

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17

NORTH SUFFOLK MENTAL HEALTH ASSOCIATION, INC.
Política y Procedimiento

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifa	<u>Fecha original:</u> 1/19/2007
<u>Número de póliza:</u>FIN 17	<u>Revisión actual:</u> 04/13/2022
<u>Preparado por:</u> Judi Lemoine, R. N., Chief Operating Officer, Sandra Heath, Director of Compliance and Quality Management	<u>Número de revisión:</u> 5
<u>Aprobado por:</u> Jackie K. Moore, Ph. D., Chief Executive Officer	<u>Fecha efectiva:</u> 2/1/ 2013

A. DECLARACIÓN Y PROPÓSITO DE LA POLÍTICA:

Los requisitos federales prescriben que se utilice un programa de tarifas variables/con descuento determinado localmente para todos los clientes que buscan servicios y que los servicios se brinden sin tarifa o con una tarifa nominal según lo determine el proveedor. Dicho programa de tarifas aborda cómo cobrar equitativamente a los clientes por los servicios prestados. Las tarifas con descuento/móviles están disponibles para los clientes que cumplen con las pautas de ingresos y tamaño de la familia. Si es necesario, los clientes recibirán asistencia con el proceso de solicitud. Las tarifas de la escala móvil se basan en las pautas federales de pobreza actuales; la elegibilidad del cliente está determinada por el ingreso anual y el tamaño de la familia. Como tales, estos cronogramas se establecen para garantizar que se aplique de manera uniforme y consistente un cargo no discriminatorio, uniforme y razonable. Esto se hace mediante el descuento de la tarifa habitual y habitual para los servicios en función de los ingresos y el tamaño de la familia utilizando los Estándares de ingresos de MassHealth y las Pautas del nivel de pobreza federal; consulte el Anexo (4). La facturación de la cobertura de terceros, es decir, Medicare, Medicaid, compañías de seguros privadas, etc. se establece en el cargo completo habitual y habitual.

Los honorarios de los clientes se definen como:

- tarifas cobradas por servicios para clientes que no tienen seguro (incluidos Medicaid o Medicare o acceso a otros fondos de pagador de último recurso financiados por el estado);
-
- copagos y deducibles requeridos por Medicare o un seguro privado;
-
- Honorarios por agotamiento de las prestaciones del seguro que hayan sido fijados y acordados a pagar por el cliente o responsable de acuerdo a la escala de honorarios de la Agencia.
-

Para garantizar que la Agencia planifique y realice todas las evaluaciones financieras de los clientes de manera adecuada y justa, NSMHA cumplirá con todas las leyes y reglamentos pertinentes, que incluyen:

- • Política de pagador de último recurso del Departamento de Salud Pública (DPH)/Oficina de Servicios de Abuso de Sustancias (BSAS) (vigente a partir del 1 de julio de 2010)
- • Capítulo 58 de las Leyes de 2006: "Una ley que brinda acceso a atención médica asequible, de calidad y responsable"
- • Regulación de Massachusetts 114.3 CMR 46.00 Tarifas para ciertos programas de abuso de

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17
sustancias

•

B. ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los programas de servicio de Atención Ambulatoria y departamentos de servicio (Registros y Recepción, Cuentas por Cobrar) de la Agencia, a todas las personas y comunidades atendidas por esos programas, y a todo el personal, empleados contratados y voluntarios que trabajan en esos programas.

C. ADMINISTRACIÓN:

Esta política y los procedimientos que la acompañan son implementados por Gerentes Senior Ambulatorios (Directores de Programa) y Gerentes de Operaciones Financieras bajo la dirección del Director Ejecutivo y el Director de Operaciones.

D. PROCEDIMIENTO:

Esta Política de evaluación financiera del cliente está diseñada para todos los clientes, incluidos los clientes sin seguro (sin Medicaid o Medicare o acceso a otros fondos de pagador de último recurso financiados por el estado); copagos y/o deducibles requeridos por Medicare o seguro privado; cualquier cargo debido al agotamiento de los beneficios del seguro que haya sido establecido y acordado pagar por el cliente o la parte responsable de acuerdo con el cronograma de pago privado de la Agencia. Cuando otro adulto se define como la "parte responsable" de las obligaciones financieras, esta política y procedimiento se refiere a la parte responsable donde indica "cliente".

