



CrescentCare

A Partnership for Life

## AVISO DE PAGO DEL PACIENTE

Enero de 2025

***CrescentCare está obligado a cobrar todos los copagos, deducibles y pagos de descuentos en la escala de pagos.***

CrescentCare ofrece un descuento en la escala de pagos a los pacientes cuyo ingreso sea del 200% o menos del Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). Si se le aprueba el descuento en la escala de pagos, el costo de los servicios de laboratorio está incluido en los cargos que son responsabilidad del paciente enumerados a continuación. Si tiene seguro y no califica para el descuento en la escala de pagos, le cobraremos de acuerdo con las pautas de su plan de seguro (para copagos y deducibles). Todos los cargos de laboratorio serán facturados directamente a su plan de seguro por el laboratorio; el laboratorio después le facturará directamente cualquier saldo pendiente.

Los cargos por insumos y equipos (tales como coronas y prótesis dentales) se cobrarán por separado. Solicítele un plan de tratamiento a su proveedor para saber cuál sería el costo de los servicios. Consulte con nuestro personal si le gustaría elaborar un plan de pago.

Todos los individuos que se definen y presentan a sí mismos como una familia para los servicios, independientemente de su estado civil real o percibido, orientación sexual o identidad de género se consideran "personas en el hogar". Una familia puede ser un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que comparten acuerdos de vivienda, gastos e ingresos. Los no familiares, tales como los compañeros de hogar, no cuentan como miembros de una familia.

***CrescentCare ofrece asistencia adicional para pacientes que viven con el VIH a través del Programa Ryan White.***

Pautas Federales de Pobreza 2025 y descuento en la escala de pagos para servicios médicos y de salud del comportamiento de CrescentCare					
Personas en el grupo familiar*	Grupo A Ingreso familiar anual: al 100 % o meno del FPL	Grupo B Ingreso familiar anual: del 101 % hasta el 150 % del FPL	Grupo C Ingreso familiar anual: del 151 % hasta el 175 % del FPL	Grupo D Ingreso familiar anual: del 176 % hasta el 200 % del FPL	Más del 200 %
1	\$15,650	\$23,475	\$27,388	\$31,300	
2	\$21,150	\$31,725	\$37,013	\$42,300	
3	\$26,650	\$39,975	\$46,638	\$53,300	
4	\$32,150	\$48,225	\$56,263	\$64,300	
5	\$37,650	\$56,475	\$65,888	\$75,300	
6	\$43,150	\$64,725	\$75,513	\$86,300	
7	\$48,650	\$72,975	\$85,138	\$97,300	
8	\$54,150	\$81,225	\$94,763	\$108,300	
Responsabilidad del paciente:	Cargo nominal (\$15)	\$30	\$40	\$50	Depósito inicial de \$100 pagadero al momento del servicio

***CrescentCare brinda servicios a los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Se prevé que el pago se efectúe al momento del servicio. Hable con un miembro de nuestro personal para obtener información más detallada y para inscribirse en el seguro.***

Enero de 2025

<b>Pautas Federales de Pobreza 2025 y descuento en la escala de pagos para servicios dentales de CrescentCare</b>				
<b>Personas en el grupo familiar*</b>	<b>Grupo A Ingreso familiar anual: al 100 % o menos del FPL</b>	<b>Grupo B Ingreso familiar anual: del 101 % hasta el 150 % del FPL</b>	<b>Grupo C Ingreso familiar anual: del 151 % hasta el 175 % del FPL</b>	<b>Grupo D Ingreso familiar anual: del 176 % hasta el 200 % del FPL</b>
1	\$15,650	\$23,475	\$27,388	\$31,300
2	\$21,150	\$31,725	\$37,013	\$42,300
3	\$26,650	\$39,975	\$46,638	\$53,300
4	\$32,150	\$48,225	\$56,263	\$64,300
5	\$37,650	\$56,475	\$65,888	\$75,300
6	\$43,150	\$64,725	\$75,513	\$86,300
7	\$48,650	\$72,975	\$85,138	\$97,300
8	\$54,150	\$81,225	\$94,763	\$108,300
<b>Descuento aplicado</b>	<b>100 %</b>			
<b>Responsabilidad del paciente: Atención preventiva</b>	<i>Tarifa nominal para prevención dental (\$45)</i>	\$55	\$65	\$75
<b>Responsabilidad del paciente: Guardias de noche</b>	<i>Tarifa nominal (\$179)</i>	\$180	\$200	\$215
<b>Responsabilidad del paciente: Prótesis dental fija</b>	<i>Tarifa nominal para prótesis dental fija (\$400)</i>	\$450	\$500	\$600
<b>Responsabilidad del paciente: Prótesis dental removible</b>	<i>Tarifa nominal para prótesis dental removible (\$500)</i>	\$550	\$600	\$650

*CrescentCare brinda servicios a los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Se prevé que el pago se efectúe al momento del servicio. Hable con un miembro de nuestro personal para obtener información más detallada y para inscribirse en el seguro.*