2026 Plan del Buen Samaritano (GSP)

Tabla de Descuento de la Tarifa Variable

Cooperative Health ofrece asistencia financiera a los pacientes y a los miembros de la familia que califiquen para consultas y/o servicios brindados en cualquiera de nuestras ubicaciones.

Calificar es tan fácil como 1, 2, 3, revise la tabla a continuación para ver si califica…

Encuentre su tamaño familiar y el ingreso anual en la table de abajo.

Paso 1 Circule su tamaño familiar

Paso 2 Circule el Nivel A, B, C o D que corresponda a su nivel de ingresos. El ingreso total debe ser igual o inferior a la cantidad indicada.

Family Size	GSP LEVEL A	GSP LEVEL B	GSP LEVEL C	GSP LEVEL D
1	$0.00 - $15,650.00	$15,650.01 - $20,814.50	$20,814.51 - $25,979.00	$25,979.01 - $31,300.00
2	$0.00 - $21,150.00	$21,150.01 - $28,129.50	$28,129.51 - $35,109.00	$35,109.01 - $42,300.00
3	$0.00 - $26,650.00	$26,650.01 - $35,444.50	$35,444.51 - $44,239.00	$44,239.01 - $53,300.00
4	$0.00 - $32,150.00	$32,150.01 - $42,759.50	$42,759.51 - $53,369.00	$53,369.01 - $64,300.00
5	$0.00 - $37,650.00	$37,650.01 - $50,074.50	$50,074.51 - $62,499.00	$62,499.01 - $75,300.00
6	$0.00 - $43,150.00	$43,150.01 - $57,389.50	$57,389.51 - $71,629.00	$71,629.01 - $86,300.00
7	$0.00 - $48,650.00	$48,650.01 - $64,704.50	$64,704.51 - $80,759.00	$80,759.01 - $97,300.00
8	$0.00 - $54,150.00	$54,150.01 - $72,019.50	$72,019.51 - $89,889.00	$89,889.01 - $108,300.00
Each additional person	$0.00 - $5,500.00	$5,500.01 - $7,315.00	$7,315.01 - $9,130.00	$9,130.01 - $11,000.00

Ejemplo: Número total de miembros en el hogar **3**, Total Ingreso Bruto Anual **$21,000** Nivel Aprobado= **Nivel A**

SERVICIOS MÉDICOS	Nivel A Tarifa minima	Nivel B	Nivel C	Nivel D
Atencion Médica Primaria/Clínica Ambulatoria Sabatina	$20	$35	$45	$55
Visita Ginecológica	$25	$35	$45	$55
Procedimiento Ginecológico en la oficina (por cita)	$50	50%	60%	70%
Visita para la Inyección Depo	$71	50%	60%	70%
Visita de Planificación LARC-Nexplanon	$1,016	50%	60%	70%
Visita de Planificación LARC-Lileta	$780	50%	60%	70%
Visita de Planificación LARC- Todas las demás DIU	$847	50%	60%	70%
Obstetricia Inicial (1-14 semanas)	$65	$70	$75	$80
Obstetricia Inicial (15-28 semanas)	$130	$140	$150	$160
Obstetricia Inicial (28> semanas)	$200	$220	$230	$240
Obstetricia Citas de Seguimiento	$35	$40	$45	$50
Obstetricia Pago del Parto	$950	$980	$990	$1000
Medicina Conductual Cita Inicial	$15	$20	$25	$30
Medicina Conductual Citas de Seguimiento	$5	$10	$12	$15
Podología Consulta	$30	$45	$55	$65
Podología Procedimeintos en la oficina	$30	50%	60%	70%
Ortopédico Consulta	$30	$40	$50	$60
Ortopédico Procedimientos, EMD, Inyecciones (por cita)	$30	50%	60%	70%
Diabetes Entrenamiento de Auto control **Individual (DSMT)** / Terapia Nutricional Médica (MNT)	$25	$35	$40	$45
Diabetes Entrenamiento de Auto control **Grupo (DSMT)**/ Terapia Nutricional Médica (MNT)	$5	$10	$12	$15
Servicios de Radiología (por cita)	$25	$30	$35	$40
Examen Físico DOT (Departamento de Transporte)	$32	$40	$48	$56
Dosis Regular para Adultos - Vacuna contra la Influenza (Vacuna contra la gripe)	$12	$15	$18	$21
Dosis Alta para Adultos - Vacuna contra la Influenza (Vacuna contra la gripe)	$28	$35	$42	$49
Vacuna antineumocócica para adultos	$20	$25	$30	$35
Vacuna para el COVID-19	$56	$70	$84	$98
SERVICIOS DENTALES				
Evaluación Inicial, Periódica y Comp (radigrafi`as incluidas)	$35	$45	$55	$65
Servicios Preventivos (por procedimiento)	$17	50%	60%	70%
Servicios Básicos (por procedimiento)	$48	50%	60%	70%
Servicios Mayores/Restaurativos (por procedimiento)	$258	50%	60%	70%
SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Procedimientos hospitalarios de Ginecología-**menor**	$134	50%	60%	70%
Procedimientos hospitalarios de Ginecología-**importante**	$500	50%	60%	70%
Procedimientos hospitalarios de podología	$55	50%	60%	70%
Services de Hospital General (por día)	$25	50%	60%	70%

Nota: Todos los análisis de laboratorio, evaluaciones de detección, electrocardiogramas, ultrasonidos y vacunas están incluidos en las tarifas con descuento mencionadas anteriormente.

LDG-rev 02/21/25