

PROGRAMA DE DESCUENTO DE ESCALA MÓVIL THUNDERMIST 2025

Thundermist Health Center acepta a todos los pacientes, independientemente de su seguro o estado financiero. Ofrecemos un Programa de Descuento de Escala Móvil para pacientes con o sin seguro y cuyos ingresos son iguales o inferiores al 200% del Nivel Federal de Pobreza. Las calificaciones se basan en:

Ingresos: incluye todos los ingresos de todos los miembros de la familia, excepto los beneficios no monetarios, como cupones de alimentos y subsidios de vivienda. Se le pedirá que proporcione comprobantes de ingresos, como declaraciones de impuestos federales recientes, talones de pago actuales, etc.

Tamaño de la familia: incluye a todas las personas que viven en un hogar relacionado con el nacimiento, la adopción o matrimonio. También incluye a los miembros de la familia no emparentados que viven en el mismo hogar y que son apoyados o están apoyando a un miembro de la familia.

Nuestro personal lo ayudará a solicitar el Programa de Descuento de Escala Móvil. Por favor, háganos saber si podemos responder a algunas preguntas para usted.

Tamaño de familia	Medida de ingresos	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D
		Menor o igual al 100%	Entre el 100% y 132%	Entre 133% y 166%	Entre 167% y 200%
1	Anual	\$15,650	\$20,658	\$25,979	\$31,300
2	Anual	\$21,150	\$27,918	\$35,109	\$42,300
3	Anual	\$26,650	\$35,178	\$44,239	\$53,300
4	Anual	\$32,150	\$42,438	\$53,369	\$64,300
5	Anual	\$37,650	\$49,698	\$62,499	\$75,300
6	Anual	\$43,150	\$56,958	\$71,629	86.300 dólares
7	Anual	\$48,650	\$64,218	\$80,759	\$97,300
8	Anual	\$52,720	\$71,478	\$89,889	\$108,300
9	Anual	\$59,650	\$78,738	\$99,019	\$119,300
10	Anual	\$65,150	\$85,998	\$108,149	\$130,300

TARIFAS DE ESCALA MÓVIL

Servicio	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D
Médico – Atención Primaria	\$20	\$30	\$35	\$40
Procedimiento medico	\$20	30%*	40%*	45%*
Salud conductual (consejería)	\$5	\$10	\$15	\$20
Habilitación de los servicios de salud ¹	\$5	\$5	\$5	\$5
Dental- Preventivo por visita	\$20/visita	30%*	40%*	50%*
Dental– Restauraciones y Fase II, por visita	\$20/visita**	30%*	40%*	50%*

*Porcentaje de la tarifa total ** Más tarifa de laboratorio / ¹ Cubre servicios como la nutrición