La cobertura de seguro, el método de pago y la parte responsable del pago de deducibles, copagos y/o tarifas privadas y los montos de los pagos se determinan antes de la visita de evaluación inicial de cada cliente. Esta información es recopilada por Central Intake. Si el cliente está buscando tratamiento por uso de sustancias, abuso o adicción y es residente de Massachusetts, el personal de admisión en colaboración con el personal de cuentas por cobrar llevará a cabo un Anexo de evaluación financiera del cliente de la agencia (1) y se utiliza el contrato DPH/BSAS, se aplica un copago. se evalúa según el tamaño de la familia y los ingresos mediante el Anexo (4) de las Pautas federales de pobreza y los Estándares de ingresos de MassHealth y el Anexo (2) de las tarifas correspondientes. El cliente debe proporcionar la documentación de ingresos familiares al personal de admisión o de recepción. Las fuentes aceptables de documentación de ingresos familiares son, entre otras, las siguientes: 1 mes de talón de salario, 1 mes de talón de cheque de desempleo, 1 mes de talón de cheque del seguro social y 1 mes de cheque de discapacidad, copia del aviso de bancarrota o un carta (firmada por el cliente y preferiblemente notariada) citando que el cliente y su cónyuge no tienen ingresos. La copia de la declaración de la renta no puede ser utilizada exclusivamente, ya que representa ingresos del año anterior y no información actual; sin embargo, puede usarse para proporcionar prueba del número de dependientes. El cliente debe proporcionar un comprobante de domicilio con una copia de una factura de servicios públicos reciente (de los últimos 2 meses). La evaluación financiera del cliente se revisa cada 90 días para determinar los cambios en el estado fiscal o de ingresos junto con los planes individuales actualizados de tratamiento/recuperación.

Si el cliente tiene un diagnóstico de salud mental y no tiene seguro, el cliente completará el Anexo del formulario de evaluación financiera del cliente (1) con el personal de admisión o de recepción para determinar la elegibilidad financiera para la tarifa con descuento. A los clientes se les cobra en función de los ingresos utilizando los Estándares de ingresos de Masshealth y las Pautas federales de pobreza en el Anexo (4) y las tarifas correspondientes enumeradas en el Anexo (3). La tarifa con descuento/móvil se aplica por igual, de manera constante y continua a todos los destinatarios de cada lugar de servicio, sin importar el médico en particular que

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17

los trate. Todos los clientes potenciales son vistos y/o examinados independientemente de su capacidad de pago, ya ningún cliente se le niegan los servicios debido a la incapacidad de pago. La elegibilidad se determina para cada cliente de la clínica independientemente del sitio/ubicación. El aviso/información de elegibilidad se mostrará apropiadamente en cada sitio de la clínica. Los clientes que se encuentran por debajo del 100 % de los estándares de ingresos de Masshealth pueden ser elegibles para servicios a través de contratos adicionales o financiamiento de subvenciones.

Además de la evaluación financiera y la determinación de la tarifa del cliente, el personal de la clínica brindará al cliente la información necesaria para ayudarlo a completar la inscripción en la cobertura de seguro elegible y se brindará asistencia con el proceso de solicitud cuando sea necesario.

Si un cliente comienza el tratamiento con un pagador de seguro identificado (o Medicaid, Medicare, un seguro privado o un pagador estatal), pero el pagador interrumpe el pago por cualquier motivo, el Departamento de Cuentas por Cobrar notifica al personal de recepción, quien a su vez notifica al cliente y al médico. (toda la comunicación por correo electrónico para conservar un registro). Si el cliente y el médico acuerdan, en colaboración con el Gerente Clínico, que se necesita más tratamiento, el médico notifica al personal de recepción, el personal de recepción revisa el programa de tarifas de pago privado con el cliente y el cliente firma un acuerdo de pago. Si el cliente indica que no puede pagar, la documentación de ingresos necesaria se envía al personal de Cuentas por cobrar, se completa una Evaluación financiera del cliente de la agencia, como se indicó anteriormente, y se establece un plan de pago, en el que las tarifas establecidas se pagan en un precio que el cliente puede pagar.

