y cualquier especialista que consulte en Canadá le cobrará por separado por la atención que le brinde. Si lo/a llevan al hospital en ambulancia, el Servicio de Ambulancias de la Colombia Británica también le cobra por separado por sus servicios.

En este folleto, le explicamos quién debe pagar qué. El Ministerio de Servicios Médicos de la Colombia Británica decide cuáles son los costos por atención y servicios. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios de Ingresos de PHSA al 604-297-8512.

¿Quién debe pagar qué? (Who must pay for what?)

Residentes de Canadá sin seguro (RSS) (Uninsured Residents of Canada (UR)):

Las personas que viven en Canadá y que no tienen cobertura médica vigente están ‘sin seguro’. ‘Cobertura médica vigente’ significa que usted está inscrito/a en el Plan de Servicios Médicos de la Colombia Británica (u otro plan de la provincia). Su cobertura está vigente (o es válida) el día que esta comienza (fecha de entrada en vigor). Si usted recibe servicios médicos antes de esta fecha, entonces está ‘sin seguro’.

Una persona ‘sin seguro’ es:
Un residente de la Colombia Británica sin una “BC CareCard” (número personal de salud) vigente.
Un residente de la Colombia Británica sin cobertura médica vigente de otra provincia.
Un residente de otra provincia canadiense sin cobertura médica vigente de esa provincia.
Un residente de Canadá con estatus válido de residencia que es de otro país, como alguien con documentos de residente permanente, determinadas visas de estudio o de trabajo, etc.

Si acude al hospital porque se lesionó en el trabajo y no presentó una demanda ante WorkSafeBC para esta lesión relacionada con el trabajo, también se considera ‘sin seguro’. Usted será responsable de pagar por su atención hasta que WorkSafeBC pague por ella.

No residentes de Canadá (NRC) (Non-Resident of Canada (NRC)):
A las personas que están de visita en Canadá se les cobran tarifas de ‘no residente’.

Una persona ‘no residente’ es:
Un visitante a Canadá.
Un residente permanente/ciudadano canadiense que vive en otro país.
Un residente de otro país que está en Canadá sin estatus de residencia válido, como alguien sin documentos de residente permanente, determinadas visas de estudio o de trabajo, etc.
Un solicitante de refugio que no cuenta con “Cobertura Médica Federal Temporal” válida otorgada por el gobierno canadiense.

Anexo A:
Cargos por servicios de urgencia y ambulatorios
(Schedule A: Emergency & Out-Patient Charges)

Si le dan tratamiento en la sala de urgencias o en una clínica ambulatoria, se le cobrará una ‘tarifa de las instalaciones’ y una ‘tarifa del médico’. Estas tarifas son además de otras tarifas por servicios o suministros médicos proporcionados.

Si usted es residente de Quebec, debe pagar usted mismo/a la ‘tarifa del médico’. Envíe su demanda al Plan Médico de Quebec para que le hagan un reembolso.

Incluso si tiene seguro médico, debe pagar todos los cargos por urgencia y por servicio ambulatorio usted mismo/a. Envíe su demanda a su compañía de seguro para que le hagan un reembolso.

Si viene al hospital dos o más veces en un día, le cobraremos en cada ocasión, a menos que nuestros servicios no estuvieran disponibles en la primera visita.

Anexo B:
Cargos para pacientes internados
(Schedule B: In-Patient Charges)

Las tarifas por día, por el uso del quirófano y otras tarifas representan el importe base para cubrir el costo de su estancia en el hospital. No incluyen análisis de laboratorio, pruebas de radiografía (como tomografías computarizadas, estudios de resonancia magnética o radiografías básicas), suministros médicos, prótesis, artículos implantados (como marcapasos) y otros servicios que no cubre el importe base. Si necesita servicios que superen lo que se incluye en el importe base, le cobraremos las tarifas adicionales. De igual modo, estas tarifas no incluyen los honorarios del médico que lo/a atiende.

Cuando venga al hospital, debe leer y firmar el Formulario de Admisión del Paciente. Este incluye:

- Un acuerdo de ‘Asignación de beneficios’ - esto nos permite cobrarle directamente a su compañía de seguro médico (si califica), que entonces nos paga.
- Un ‘Consentimiento de uso de información’- esto nos permite darle a su compañía de seguro médico información acerca de usted para que puedan aprobar las tarifas que se nos deben.
- Un ‘Consentimiento para recibir información de cobro por correo electrónico’ - esto nos permite comunicarle sus cargos por correo electrónico en vez de por correo convencional.

Si no podemos recuperar la cantidad que nos debe con su compañía de seguro, usted deberá pagarnos directamente. Tendrá que enviar un reclamo directamente a su compañía de seguro para que le reembolse las tarifas pagadas.

Si no cuenta con seguro, necesitaremos un depósito en efectivo o una impresión de su tarjeta de crédito. Debe pagar la cantidad total que debe al final de su estancia en el hospital. Si no puede hacerlo, podría haber a su disposición un acuerdo alternativo, como, por ejemplo, un plan de pagos, si así lo solicita. Puede pagar en efectivo o con tarjeta de crédito.

Anexo C/D:

Cargos por procedimientos especiales/trasplantes

(Schedule C/D: Special Procedure Charges/Transplants)

Es posible que su médico ordene pruebas o procedimientos que no están incluidos en los cargos básicos para pacientes internados y ambulatorios. Tendrá que pagarlos usted. Esto puede incluir análisis de laboratorio, suministros médicos, prótesis, artículos implantados (como marcapasos), pruebas de radiografía (como radiografías básicas, tomografías computarizadas, estudios de resonancia magnética, angiogramas, etc.), trasplantes y otros servicios.

El Anexo C/D enumera algunos de estos procedimientos especiales y sus costos.

¿Cómo pago? (How do I pay?)

Se le pedirá que haga sus pagos:

- Cuando reciba los servicios hospitalarios;
- Cuando reciba nuestra factura.
- Cuando se negocie un plan de pagos

Puede pagar:

- Por teléfono llamando al 604-297-8512
- Por teléfono llamando al 604-875-2000, extensión 6107
- En línea en <https://pay.healthcarebc.ca>
- En persona en el hospital que visitó:

Hospital BC Children's and Women's

Oficina del cajero (cerca de la entrada de Oak Street)

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
(604) 875-2000 ext. 6107

Nota: la oficina del cajero está cerrada en días feriados obligatorios y los fines de semana

¿Preguntas? ¿Inquietudes?

(Questions? Concerns?)

Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con los cobros a pacientes, comuníquese con:

Autoridad de Servicios Médicos Provinciales – Servicios de Ingresos

Núm. de teléfono 604-297-8512,
Núm. de fax 604-297-9305

por correo electrónico: patientbilling@phsa.ca