

Escala de Tarifas

Nuestra escala de honorarios (*tabla de ingresos en la página siguiente*) está disponible en nuestros centros de salud de Canton, Gouverneur, Ogdensburg y Malone.

Esto es para **cualquier persona que tenga un ingreso familiar igual o inferior al 200% de las Pautas Federales de Pobreza.**

Un "hogar" incluye a todas las personas que viven en la misma casa o apartamento, incluso si no están relacionados con usted.

Para solicitar el descuento de tarifa móvil, necesitamos que llene una breve solicitud que está disponible en la recepción. Nuestro equipo también necesitará prueba de ingresos. Si no tiene un comprobante de ingresos en su primera visita, le daremos tiempo para que nos proporcione la documentación que necesitamos.

Prueba de Ingreso:

Si está empleado:

(uno de los siguientes)

- Una copia de la declaración de impuestos del año pasado
- Un W-2
- Talones de pago de los últimos 30 días
- Una declaración escrita de su empleador

Si usted no trabaja:

- Prueba de Carta de Premio de Ingreso del Seguro Social
- Prueba de Carta de Premio de Ingreso por Desempleo
- Prueba de carta de premio de ingresos por incapacidad
- Prueba de otros ingresos como manutención de hijos, pensión alimenticia o pensión de jubilación

Si es indocumentado o miembro de un grupo religioso exento reconocido:

- Certificación de ingresos anuales, firmada por el paciente.

Después de completar la Solicitud de escala móvil de tarifas, nuestro Administrador de casos podrá decirle cuánto podemos descontar su factura.

** Por favor, recuerde que se le pedirá que actualice su aplicación de Escala Escala de Tarifas cada año**

Como recordatorio, nadie será rechazado debido a la imposibilidad de pagar.

Reducción de la Tarifa de Descuento Según la Designación del Grupo

Servicios Elegibles	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
Atención Primaria	Sin Descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Salud Mental	Sin Descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Optometría	Sin Descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Cuidado Dental (Servicios preventivos/Emergencias)	Sin Descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Cuidado dental (procedimientos dentales ampliados) Selladores, empastes, periodoncia, extracciones, endodoncia, coronas, puentes, prótesis parciales, prótesis dentales, reparaciones protésicas, mantenedores de espacio, protectores oclusales y modificaciones de tejidos duros y blandos	Sin Descuento	10% Discount [^]	30% Discount [^]	60% Discount [^]	\$40*
<p><i>*Si corresponde, se aplicarán costos adicionales de bolsillo por honorarios de laboratorio.</i></p> <p><i>[^]Descuento aplicado al total de los honorarios por servicio</i></p> <p><i>Los suministros, equipos y cargos de laboratorio que excedan los honorarios variables son responsabilidad del paciente.</i></p> <p><i>Los suministros, equipos y cargos de laboratorio se calculan en función del costo más los honorarios administrativos.</i></p>					

2025 Pautas Federales Sobre la Pobreza

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
Poverty Level	201%	200%	166%	133%	100%
1	31,457	31,300	25,979	20,815	15,650
2	42,512	42,300	35,109	28,130	21,150
3	53,567	53,300	44,239	35,445	26,650
4	64,622	64,300	53,369	42,760	32,150
5	75,677	75,300	62,499	50,075	37,650
6	86,732	86,300	71,629	57,390	43,150
7	97,787	97,300	80,759	64,705	48,650
8	108,842	108,300	89,889	72,020	54,150
9	119,897	119,300	99,019	79,335	59,650
10	130,952	130,300	108,149	86,650	65,150
11	142,007	141,300	117,279	93,965	70,650
12	153,062	152,300	126,409	101,280	76,150
13	164,117	163,300	135,539	108,595	81,650
14	175,172	174,300	144,669	115,910	87,150