

# Escala Movil

Para los pacientes que no utilizan un seguro o un programa financiado por el estado como Medi-Cal o Family PACT, o un seguro comercial, PPOSBC ofrece una tarifa de escala móvil basada en el tamaño y los ingresos del hogar. Esto significa que paga lo que puede pagar. En final: Nadie será rechazado de recibir cuidado.

## Paso 1

Utilice la tabla a continuación para determinar dónde se encuentra en la escala móvil según el tamaño de su familia y ingresos mensuales del hogar. En la columna de la izquierda, busque la cantidad de personas que viven en el hogar con usted, incluidos adultos y niños. Luego, desplácese por la tabla para encontrar el ingreso familiar mensual total correcto. Esto debe incluir los ingresos obtenidos por un cónyuge o pareja con quien vive. Redondee al dólar más cercano. Tenga en cuenta en qué grupo lo coloca y luego pase al siguiente cuadro a continuación.

**INGRESO MENSUAL POR TAMAÑO DE FAMILIA**

# de personas en el hogar	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
1	\$0 - \$429	\$430 - \$858	\$859 - \$1,288	\$1,289 - \$1,717	\$1,718+
2	\$0 - \$580	\$581 - \$1,161	\$1,162 - \$1,741	\$1,742 - \$2,322	\$2,323+
3	\$0 - \$732	\$733 - \$1,464	\$1,465 - \$2,196	\$2,197 - \$2,928	\$2,929+
4	\$0 - \$833	\$834 - \$1,766	\$1,767 - \$2,650	\$2,651 - \$3,533	\$3,534+
5	\$0 - \$1,034	\$1,035 - \$2,069	\$2,070 - \$3,130	\$3,131 - \$4,138	\$4,139+
6	\$0 - \$1,186	\$1,187 - \$2,372	\$2,373 - \$3,558	\$3,559 - \$4,744	\$4,745+
7	\$0 - \$1,337	\$1,338 - \$2,674	\$2,675 - \$4,012	\$4,013 - \$5,349	\$6,687+
8	\$0 - \$1,488	\$1,489 - \$2,977	\$2,978 - \$4,465	\$4,466 - \$5,954	\$5,955+

\* Para unidades familiares con más de 8 miembros, agregue \$ 757.00 por el ingreso mensual de cada miembro adicional.

## Paso 2

Ahora que sabe en qué grupo pertenece, seleccione el servicio en el lado izquierdo del gráfico y iguale el precio a su grupo. Esta es una lista de nuestros servicios más populares y es solo para pacientes que no usan seguro o programas financiados por el estado para pagar los servicios. ¿No ve el servicio que está buscando o tiene alguna pregunta? Llame al (714) 922-4100 en el condado de Orange o al (909) 890-5511 en el condado de San Bernardino.

**Recuerde, a nadie se le negará a recibir atención debido a la imposibilidad de pagar los servicios.**

### SERVICIOS INTEGRADOS DE PPOBC PRECIOS EN EFECTIVO

Servicio	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
Aborto con medicamentos (píldora abortiva)	\$0	\$187	\$280	\$373	\$467
Aborto en el centro de salud (primer trimestre)	\$0	\$203	\$304	\$405	\$507
Aborto en el centro de salud (segundo trimestre)	\$0	\$309	\$464	\$617	\$771
Inserción de DIU	\$0	\$234	\$351	\$468	\$585
Extracción del DIU	\$0	\$80	\$120	\$159	\$199
Inserción/extracción del DIU el mismo día	\$0	\$296	\$444	\$591	\$739
Inserción de implantes	\$0	\$334	\$501	\$668	\$836
Extracción de implantes	\$0	\$74	\$111	\$148	\$186
Inserción/extracción del implante el mismo día	\$0	\$390	\$586	\$781	\$976
Inyección anticonceptiva depo (1 inyección)	\$0	\$68	\$102	\$136	\$171

## SERVICIOS INTEGRADOS DE PPOB PRECIOS EN EFECTIVO CONT.

Servicio	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
Anticoncepción de emergencia (1 pastilla)	\$0	\$58	\$87	\$115	\$144
Vacuna contra el VPH Gardasil (precio por inyección, se necesitan 3 en total)	\$0	\$201	\$301	\$401	\$501
Vacuna contra la influenza (1 inyección)	\$0	\$10	\$15	\$20	\$25
Pruebas de ITS con medicación	\$0	\$40	\$61	\$81	\$101
Colposcopia/LEEP	\$0	\$86	\$129	\$173	\$216
Embarazo ectópico (pérdida temprana del embarazo)	\$0	\$163	\$245	\$326	\$408
Puente del embarazo (1 visita)	\$0	\$163	\$245	\$326	\$408
Visita de bienestar (examen anual)	\$0	\$70	\$105	\$140	\$176
Control de infección	\$0	\$70	\$105	\$140	\$176
Vasectomía	\$0	\$215	\$323	\$431	\$539
Visita al consultorio (control de la natalidad, prueba de embarazo, prueba de ITS, asesoramiento, seguimiento)	\$0	\$54	\$81	\$108	\$136
Visita de Drive-Thru (control de la natalidad, prueba de embarazo, prueba de ITS, asesoramiento, seguimiento) No se incluyen laboratorios	\$0	\$24	\$36	\$38	\$60

## AGREGAR SERVICIOS

\* Estos son precios agregados si decide incluir algo además de los servicios para los que estaba programado.

Servicio	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
Pastillas anticonceptivas (cualquiera)	\$26	\$26	\$26	\$26	\$26
Parches anticonceptivos (3)	\$121	\$121	\$121	\$121	\$121
Condón (interno o externo)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Depo	\$35	\$35	\$35	\$35	\$35
Anticoncepción de emergencia	\$9	\$9	\$9	\$9	\$9
Gardasil (1 disparo)	\$366	\$366	\$366	\$366	\$366
DIU	\$454	\$454	\$454	\$454	\$454
Nexplanon (implante anticonceptivo)	\$700	\$700	\$700	\$700	\$700
NuvaRing (anillo)	\$9	\$9	\$9	\$9	\$9

Todas las tarifas están sujetas a cambios sin previo aviso por escrito. Llame para verificar las tarifas. Las tarifas cotizadas se basan en una tarifa en efectivo con descuento para los pacientes en efectivo que no tienen seguro. Los costos incluyen las tarifas de laboratorio, pero no los medicamentos.

No incluye todos los servicios ni todos los precios adicionales. Para obtener más información, llame al [\(714\) 922-4100](tel:7149224100) o [\(909\) 890-5511](tel:9098905511).