Si un cliente no ha pagado su copago, deducible o tarifa de pago privado en su totalidad por dos visitas, o su tarifa de pago privado en su totalidad en la primera visita, el personal de recepción entrevista al cliente y determina el motivo de el incumplimiento del cliente. El personal de recepción informa al médico si el cliente no proporciona la documentación de ingresos adecuada antes de su próxima cita. El personal de recepción también informa al médico si el cliente se niega a pagar los copagos, los deducibles y las tarifas de pago privado aprobadas por motivos no relacionados con la capacidad financiera.

Las tarifas de pago privado, los copagos y los deducibles no se pueden renunciar. Se puede desarrollar un plan de pago para permitir que el cliente continúe con el tratamiento. El personal del Departamento AR se comunica con el cliente y elabora un plan de pago para el deducible y las tarifas de pago privado. El cliente debe aceptar el plan de pago y firmar el Formulario de evaluación financiera del cliente.

Si el cliente se niega a firmar un plan de pago o no cumple con el pago de copagos, deducibles y tarifas de pago privado después de la ejecución del plan de pago, el personal de recepción notifica al médico tratante, al Gerente Clínico y al AR por correo electrónico.

Cualquier cambio significativo que ocurra en el estado clínico o financiero del cliente se comunica a las partes correspondientes y la evaluación de la tarifa se modifica en consecuencia utilizando la escala móvil de tarifas.

E. DISTRIBUCIÓN:

Este procedimiento de política se encuentra en la intranet de NSMHA y se distribuye a todos los gerentes sénior, gerente de oficina de sitios múltiples/gerente de oficina de FTC y personal responsable de los programas de

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17
atención ambulatoria

F. REVISIONES Y REVISIONES:

Las revisiones se llevan a cabo anualmente, como se indicó anteriormente, bajo la dirección del CEO y el Equipo Ejecutivo.

G. POLÍTICAS RELEVANTES DE REFERENCIA CRUZADA:

H. ARCHIVOS ADJUNTOS:

Formulario de evaluación financiera del cliente

Escala móvil de tarifas DPH (BSAS)

Escala móvil de tarifas de pago privado

Normas de ingresos de Masshealth y pautas federales de pobreza (tamaño de la familia y escala de ingresos)

NSMHA Aprobaciones:	<u>SIGNATURE</u>	<u>DATE</u>
<u>PERSONAL</u>		
1. Aprobada por la CEO / Designada		
2. Subido al Portal de la Junta Directiva		
3. Aprobado por la Junta Directiva en su caso		

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17

ADJUNTO ARCHIVO #1

Formulario de evaluación/solicitud financiera del cliente

La intención de NSMHA es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago de la persona. El programa de tarifas se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento se aplicará a todos los servicios que se reciban en esta clínica, pero no a los servicios que se compren en el exterior, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y otros servicios similares. Con la esperanza de que su situación financiera mejore, los descuentos se aplican solo a los servicios actuales, no a los futuros. Este formulario será evaluado como mínimo cada 90 días. Por favor, pregunte en la recepción si tiene preguntas.

Preparado por la gerente de oficina:

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ **Numero de cliente:**

LOCALIZACIÓN: _____ **PROGRAMA:** _____

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS: _____ **Talones de salario de un mes de salario**

(Cliente y cónyuge, si corresponde) _____ **Talones de cheques de desempleo de un mes**

_____ **Talón de cheque del Seguro Social de un mes**

_____ **Talón de cheque de discapacidad de un mes**

_____ **Aviso de bancarrota**

_____ **Carta del cliente**

_____ **Declaración de Renta **Año _____**
(Solo para documentación de dependientes)

INGRESOS DEL CÓNYUGE: _____ **Sí**
_____ **No** **NÚMERO DE DEPENDIENTES:** _____

PRUEBA DE DOMICILIO: _____ **Recibido**

DIRECCIÓN DEL CLIENTE: _____

TELÉFONO: _____

(No es un apartado de correos)

