

# Compass Health

## Esquema de Determinación en Categorias de Escala de Valores



Válido hasta el 31 de Enero, 2024 [o hasta que el Departamento de Salud y Servicios Humanos haga cambios]

Escala de Valor	A		B		C		D		Full Fee							
Categorías	0 - 100% of FPL		101 - 135% of FPL		136 - 165% of FPL		166 - 200% of FPL		201% of FPL & Over							
# de personas	Ingreso Mensual	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Anual								
1	\$0 - \$1,215	\$0 - \$14,580	\$1,216 - \$1,640	\$14,581 - \$19,683	\$1,641 - \$2,005	\$19,684 - \$24,057	\$2,006 - \$2,430	\$24,058 - \$29,160	Nota: Ingresos Mensuales y Anuales Que están por sobre los límites de la categoría de Escala D no califican para el programa de escala de valores y se les carga el monto completo de los valores estándares. Si paga el monto total el día de los servicios, entonces califica para Descuento del mismo día							
2	\$0 - \$1,643	\$0 - \$19,720	\$1,644 - \$2,219	\$19,721 - \$26,622	\$2,220 - \$2,712	\$26,623 - \$32,538	\$2,713 - \$3,287	\$32,539 - \$39,440								
3	\$0 - \$2,072	\$0 - \$24,860	\$2,073 - \$2,797	\$24,861 - \$33,561	\$2,798 - \$3,418	\$33,562 - \$41,019	\$3,419 - \$4,143	\$41,020 - \$49,720								
4	\$0 - \$2,500	\$0 - \$30,000	\$2,501 - \$3,375	\$30,001 - \$40,500	\$3,376 - \$4,125	\$40,501 - \$49,500	\$4,126 - \$5,000	\$49,501 - \$60,000								
5	\$0 - \$2,928	\$0 - \$35,140	\$2,929 - \$3,953	\$35,141 - \$47,439	\$3,954 - \$4,832	\$47,440 - \$57,981	\$4,833 - \$5,857	\$57,982 - \$70,280								
6	\$0 - \$3,357	\$0 - \$40,280	\$3,358 - \$4,432	\$40,281 - \$54,378	\$4,433 - \$5,539	\$54,379 - \$66,462	\$5,540 - \$6,713	\$66,463 - \$80,000								
7	\$0 - \$3,785	\$0 - \$45,420	\$3,786 - \$5,110	\$45,421 - \$61,317	\$5,111 - \$6,245	\$61,318 - \$74,943	\$6,246 - \$7,570	\$74,944 - \$90,840								
8	\$0 - \$4,213	\$0 - \$50,560	\$4,214 - \$5,688	\$50,561 - \$68,256	\$5,689 - \$6,652	\$68,257 - \$83,424	\$6,953 - \$8,427	\$83,425 - \$101,120								
Para cada persona adicional agregar		\$428		\$578	\$5,141		\$6,939		\$707	\$6,940		\$8,481		\$857	\$8,482	\$10,280

  

Cuidados Primarios	A	B	C	D	No Califica para Descuento
	\$20 co-pago	\$30 co-pago	\$40 co-pago	\$50 co-pago	Valores Estándares
	Co-pago incluye la visita de oficina, laboratorios, y cualquier otro servicios auxiliar / **Exámenes Femeninos - Test de papanicolau está incluido en el co-pago. Visitas sólo para Inmunizaciones de Influenza y Pneumo se cobrarán en una escala separada - Vea el Esquema de escala de valores de CPT para los detalles de precios de toda visita, procedimientos y laboratorios a pacientes con cargo completo. Pacientes con cargo completo podrían tener cargos adicionales después de la visita de oficina basados en el valor de la boleta completada por el Proveedor Médico. Pacientes con Cargo Completo serán notificados de cargos adicionales antes de cualquier procedimiento y/o laboratorios.				

  

Cuidados Dentales	A	B	C	D	No Califica para Descuento
	\$20 co-pago- Mas 50% de Cargos Estándares	\$30 co-pago - Más 50% de Cargos Estándares	\$40 co-pago - Más 65% de Cargos Estándares	\$50 co-pago - Más 65% de Cargos Estándares	FF cargo varía SDD \$100 examen/Rayos X más 80% de Valores Estándares
	Co-pago incluye examen y rayos-x. Cargos por procedimientos adicionales son basados en un % del valor según la escala de valores. Ciertos procedimientos adicionales serán cobrados a los pacientes según una estructura nominal (en vez de un % del cargo) - Para detalles, ver estructura de escala de valores dental en CPT.				

  

Salud Mental	Servicios Rendidos	A	B	C	D	Cargo Completo (FF)	Descuento del Día (SDF)
	Terapia Eval/Individual	\$30	\$40	\$50	\$60	\$150-\$300(varia)	\$70
	Terapia Grupal	\$10	\$20	\$30	\$40	\$58	\$45
	Evaluación Psiquiátrica	\$60	\$80	\$100	\$120	\$367	\$140
	Seguimiento Psiquiátrico	\$30	\$40	\$50	\$60	\$104-\$264(Varia)	\$70
	Evaluación Psicológica	\$60 por hora	\$70 por hora	\$80 por hora	\$90 por hora	\$233 por hora	\$100 por hora
	EIP Adulto (4 semanas de programa)*	\$40	\$64	\$80	\$104	\$240	\$180
	Evaluación Intervención Temprana**	\$10	\$16	\$20	\$26	\$60	\$45
	Adulto Residencial SUD*	\$40	\$64	\$84	\$102	\$842	\$143
	Hospitalización Parcial SUD*	\$33	\$53	\$69	\$84	\$206	\$118
Ambulatorio Intensivo SUD*	\$26	\$37	\$46	\$55	\$145	\$77	

\* Valor por Día

\*\* Evaluación para Programa de Intervención Temprana Adulto debe ser pagada al momento de recibir el servicio. Pago inmediato

Nota: Actualizar columna verde de ingreso anual con FPL y el resto de las columnas calcularán.