COMMUNITY HEALTH & DENTAL CARE

INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

Escala de descuento 2025

CATEGORÍA	ESCALA >	100%	125%	150%	175%	200%	200%
	NIVEL FEDERAL DE	0-100 %	101-125 %	126-150 %	151-175 %	176-200 %	200 % o más
	Servicios médicos, oftalmológicos, de salud conductual, podología, salud para la mujer, fisioterapia, centros de excelencia y tratamiento asistido con medicamentos	Tarifa nominal de $25	80 % de descuento (pago mínimo: $26.00)	60 % de descuento (pago mínimo: $26.00)	40 % de descuento (pago mínimo: $26.00)	20 % de descuento (pago mínimo: $26.00)	Sin descuento
	*Servicios especiales de salud para la mujer	Tarifa nominal de $25 + tarifa adicional por DIU	80 % de descuento (pago mínimo: $26.00)	60 % de descuento (pago mínimo: $26.00)	40 % de descuento (pago mínimo: $26.00)	20 % de descuento (pago mínimo: $26.00)	Sin descuento
	**Servicios oftalmológicos especiales ***No se aplica descuento en servicios relacionados con lentes de contacto	Tarifa nominal de $25 + $25 por armazón básico con lentes monofocales o bifocales + cargos adicionales por armazones que no sean básicos con lentes monofocales o bifocales	80 % de descuento (pago mínimo: $26.00) + cargos adicionales por armazones que no sean básicos con lentes monofocales o bifocales	60 % de descuento (pago mínimo: $26.00) + cargos adicionales por armazones que no sean básicos con lentes monofocales o bifocales	40 % de descuento (pago mínimo: $26.00) + cargos adicionales por armazones que no sean básicos con lentes monofocales o bifocales	20 % de descuento (pago mínimo: $26.00) + cargos adicionales por armazones que no sean básicos con lentes monofocales o bifocales	Sin descuento
	Servicios dentales	Tarifa nominal de $40	70 % de descuento (pago mínimo: $41.00)	55 % de descuento (pago mínimo: $41.00)	40 % de descuento (pago mínimo: $41.00)	25 % de descuento (pago mínimo: $41.00)	Sin descuento
	****Servicios dentales especiales.	Tarifa nominal de $40 + Tarifas adicionales por servicios de laboratorio	50 % de descuento (pago mínimo: $41.00)	45 % de descuento (pago mínimo: $41.00)	40 % de descuento (pago mínimo: $41.00)	25 % de descuento (pago mínimo: $41.00)	Sin descuento
TAMAÑO DE LA FAMILIA	Dispensario	Tarifa nominal de $7.00	80 % de descuento (pago mínimo: $8.00)	60 % de descuento (pago mínimo: $8.00)	40 % de descuento (pago mínimo: $8.00)	20 % de descuento (pago mínimo: $8.00)	Sin descuento
1	**Anual (hasta)**	**$15,650**	**$19,563**	**$23,475**	**$27,388**	**$31,300**	**$31,301**
	Mensual	$1,304	$1,630	$1,956	$2,282	$2,608	$2,608
	Semanal	$301	$376	$451	$527	$602	$602
	Por hora	$8	$9	$11	$13	$15	$15
2	**Anual**	**$21,150**	**$26,438**	**$31,725**	**$37,013**	**$42,300**	**$42,301**
	Mensual	$1,763	$2,203	$2,644	$3,084	$3,525	$3,525
	Semanal	$407	$508	$610	$712	$813	$813
	Por hora	$10	$13	$15	$18	$20	$20
3	**Anual**	**$26,650**	**$33,313**	**$39,975**	**$46,638**	**$53,300**	**$53,301**
	Mensual	$2,221	$2,776	$3,331	$3,886	$4,442	$4,442
	Semanal	$513	$641	$769	$897	$1,025	$1,025
	Por hora	$13	$16	$19	$22	$26	$26
4	**Anual**	**$32,150**	**$40,188**	**$48,225**	**$56,263**	**$64,300**	**$64,301**
	Mensual	$2,679	$3,349	$4,019	$4,689	$5,358	$5,358
	Semanal	$618	$773	$927	$1,082	$1,237	$1,237
	Por hora	$15	$19	$23	$27	$31	$31
5	**Anual**	**$37,650**	**$47,063**	**$56,475**	**$65,888**	**$75,300**	**$75,301**
	Mensual	$3,138	$3,922	$4,706	$5,491	$6,275	$6,275
	Semanal	$724	$905	$1,086	$1,267	$1,448	$1,448
	Por hora	$18	$23	$27	$32	$36	$36
6	**Anual**	**$43,150**	**$53,938**	**$64,725**	**$75,513**	**$86,300**	**$86,301**
	Mensual	$3,596	$4,495	$5,394	$6,293	$7,192	$7,192
	Semanal	$830	$1,037	$1,245	$1,452	$1,660	$1,660
	Por hora	$21	$26	$31	$36	$41	$41
7	**Anual**	**$48,650**	**$60,813**	**$72,975**	**$85,138**	**$97,300**	**$97,301**
	Mensual	$4,054	$5,068	$6,081	$7,095	$8,108	$8,108
	Semanal	$936	$1,169	$1,403	$1,637	$1,871	$1,871
	Por hora	$23	$29	$35	$41	$47	$47
8	**Anual**	**$54,150**	**$67,688**	**$81,225**	**$94,763**	**$108,300**	**$108,301**
	Mensual	$4,513	$5,641	$6,769	$7,897	$9,025	$9,025
	Semanal	$1,041	$1,302	$1,562	$1,822	$2,083	$2,083
	Por hora	$26	$33	$39	$46	$52	$52

PARA FAMILIAR DE MÁS DE OCHO PERSONAS, AGREGUE $5,500 AL INGRESO ANUAL POR CADA MIEMBRO ADICIONAL.

***Servicios especiales de salud para la mujer: DIU**

****Servicios oftalmológicos especiales: cargos adicionales por armazones que no sean básicos con lentes monofocales o bifocales**
*****No se aplica descuento en servicios relacionados con lentes de contacto**

Servicios dentales especiales: se aplican tarifas adicionales por servicios de laboratorio

Revisión en vigor a partir del 5-1-25