COPIA AL CLÍNICO(por favor indique el nombre del médico):

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17

APROBADO POR: _____ **IMPORTE DEL PLAN DE PAGO: \$** _____
(Gerente de oficina) (Ver cronograma del plan de pagos)

.....
COMPLETADO POR EL CLIENTE:

Yo, _____, habiendo proporcionado documentación precisa de ingresos y confirmación de dirección, acepto el plan de pago aprobado que se desarrolló para el pago de mis copagos, deducibles y tarifas evaluadas aprobadas. Acepto pagar el monto del plan de pago de \$ _____ en el momento de la visita. Entiendo que la falta de pago de este monto del plan de pago podría resultar en la terminación del tratamiento por parte de mi médico.

FIRMA DEL CLIENTE: _____

FECHA: _____

ADJUNTO ARCHIVO #2

Escala móvil de tarifas para clientes con contrato DPH/BSAS

Tenga en cuenta que la diferencia entre la escala de tarifas y la escala de tarifas que establece las tarifas de comisión para el asesoramiento individual y grupal se facturan al Departamento de Contratos de Salud Pública según lo indica la Política de Pagador de Último Recurso. La tarifa de DPH individual es de \$74,84 por hora clínica y \$33,66 por sesión grupal. DPH NO se facturará a la tarifa habitual de NSMHA, solo hasta las tarifas de la Comisión de fijación de tarifas. Los clientes cuyos ingresos los ubican en o por encima de la tasa de comisión de fijación de tarifas no son elegibles para el subsidio DPH.

Tarifas basadas en los estándares de ingresos de Masshealth y las pautas federales de pobreza	EVALUACIÓN SUBVENCIONADA Y TRATO INDIVIDUAL (Por Hora Clínica)	TRATAMIENTO COLECTIVO SUBVENCIONADO (Cargo si por unidad de grupo: 1,5 horas)
Menos del 100% del nivel de pobreza	\$5.00	\$2.50
100% del nivel de pobreza	\$10.00	\$5.00
100-200% del nivel de pobreza	\$25.00	\$12.50
200-300% del nivel de pobreza	\$40.00	\$20.00
300-400% del nivel de pobreza	60	30
Más del 400% del nivel de pobreza	74.84	33.66

ATTACHMENT #2		
Sliding Fee Scale for DPH/BSAS Contract Clients		
<p>Please note that the difference between the fee scale and the rate scale setting commission rates for individual and group counseling are billed to the Department of Public Health Contracts as indicated by the Payor of Last Resort Policy. The DPH rate for individual is \$74.84 per clinical hour and \$33.66 per group session. DPH WILL NOT be billed at NSMHA’s customary rate, only up to Rate Setting Commission rates. Clients whose income places them at/above the rate setting commission rate are not eligible for DPH subsidy.</p>		
Fees Based on Masshealth Income Standards and Federal Poverty Guidelines	SUBSIDIZED EVALUATION AND INDIVIDUAL TREATMENT (Per Clinical Hour)	SUBSIDIZED GROUP TREATMENT (Charge if per Group Unit: 1.5 hour)
Less than 100% of Poverty Level	\$5.00	\$2.50
100% of Poverty Level	\$10.00	\$5.00
100-200% of Poverty Level	\$25.00	\$12.50
200-300% of Poverty Level	\$40.00	\$20.00
300-400% of Poverty Level	60	30
Over 400% of Poverty Level	74.84	33.66

