

# Transparencia Sobre Los Precios de Cuidado Primario

Descripción de Procedimiento	Cargo Realizado por la Clínica	Pago Promedio de la Asegurancia Comercial	Reembolso de Medicare	Reembolso de Asistencia Médica
1 Visita Paciente Nuevo Externo Nivel 2	\$189.87	\$85.34	\$77.38	\$54.35
2 Visita Paciente Nuevo Externo Nivel 3	\$291.51	\$131.02	\$128.15	\$83.05
3 Visita Paciente Nuevo Externo Nivel 4	\$439.48	\$197.53	\$203.02	\$124.46
4 Visita Paciente Nuevo Externo Nivel 5	\$580.31	\$260.83	\$272.91	\$163.83
5 Visita Paciente Establecido Nivel 1	\$60.60	\$27.24	\$18.84	\$17.78
6 Visita Paciente Establecido Nivel 2	\$148.86	\$66.91	\$59.29	\$42.67
7 Visita Paciente Establecido Nivel 3	\$238.89	\$107.37	\$104.62	\$68.32
8 Visita Paciente Establecido Nivel 4	\$339.63	\$152.65	\$151.30	\$96.26
9 Visita Paciente Establecido Nivel 5	\$475.12	\$213.55	\$219.98	\$135.12
10 Servicio de Gestión de Atención Crónica	\$121.64	\$54.67	\$76.23	--
11 Visita Preventiva Paciente Establecido Infante <1 año	\$285.16	\$128.17	Not covered by Medicare	\$74.16
12 Visita Preventiva Paciente Establecido Edad 1-4 años	\$304.59	\$136.90	Not covered by Medicare	\$78.74
13 Visita Preventiva Paciente Establecido Edad 18-39 años	\$340.38	\$152.99	Not covered by Medicare	\$87.63
14 Visita Preventiva Paciente Establecido Edad 40-64 años	\$362.86	\$163.09	Not covered by Medicare	\$92.96
15 Visita Preventiva Paciente Establecido Edad 65+ años	\$390.46	\$175.50	Not covered by Medicare	\$100.33
16 Evaluación Periódica Temprana servicio de Diagnóstico y Tratamiento	\$119.14	\$53.55	Not covered by Medicare	--
17 Prueba de Audición de Tonos Puros	\$34.75	\$15.62	Not covered by Medicare	\$9.42
18 Evaluación del Desarrollo con Puntuación	\$27.58	\$12.40	Not covered by Medicare	\$8.67
19 Administración Vacuna de la Gripe	\$50.00	\$22.47	\$22.50	\$38.09
20 Administración de la Vacuna Neumocócica	\$446.12	\$200.52	\$200.75	\$313.77
21 Análisis de Laboratorio Panel Básico Metabólico	\$99.97	\$44.93	\$44.99	\$8.46
22 Análisis de Sangre Completo con Diferencial	\$91.88	\$41.30	\$41.35	\$7.77
23 Análisis de Laboratorio Hemoglobina A1C	\$114.78	\$51.59	\$51.65	\$9.71
24 Análisis de Laboratorio Lípidos	\$158.30	\$71.15	\$71.24	\$13.39
25 Pruebas de alérgenos in vitro cuantitativas o semicuantitativas	\$61.70	\$27.73	\$27.77	\$5.22

**ATENCIÓN:** Los montos arriba mencionados NO reflejan el/los monto/s que cada paciente de la clínica pagará por los servicios que se encuentran en la lista. Para información específica sobre los montos que deberá por los servicios que reciba, por favor contacte a su seguro médico.

La Legislatura de Minnesota sancionó una ley que requiere que ciertas clínicas reporten los montos de los 25 servicios más frecuentes que cuestan más de \$25. Los servicios que se encuentran en la lista no reflejan todos los servicios que se proveen en esta clínica.

**Para los pacientes cubiertos por un seguro médico de salud comercial como el Plan Medicare Advantage:** Su compañía de seguro médico probablemente ha negociado un descuento o una tarifa establecida bajo contrato por cada servicio. El precio negociado por su seguro médico puede ser mayor o menor que el monto de pago promedio comercial que se encuentra arriba mencionado. Para saber más sobre el precio negociado por su compañía de seguro médico o cuanto debe usted bajo los términos de su póliza de salud específica, por favor comuníquese con su seguro médico.

**Para los pacientes que tienen cobertura de salud que el gobierno patrocina, como Medicare o Asistencia Médica:** Las tarifas arriba mencionadas reflejan los montos establecidos por Medicare o Asistencia Médica, no por esta clínica. Estas tarifas en la lista no reflejan el monto que usted puede deber como co-pago.

Esta clínica hospitalaria cobra una comisión por servicios que se incluye en los precios arriba mencionados.

**Para mayor información, por favor llame al 320-864-7780.**

Publicado de conformidad con el Estatuto del Estado de Minnesota, capítulo 62J sección 1. 62J.824 y sección 62J.812. Apr. 2025

