



# Esca la de Pago y Criterios de Elegibilidad Financiera

	Tarifa Nominal	Esca la de Pago - B	Esca la de Pago - C	Esca la de Pago - D	Esca la de Pago - E	Esca la de Pago - F
Medical	\$25	\$35	\$40	\$50	\$60	Sin Descuento
Dental	\$65	50% del Costo	60% del Costo	70% del Costo	80% del Costo	Sin Descuento
Paquete de Visión Único	\$50	\$54	\$56	\$59	\$61	Sin Descuento
Paquete Bifocal	\$57	\$60	\$62	\$65	\$68	Sin Descuento
Paquete Trifocal	\$78	\$81	\$85	\$88	\$92	Sin Descuent
Paquete de Progresivos	\$137	\$143	\$150	\$157	\$164	Sin Descuento
Tarifa de despache de la farmacia (NCS)	\$5	\$6	\$7	\$8	\$10	Sin Descuento
Tarifa de despache de la farmacia (CS)	\$30	\$35	\$40	\$45	\$50	Sin Descuento

Tamaño de la Familia	Menos del 100% de PFP* Ingreso Annual	>=100.01%-125% de PFP Ingreso Annual	>=125.01%-150% de PFP Ingreso Annual	>=150.01%-175% de PFP Ingreso Annual	>=175.01%-200% de PFP Ingreso Annual	>=200.01% de PFP Ingreso Annual
1	\$0 - \$15,960.00	\$15,960.01 - \$19,950.00	\$19,950.01 - \$23,940.00	\$23,940.01 - \$27,930.00	\$27,930.01 - \$31,920.00	\$31,920.01 - no limit
2	\$0 - \$21,640.00	\$21,640.01 - \$27,050.00	\$27,050.01 - \$32,460.00	\$32,460.01 - \$37,870.00	\$37,870.01 - \$43,280.00	\$43,280.01 - no limit
3	\$0 - \$27,320.00	\$27,320.01 - \$34,150.00	\$34,150.01 - \$40,980.00	\$40,980.01 - \$47,810.00	\$47,810.01 - \$54,640.00	\$54,640.01 - no limit
4	\$0 - \$33,000.00	\$33,000.01 - \$41,250.00	\$41,250.01 - \$49,500.00	\$49,500.01 - \$57,750.00	\$57,750.01 - \$66,000.00	\$66,000.01 - no limit
5	\$0 - \$38,680.00	\$38,680.01 - \$48,350.00	\$48,350.01 - \$58,020.00	\$58,020.01 - \$67,690.00	\$67,690.01 - \$77,360.00	\$77,360.01 - no limit
6	\$0 - \$44,360.00	\$44,360.01 - \$55,450.00	\$55,450.01 - \$66,540.00	\$66,540.01 - \$77,630.00	\$77,630.01 - \$88,720.00	\$88,720.01 - no limit
7	\$0 - \$50,040.00	\$50,040.01 - \$62,550.00	\$62,550.01 - \$75,060.00	\$75,060.01 - \$87,570.00	\$87,570.01 - \$100,080.00	\$100,080.01 - no limit
8	\$0 - \$55,720.00	\$55,720.01 - \$69,650.00	\$69,650.01 - \$83,580.00	\$83,580.01 - \$97,510.00	\$97,510.01 - \$111,440.00	\$111,440.01 - no limit
9	\$0 - \$61,400.00	\$61,400.01 - \$76,750.00	\$76,750.01 - \$92,100.00	\$92,100.01 - \$107,450.00	\$107,450.01 - \$122,800.00	\$122,800.01 - no limit
10	\$0 - \$67,080.00	\$67,080.01 - \$83,850.00	\$83,850.01 - \$100,620.00	\$100,620.01 - \$117,390.00	\$117,390.01 - \$134,160.00	\$134,160.01 - no limit
Cada adicional	\$5,680.00	\$7,100.00	\$8,520.00	\$9,940.00	\$11,360.00	\$0.00

**Tiempo de esca la de pago**  
 Con prueba de ingreso: 1 año  
 Sin prueba de ingreso: 1 mes

A menos que los servicios estén cubiertos por una categoría específica indicada anteriormente, su costo pasará de forma predeterminada a la categoría "Médica"  
 Descuento for pago puntual - \$5.00  
 No hay descuento por pago puntual para los paquetes de anteojos

\*Pautas federales de pobreza (PFP) publicadas en el Registro Federal a partir del 13 de enero del 2026