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17

ADJUNTO ARCHIVO 3								
Escala móvil de tarifas de pago privado								
Plan de pago de tarifas de pago privado para los servicios enumerados. La elegibilidad requiere que se complete la evaluación financiera								
Los clientes que se encuentran por debajo del 100% de los estándares de ingresos de Masshealth pueden ser elegibles para servicios a través de contratos adicionales o financiamiento de subvenciones.								
Fuente de pago interna #				8004	8005	8006	8007	8008
Tipo de servicio	Código de servicio	Descripción	Tarifa Usual y A acostumbrada	En o menos del 100% de las pautas del nivel de pobreza de Masshealth	100-200% de las pautas del nivel de pobreza de Masshealth Fed Tarifa nominal	200-300% de las pautas del nivel federal de pobreza de Masshealth Tarifa U&C Descuento 50%	300%-400% de las pautas del nivel federal de pobreza de Masshealth Tarifa U&C Descuento 40%	Más del 400 % del nivel de pobreza de Masshealth Tarifa de pago privado Tarifa U&C Descuento 30%
Servicios de Diagnóstico								
	DE	Entrevista de diagnóstico psiquiátrico (mayores de 21 años)	\$210.00	Sin cargo	\$51.00	\$105.00	\$126.00	\$147.00
Servicios de terapia								
Terapia Individual	IT30	Resumen de terapia individual 18-37 min.	\$90.00	Sin cargo	\$32.00	\$45.00	\$54.00	\$63.00
	IT45	Terapia individual 38-62 min.	\$126.00	Sin cargo	\$32.00	\$62.50	\$75.00	\$87.50
	IT60	Terapia individual Extendida 63-80 mins.	\$185.00	Sin cargo	\$32.00	\$82.50	\$99.00	\$115.50
Servicios de consulta								
	CC	Consulta de casos por 16 minutos	\$75.00	Sin cargo	\$12.00	\$37.50	\$45.00	\$52.50
	FC	Consulta Familiar -Por 16 mins	\$47.00	Sin cargo	\$12.00	\$23.50	\$28.20	\$32.90
	CC1	Contacto colateral: por 16 minutos	\$27.00	Sin cargo	\$12.00	\$13.50	\$16.20	\$18.90
	BC60	Consulta puente para pacientes hospitalizados	\$200.00	Sin cargo	\$50.00	\$100.00	\$120.00	\$140.00
Terapia Familiar/Grupo								
	FT	Terapia familiar (Incluye parejas)	\$160.00	Sin cargo	\$36.00	\$75.00	\$90.00	\$105.00
	FTWO	Terapia familiar sin cliente	\$140.00	Sin cargo	\$36.00	\$70.00	\$84.00	\$98.00
	GT	Terapia de grupo	\$80.00	Sin cargo	\$17.00	\$30.00	\$36.00	\$42.00
	GT90	Terapia de grupo	\$75.00	Sin cargo	\$17.00	\$37.50	\$45.00	\$52.50
Servicios de soporte de recuperación								
	RC	Servicios de entrenador de recuperación por 16 minutos	\$18.99	Sin cargo	\$5.00	\$8.48	\$10.18	\$11.87
	RSN	Servicios de Recovery Support Navigator por 16 minutos	\$18.99	Sin cargo	\$5.00	\$8.48	\$10.18	\$11.87
Evaluación y manejo								
Visita de nuevo cliente		ESM 30- 60 Minutos Nuevo Cliente	\$225	Sin cargo	\$56.00	\$112.50	\$135.00	\$157.50
Visita de cliente establecida		Servicios ESM Todos los códigos de servicio	\$180.00	Sin cargo	\$40.00	\$80.00	\$96.00	\$112.00
Servicios de medicamentos								
	IMI	Inyección intramuscular	\$30.00	Sin cargo	\$8.00	\$15.00	\$18.00	\$21.00
Tratamiento de día psiquiátrico								
	DYSO	Tratamiento Psiquiátrico Diurno Por hora	\$20.00	Sin cargo	\$5.00	\$10.00	\$12.00	\$14.00
	SOAP	Adulto "SOAP Motivacional" Por 3.5 horas	\$175.00	Sin cargo	\$44.00	\$87.50	\$105.00	\$122.50
	DYFA	Día Tratamiento Preingreso Evaluación Por Hora	\$40.00	Sin cargo	\$10.00	\$20.00	\$24.00	\$28.00
Servicios de emergencia								
	UC	Servicios Urgentes para Pacientes Ambulatorios/ Psicoterapia para Crisis	\$171.19	Sin cargo	\$43.00	\$85.57	\$102.68	\$119.79
Servicios Telefónicos								
	NPPE	EVALUACION DE TELÉFONO NO PHY 6-10 minutos	\$20.00	Sin cargo	\$8.00	\$10.00	\$12.00	\$14.00
	NPP2	EVALUACION DE TELÉFONO NO PHY 11-20 Minutos	\$35.00	Sin cargo	\$8.00	\$17.50	\$21.00	\$24.50
	NPP3	EVALUACION DE TELÉFONO NO PHY 21-30 minutos	\$45.00	Sin cargo	\$8.00	\$22.50	\$27.00	\$31.50
	PHPE	EVALUACIÓN TELEFÓNICA PHY/PROF 6-10 Minutos	\$100.00	Sin cargo	\$40.00	\$50.00	\$60.00	\$70.00
	PPE2	EVALUACIÓN TELEFÓNICA PHY/PROF 11-20 Minutos	\$145.00	Sin cargo	\$40.00	\$72.50	\$87.00	\$101.50
	PPE3	EVALUACIÓN TELEFÓNICA PHY/PROF 21-30 Minutos	\$180.00	Sin cargo	\$40.00	\$90.00	\$108.00	\$126.00

