

MARY'S CENTER										
2023 Programa de Descuento de Tarifa Escalonada										
Servicio Médico										
	Nivel I		Nivel II		Nivel III		Nivel IV		Sin descuento	
	0 - 100% del Nivel Federal de Pobreza		101 - 140% del Nivel Federal de Pobreza		141 - 180% del Nivel Federal de Pobreza		181 - 200% del Nivel Federal de Pobreza		Mas de 200% del Nivel Federal de Pobreza / No se propocionó información de ingreso	
# de Miembros por Familia	Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el ingreso es igual o superior a:	
1	\$0	\$14,580	\$14,581	\$20,412	\$20,413	\$26,244	\$26,245	\$29,160	\$29,161	
2	\$5,140	\$19,720	\$19,721	\$27,608	\$27,609	\$35,496	\$35,497	\$39,440	\$39,441	
3	\$10,280	\$24,860	\$24,861	\$34,804	\$34,805	\$44,748	\$44,749	\$49,720	\$49,721	
4	\$15,420	\$30,000	\$30,001	\$42,000	\$42,001	\$54,000	\$54,001	\$60,000	\$60,001	
5	\$20,560	\$35,140	\$35,141	\$49,196	\$49,197	\$63,252	\$63,253	\$70,280	\$70,281	
6	\$25,700	\$40,280	\$40,281	\$56,392	\$56,393	\$72,504	\$72,505	\$80,560	\$80,561	
7	\$30,840	\$45,420	\$45,421	\$63,588	\$63,589	\$81,756	\$81,757	\$90,840	\$90,841	
8	\$35,980	\$50,560	\$50,561	\$70,784	\$70,785	\$91,008	\$91,009	\$101,120	\$101,121	
Adicional	\$5,140		\$7,196		\$9,252		\$10,280		\$10,280	
Pago del Paciente	\$30		\$60		\$110		\$160		\$175 en el momento del servicio / se facturará al paciente el saldo restante	

Calendario de descuentos basado en las Pautas Federales de Pobreza de 2023, se pueden encontrar en ASPE.hhs.gov

Nivel I - incluye todos los servicios, incluso laboratorios y planificación familiar.

Nivel II - Nivel IV - incluye todos los servicios y laboratorio. Servicio de Planificación familiar tiene un costo adicional.

En todos los casos, la categoría "SIN DESCUENTO" tiene una cuota inicial. Al paciente se le facturará el saldo por el monto total.

Para tarifas de planificación familiar/ Título X: Consulte Título X del Sistema Escalonado de Tarifas

Cuidado Prenatal										
	Nivel I		Nivel II		Nivel III		Nivel IV		Sin descuento	
	0 - 100% del Nivel Federal de Pobreza		101 - 140% del Nivel Federal de Pobreza		141 - 180% del Nivel Federal de Pobreza		181 - 200% del Nivel Federal de Pobreza		Mas de 200% del Nivel Federal de Pobreza / No se propocionó información de ingreso	
# de Miembros por Familia	Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Igual o Superior a:	
1	\$0	\$14,580	\$14,581	\$20,412	\$20,413	\$26,244	\$26,245	\$29,160	\$29,161	
2	\$5,140	\$19,720	\$19,721	\$27,608	\$27,609	\$35,496	\$35,497	\$39,440	\$39,441	
3	\$10,280	\$24,860	\$24,861	\$34,804	\$34,805	\$44,748	\$44,749	\$49,720	\$49,721	
4	\$15,420	\$30,000	\$30,001	\$42,000	\$42,001	\$54,000	\$54,001	\$60,000	\$60,001	
5	\$20,560	\$35,140	\$35,141	\$49,196	\$49,197	\$63,252	\$63,253	\$70,280	\$70,281	
6	\$25,700	\$40,280	\$40,281	\$56,392	\$56,393	\$72,504	\$72,505	\$80,560	\$80,561	
7	\$30,840	\$45,420	\$45,421	\$63,588	\$63,589	\$81,756	\$81,757	\$90,840	\$90,841	
8	\$35,980	\$50,560	\$50,561	\$70,784	\$70,785	\$91,008	\$91,009	\$101,120	\$101,121	
Adicional	\$5,140		\$7,196		\$9,252		\$10,280		\$10,280	
Pago del Paciente	\$850		\$1,400		\$1,950		\$2,500		\$3,800.00	

NOTA: La columna "SIN DESCUENTO" se refiere a una tarifa inicial recaudada en el momento del servicio. Al paciente se le facturará el saldo restante después de la visita.

Servicios de Sonografía					
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Sin descuento
Por Visita	\$100	\$130	\$170	\$200	\$220

NOTA: La columna "SIN DESCUENTO" se refiere a una tarifa inicial recaudada en el momento del servicio. Al paciente se le facturará el saldo restante después de la visita.

Servicios de Salud Mental					
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Sin descuento
Por Sesión	\$5	\$10	\$30	\$50	\$70
Paquete de 4 Sesiones	\$6	\$35	\$115	\$190	\$275
Paquete de 8 Sesiones	\$10	\$70	\$230	\$390	\$550

NOTA: La columna "SIN DESCUENTO" se refiere a una tarifa inicial recaudada en el momento del servicio. Al paciente se le facturará el saldo restante después de la visita.

Servicios de Nutrición					
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Sin descuento
Visita Inicial	\$10	\$20	\$32	\$56	\$80
Visita de Seguimiento	\$5	\$15	\$29	\$36	\$60

NOTA: La columna "SIN DESCUENTO" se refiere a una tarifa inicial recaudada en el momento del servicio. Al paciente se le facturará el saldo restante después de la visita.

