

**Affinity Health Center 2025**  
**Lista de Precio de Descuento para Pacientes del Centro de Salud Comunitario**  
**Servicios no serán negados por la incapacidad de pagar.**

Numero de Ocupantes de casa	Anual En o debajo 100%	Nivel 1 - Ingreso Anual 101% - 125% Nivel de Pobreza	Nivel 2 - Ingreso Anual 126% - 150% Nivel de Pobreza	Nivel 3 - Ingreso Anual 151% - 175% Nivel de Pobreza	Nivel 4 - Ingreso Anual 176% - 200% Nivel de Pobreza	Nivel 5 - Ingreso Anual Sobre 200% Nivel de Pobreza
	Tarifa Nominal en Sitio \$10.00/ Servicios Referidos Varean por Servicio*	Tarifa Nominal en Sitio \$15.00/ Servicios Referidos de Descuento del proveedor de Referencia	Tarifa Nominal en Sitio \$20.00/ Servicios Referidos de Descuento del proveedor de Referencia	Tarifa Nominal en Sitio \$35.00/ Servicios Referidos de Descuento del proveedor de Referencia	Tarifa Nominal en Sitio \$45.00/ Servicios Referidos de Descuento del proveedor de Referencia	Paciente Paga 100%
1	\$15,650	\$15,651 - \$19,563	\$19,564 - \$23,475	\$23,476 - \$27,388	\$27,389 - \$31,300	\$31,301
2	\$21,150	\$21,151 - \$26,438	\$26,439 - \$31,725	\$31,726 - \$37,013	\$37,014 - \$42,300	\$42,301
3	\$26,650	\$26,651 - \$33,313	\$33,314 - \$39,975	\$39,976 - \$46,638	\$46,639 - \$53,300	\$53,301
4	\$32,150	\$32,151 - \$40,188	\$40,189 - \$48,225	\$48,226 - \$56,263	\$56,264 - \$64,300	\$64,301
5	\$37,650	\$37,651 - \$47,063	\$47,064 - \$56,475	\$56,476 - \$65,888	\$65,889 - \$75,300	\$75,301
6	\$43,150	\$43,151 - \$53,938	\$53,939 - \$64,725	\$64,726 - \$75,513	\$75,514 - \$86,300	\$86,301
7	\$48,650	\$48,651 - \$60,813	\$60,814 - \$72,975	\$72,976 - \$85,138	\$85,139 - \$97,300	\$97,301
8	\$54,150	\$54,151 - \$67,688	\$67,689 - \$81,225	\$81,226 - \$94,763	\$94,764 - \$108,300	\$108,301

Numero de Ocupantes de la Casa	Guía Mensual	Nivel 1 - Ingreso Mensual 101% - 125% Nivel de Pobreza	Nivel 2 - Ingreso Mensual 126% - 150% Nivel de Pobreza	Nivel 3 - Ingreso Mensual 151% - 175% Nivel de Pobreza	Nivel 4 - Ingreso Mensual 176% - 200% Nivel de Pobreza	Nivel 5 - Ingreso Mensual Sobre 200% Nivel de Pobreza
	Tarifa Nominal en Sitio \$10.00/ Servicios Referidos Varean por Servicio*	Tarifa Nominal en Sitio \$15.00/ Servicios Referidos de Descuento del proveedor de Referencia	Tarifa Nominal en Sitio \$20.00/ Servicios Referidos de Descuento del proveedor de Referencia	Tarifa Nominal en Sitio \$35.00/ Servicios Referidos de Descuento del proveedor de Referencia	Tarifa Nominal en Sitio \$45.00/ Servicios Referidos de Descuento del proveedor de Referencia	Paciente Paga 100%
1	\$1,304.17	\$1,304.18 - \$1,630.21	\$1,630.22 - \$1,956.25	\$1,956.26 - \$2,282.29	\$2,282.30 - \$2,608.33	\$2,608.34
2	\$1,762.50	\$1,762.51 - \$2,203.13	\$2,203.14 - \$2,643.75	\$2,643.76 - \$3,084.38	\$3,084.39 - \$3,525.00	\$3,525.01
3	\$2,220.83	\$2,220.84 - \$2,776.04	\$2,776.05 - \$3,331.25	\$3,331.26 - \$3,886.46	\$3,886.47 - \$4,441.67	\$4,441.68
4	\$2,679.17	\$2,679.18 - \$3,348.96	\$3,348.97 - \$4,018.75	\$4,018.76 - \$4,688.54	\$4,688.55 - \$5,358.33	\$5,358.34
5	\$3,137.50	\$3,137.51 - \$3,921.88	\$3,921.89 - \$4,706.25	\$4,706.26 - \$5,490.63	\$5,490.64 - \$6,275.00	\$6,275.01
6	\$3,595.83	\$3,595.84 - \$4,494.79	\$4,494.80 - \$5,393.75	\$5,393.76 - \$6,292.71	\$6,292.72 - \$7,191.67	\$7,191.68
7	\$4,054.17	\$4,054.18 - \$5,067.71	\$5,067.72 - \$6,081.25	\$6,081.26 - \$7,094.79	\$7,094.80 - \$8,108.33	\$8,108.34
8	\$4,512.50	\$4,512.51 - \$5,640.63	\$5,640.64 - \$6,768.75	\$6,768.76 - \$7,896.88	\$7,896.89 - \$9,025.00	\$9,025.01

**Servicios Referidos:** Cinta Simple Radiología = de acuerdo al precio de descuento del proveedor de referencia; cuidado OBGYN = De acuerdo al precio de descuento del proveedor de referencia.

**Ingreso Incluye:** ganancias, compensación de desempleo, compensación laboral, seguro Social, ingreso suplementario de seguro, asistencia publica, pago de veteranos, beneficio de sobreviviente, pensión o ingresos de jubilación, interés, dividendo, rentas, regalías, ingresos de fincas, fideicomiso, asistencia educacional, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia de fuera de la casa, y otras varias fuentes.

\*\* Beneficios no en efectivo (como estampillas de comida y subsidio de vivienda) **no cuentan**.

\*\* Calculaciones son antes de impuestos.

\*\* Excluye ganancias o pérdidas de capital.

\*\*\* Basado en la Guía Federal de Pobreza 2025. Miembros adicionales de la casa están calculados a \$5,500 por persona.

\*\*\* Los con-pagos están asignados para incluir cuidado primario, consejería de salud mental, cuidado dental en sitio, y consejería nutricional. No se cobran con-pagos para laboratorio, lecturas del PPD, servicios de apoyo, o servicios preventivos. Cargos de servicios referidos son para servicios requeridos de acuerdo por escrito al igual que servicios no requeridos cuando sea aplicable.

\*\*\* Cual quier paciente que retenqa verificación de ingresos serán cobrados la cantidad completa.