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17

ATTACHMENT 3								
Private Pay Sliding Fee Scale								
Private Pay Fee Payment Plan for Services Listed. Eligibility Requires Financial Assessment be completed								
Clients that fall below 100% of the Masshealth Income Standards may be eligible for services through additional contracts or grant funding.								
Internal Payscale #				8004	8005	8006	8007	8008
Service Type	Service Code	Description	Usual & Customary Rate	At or lower than 100% of Masshealth Poverty Level Guidelines	100-200% of Masshealth Fed Poverty Level Guidelines Nominal Fee	200-300% of Masshealth Federal Poverty Level Guidelines U&C Rate Discount 50%	300%-400% of Masshealth Federal Poverty Level Guidelines U&C Rate Discount 40%	Over 400% of Masshealth Poverty Level Private Pay Fee U&C Rate Discount 30%
Diagnostic Services								
	DE	Psychiatric Diagnostic Interview (age 21 and over)	\$210.00	No Fee	\$51.00	\$105.00	\$126.00	\$147.00
Therapy Services								
Individual Therapy	IT30	Individual Therapy Brief 16-37 mins.	\$90.00	No Fee	\$32.00	\$45.00	\$54.00	\$63.00
	IT45	Individual Therapy 38-52 mins.	\$125.00	No Fee	\$32.00	\$62.50	\$75.00	\$87.50
	IT60	Individual Therapy Extended 53-60 mins.	\$165.00	No Fee	\$32.00	\$82.50	\$99.00	\$115.50
Consultation Services								
	CC	Case Consultation Per 15 mins	\$75.00	No Fee	\$12.00	\$37.50	\$45.00	\$52.50
	FC	Family Consultation -Per 15 mins	\$47.00	No Fee	\$12.00	\$23.50	\$28.20	\$32.90
	CC1	Collateral Contact- Per 15 mins	\$27.00	No Fee	\$12.00	\$13.50	\$16.20	\$18.90
	BC60	Inpatient Bridge Consult	\$200.00	No Fee	\$50.00	\$100.00	\$120.00	\$140.00
Family/Group Therapy								
	FT	Family Therapy (includes couples)	\$150.00	No Fee	\$36.00	\$75.00	\$90.00	\$105.00
	FTWO	Client	\$140.00	No Fee	\$36.00	\$70.00	\$84.00	\$98.00
	GT	Group Therapy	\$60.00	No Fee	\$17.00	\$30.00	\$36.00	\$42.00
	GT90	Group Therapy	\$75.00	No Fee	\$17.00	\$37.50	\$45.00	\$52.50
Recovery Support Services								
	RC	Recovery Coach Services Per 15 Mins	\$16.96	No Fee	\$5.00	\$8.48	\$10.18	\$11.87
	RSN	Recovery Support Navigator Services Per 15 Mins	\$16.96	No Fee	\$5.00	\$8.48	\$10.18	\$11.87
Evaluation And Management								
		E&M 30- 60 Minutes New Client	\$225	No Fee	\$56.00	\$112.50	\$135.00	\$157.50
		E&M Services All Service Codes	\$160.00	No Fee	\$40.00	\$80.00	\$96.00	\$112.00
Medication Services								
	IMI	Intramuscular Injection	\$30.00	No Fee	\$8.00	\$15.00	\$18.00	\$21.00
Psychiatric Day Treatment								
	DY60	Psychiatric Day Treatment Per hour	\$20.00	No Fee	\$5.00	\$10.00	\$12.00	\$14.00
	SOAP	Adult "Motivational SOAP" Per 3.5 hours	\$175.00	No Fee	\$44.00	\$87.50	\$105.00	\$122.50
	DYPA	Day Treatment Preadmission Evaluation Per Hour	\$40.00	No Fee	\$10.00	\$20.00	\$24.00	\$28.00
Emergency Services								
	UC	Urgent Outpatient Services/ Psychotherapy for Crisis	\$171.13	No Fee	\$43.00	\$85.57	\$102.68	\$119.79
Telephonic Services								
	NPPE	NON PHY TELEPHONE EVAL 5-10 Mins	\$20.00	No Fee	\$8.00	\$10.00	\$12.00	\$14.00
	NPP2	NON PHY TELEPHONE EVAL 11-20 Mins	\$35.00	No Fee	\$8.00	\$17.50	\$21.00	\$24.50
	NPP3	NON PHY TELEPHONE EVAL 21-30 Mins	\$45.00	No Fee	\$8.00	\$22.50	\$27.00	\$31.50
	PHPE	PHY/PROF TELEPHONE EVALU 5-10 Mins	\$100.00	No Fee	10 \$40.00	\$50.00	\$60.00	\$70.00
	PPE2	PHY/PROF TELEPHONE EVALU 11-20 Mins	\$145.00	No Fee	\$40.00	\$72.50	\$87.00	\$101.50
	PPE3	PHY/PROF TELEPHONE EVALU 21-30 Mins	\$180.00	No Fee	\$40.00	\$90.00	\$108.00	\$126.00