Servicios de Enfermería						
	Cuota de Administración de VFC	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Sin descuento
Por Visita	\$23	\$10	\$20	\$40	\$60	\$75

NOTA: La columna "SIN DESCUENTO" se refiere a una tarifa inicial recaudada en el momento del servicio. Al paciente se le facturará el saldo restante después de la visita.

Nota: La cuota de administración de VFC es de \$23, independientemente de la cantidad de inyecciones administradas.

Nota: La cuota de administración de VFC es de \$23 para todos los pacientes que pagan por cuenta propia, independientemente de su calificación de descuento.

Precios de Planificación Familiar						
*NOTA: Las tarifas de planificación familiar son independientes de las tarifas médicas (Título "X" de precios). El precio de los anticonceptivos orales es por unidad.						
		* Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Sin descuento
	Liletta	\$0	\$20	\$40	\$50	\$90
	Mirena	\$0	\$100	\$200	\$300	\$420
	Paraguard	\$0	\$75	\$150	\$250	\$390
*Anticonceptivos Orales		\$0	\$5	\$10	\$20	\$25
	Depo Provera	\$0	\$5	\$5	\$5	\$15
	Anillos (paquete de 3)	\$0	\$5	\$10	\$15	\$20
	Parche (paquete de 3)	\$0	\$25	\$50	\$75	\$90
	Nexplanon	\$0	\$150	\$300	\$400	\$650
	Plan B	\$0	\$5	\$5	\$5	\$5
	Prueba de Embarazo	\$0	\$5	\$5	\$5	\$15

NOTA: La columna "SIN DESCUENTO" se refiere a una tarifa inicial recaudada en el momento del servicio. Al paciente se le facturará el saldo restante después de la visita.

Visita Título X									
# de Miembros por Familia	Nivel I		Nivel II		Nivel III		Nivel IV		
	0 - 100% del Nivel Federal de Pobreza		101 - 140% del Nivel Federal de Pobreza		141 - 180% del Nivel Federal de Pobreza		181 - 250% del Nivel Federal de Pobreza		
	Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		
1	\$0	\$14,580	\$14,581	\$20,412	\$20,413	\$26,244	\$26,245	\$36,450	
2	\$5,140	\$19,720	\$19,721	\$27,608	\$27,609	\$35,496	\$35,497	\$49,300	
3	\$10,280	\$24,860	\$24,861	\$34,804	\$34,805	\$44,748	\$44,749	\$62,150	
4	\$15,420	\$30,000	\$30,001	\$42,000	\$42,001	\$54,000	\$54,001	\$75,000	
5	\$20,560	\$35,140	\$35,141	\$49,196	\$49,197	\$63,252	\$63,253	\$87,850	
6	\$25,700	\$40,280	\$40,281	\$56,392	\$56,393	\$72,504	\$72,505	\$100,700	
7	\$30,840	\$45,420	\$45,421	\$63,588	\$63,589	\$81,756	\$81,757	\$113,550	
8	\$35,980	\$50,560	\$50,561	\$70,784	\$70,785	\$91,008	\$91,009	\$126,400	
Adicional	\$5,140		\$7,196		\$9,252		\$12,850		
Pago del Paciente	\$0		\$60		\$110		\$160		

Servicio Dental									
# de Miembros por Familia	Nivel I		Nivel II		Nivel III		Nivel IV		Sin descuento
	0 - 100% del Nivel Federal de Pobreza		101 - 140% del Nivel Federal de Pobreza		141 - 180% del Nivel Federal de Pobreza		181 - 200% del Nivel Federal de Pobreza		Mas de 200% Nivel Federal de Pobreza (FPL) / No se proporcionó información de ingreso
	Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Entre:		Si el Ingreso es Igual o Superior a:
1	\$0	\$14,580	\$14,581	\$20,412	\$20,413	\$26,244	\$26,245	\$29,160	\$29,161
2	\$5,140	\$19,720	\$19,721	\$27,608	\$27,609	\$35,496	\$35,497	\$39,440	\$39,441
3	\$10,280	\$24,860	\$24,861	\$34,804	\$34,805	\$44,748	\$44,749	\$49,720	\$49,721
4	\$15,420	\$30,000	\$30,001	\$42,000	\$42,001	\$54,000	\$54,001	\$60,000	\$60,001
5	\$20,560	\$35,140	\$35,141	\$49,196	\$49,197	\$63,252	\$63,253	\$70,280	\$70,281
6	\$25,700	\$40,280	\$40,281	\$56,392	\$56,393	\$72,504	\$72,505	\$80,560	\$80,561
7	\$30,840	\$45,420	\$45,421	\$63,588	\$63,589	\$81,756	\$81,757	\$90,840	\$90,841
8	\$35,980	\$50,560	\$50,561	\$70,784	\$70,785	\$91,008	\$91,009	\$101,120	\$101,121
Añadir por cada Persona Adicional	\$5,140		\$7,196		\$9,252		\$10,280		\$10,280
Diagnóstico y Preventivo	\$30		\$60		\$110		\$160		\$175 en el momento del servicio / se facturará al paciente el saldo restante
Restaurativo, Periodoncia y Extracciones	\$90		\$120		\$170		\$235		
Prostodoncia	\$800		\$900		\$1,000		\$1,100		
Endodoncia	\$750		\$800		\$850		\$900		

(Superior izquierda, Inferior izquierda, Superior derecha e Inferior derecha)

Prostodoncia, tarifa por Superior o Inferior. (Arco)

Calendario de descuentos basado en las Pautas Federales de Pobreza de 2023, se pueden encontrar en ASP.E.hhs.gov