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17

ADJUNTO ARCHIVO4

Pautas federales de pobreza y estándares de ingresos de MassHealth de 2022

Tamaño de la familia	<u>MassHealth</u> Estándares de ingresos		100% Nivel federal de pobreza		130% Nivel federal de pobreza		133% Nivel federal de pobreza		150% Nivel federal de pobreza	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
1	\$522	\$6,264	\$1,133	\$13,596	\$1,473	\$17,676	\$1,507	\$18,084	\$1,699	\$20,388
2	\$650	\$7,800	\$1,526	\$18,312	\$1,984	\$23,808	\$2,030	\$24,360	\$2,289	\$27,468
3	\$775	\$9,300	\$1,920	\$23,040			\$2,553	\$30,636	\$2,879	\$34,548
4	\$891	\$10,692	\$2,313	\$27,756			\$3,076	\$36,912	\$3,469	\$41,628
5	\$1,016	\$12,192	\$2,706	\$32,472			\$3,599	\$43,188	\$4,059	\$48,708
6	\$1,141	\$13,692	\$3,100	\$37,200			\$4,122	\$49,464	\$4,649	\$55,788
7	\$1,266	\$15,192	\$3,493	\$41,916			\$4,646	\$55,752	\$5,239	\$62,868
8	\$1,383	\$16,596	\$3,886	\$46,632			\$5,169	\$62,028	\$5,829	\$69,948
Por cada persona adicional agregue	\$133	\$1,596	\$394	\$4,728			\$524	\$6,288	\$590	\$7,080

Estas cifras están redondeadas y es posible que no reflejen las cifras utilizadas en la determinación del programa. El Ingreso Estándar Institucional es de \$72.80.

Tamaño de la familia	165% Nivel federal de pobreza		200% Nivel federal de pobreza		250% Nivel federal de pobreza		300% Nivel federal de pobreza		400% Nivel federal de pobreza			
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual		
1	\$1,869	\$22,428	\$2,265	\$27,180	\$2,832	\$33,984	\$3,398	\$40,776	\$4,530	\$54,360		
2	\$2,518	\$30,216	\$3,052	\$36,624	\$3,815	\$45,780	\$4,578	\$54,936	\$6,104	\$73,248		
3			\$3,839	\$46,068	\$4,798	\$57,576	\$5,758	\$69,096	\$7,677	\$92,124		
4			\$4,625	\$55,500	\$5,782	\$69,384	\$6,938	\$83,256	\$9,250	\$111,000		
5			\$5,412	\$64,944	\$6,765	\$81,180	\$8,118	\$97,416	\$10,824	\$129,888		
6			\$6,199	\$74,388	\$7,748	\$92,976	\$9,298	\$111,576	\$12,397	\$148,764		
7			\$6,985	\$83,820	\$8,732	\$104,784	\$10,478	\$125,736	\$13,970	\$167,640		
8			\$7,772	\$93,264	\$9,715	\$116,580	\$11,658	\$139,896	\$15,544	\$186,528		
Por cada persona adicional agregue					\$787	\$9,444	\$984	\$11,808	\$1,180	\$14,160	\$1,574	\$18,888

DG-FPL (Rev. 03/22)

Nombre de la póliza: Escala móvil de tarifas

Número de póliza: FIN17

2021 MassHealth Income Standards and Federal Poverty Guidelines

Family Size	MassHealth Income Standards		100% Federal Poverty Level		130% Federal Poverty Level		133% Federal Poverty Level		150% Federal Poverty Level	
	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly
1	\$522	\$6,264	\$1,074	\$12,888	\$1,396	\$16,752	\$1,428	\$17,136	\$1,610	\$19,320
2	\$650	\$7,800	\$1,452	\$17,424	\$1,888	\$22,656	\$1,931	\$23,172	\$2,178	\$26,136
3	\$775	\$9,300	\$1,830	\$21,960			\$2,434	\$29,208	\$2,745	\$32,940
4	\$891	\$10,692	\$2,209	\$26,508			\$2,938	\$35,256	\$3,313	\$39,756
5	\$1,016	\$12,192	\$2,587	\$31,044			\$3,441	\$41,292	\$3,880	\$46,560
6	\$1,141	\$13,692	\$2,965	\$35,580			\$3,944	\$47,328	\$4,448	\$53,376
7	\$1,266	\$15,192	\$3,344	\$40,128			\$4,447	\$53,364	\$5,015	\$60,180
8	\$1,383	\$16,596	\$3,722	\$44,664			\$4,950	\$59,400	\$5,583	\$66,996
For each additional person add	\$133	\$1,596	\$379	\$4,548			\$504	\$6,048	\$568	\$6,816

These figures are rounded and may not reflect the figures used in program determination. Institutional Income Standard is \$72.80.

Family Size	165% Federal Poverty Level		200% Federal Poverty Level		250% Federal Poverty Level		300% Federal Poverty Level		400% Federal Poverty Level	
	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly	Monthly	Yearly
1	\$1,771	\$21,252	\$2,147	\$25,764	\$2,684	\$32,208	\$3,220	\$38,640	\$4,294	\$51,528
2	\$2,396	\$28,752	\$2,904	\$34,848	\$3,630	\$43,560	\$4,355	\$52,260	\$5,807	\$69,684
3			\$3,660	\$43,920	\$4,575	\$54,900	\$5,490	\$65,880	\$7,320	\$87,840
4			\$4,417	\$53,004	\$5,521	\$66,252	\$6,625	\$79,500	\$8,834	\$106,008
5			\$5,174	\$62,088	\$6,467	\$77,604	\$7,760	\$93,120	\$10,347	\$124,164
6			\$5,930	\$71,160	\$7,413	\$88,956	\$8,895	\$106,740	\$11,860	\$142,320
7			\$6,687	\$80,244	\$8,359	\$100,308	\$10,030	\$120,360	\$13,374	\$160,488
8			\$7,444	\$89,328	\$9,305	\$111,660	\$11,165	\$133,980	\$14,887	\$178,644
For each additional person add			\$757	\$9,084	\$946	\$11,352	\$1,135	\$13,620	\$1,514	\$18,168

These figures are rounded and may not reflect the figures used in program determination. Institutional Income Standard is \$72.80.)