



Dear Patient,

At CommUnityCare Health Centers, we believe everyone should have clear information about how much they might need to pay for their health care. This is called a Good Faith Estimate, and we're sharing it with you, so you know what to expect.

If you are uninsured and do not apply for our discount program CommUnityCare Access Program (CAP) also known as the CommUnityCare Sliding Fee Program, you'll have to pay the full cost for your medical services. For a regular visit, it might look like this:

- Office Visit: \$268.00
- Immunizations: \$300.00
- Labs: \$65.63
- Dental \$319.58

We understand that not everyone can pay the same, so we have the CommUnityCare Access Program <https://communitycaretx.org/estimate-your-cost/> also known as the CommUnityCare Sliding Fee Scale, which provides discounts based on your income and how many people are in your family. If you don't have insurance, we'll put you in a group to determine how much you'll pay. It could be as low as \$10 or up to \$55 for your visit, if you qualify. If you have already been screened and approved, whatever your applicable co-pay, there is no change to coverage unless you have a life change requiring eligibility rescreening.

Sliding Fee Discount Scale					
Plan Name	FPG ≤ 100%	FPG 101% to 150%	FPG 151% to 185%	FPG 186% to 200%	FPG ≥ 200%
	Sliding Fee Scale 100	Sliding Fee Scale 150	Sliding Fee Scale 175	Sliding Fee Scale 200	Not Eligible, Full Charge
Medical Primary Care	\$ 10.00	\$ 15.00	\$ 25.00	\$ 30.00	Full Charge
Medical Specialty Care* SFS/Map Basic	\$ 15.00	\$ 25.00	\$ 45.00	\$ 55.00	Full Charge
Medical Specialty Care* Map	\$ 10.00				
Therapy Services (OT, PT, Speech)	\$ 10.00	\$ 15.00	\$ 25.00	\$ 30.00	Full Charge
Dental Primary Care	\$ 10.00	\$ 15.00	\$ 25.00	\$ 30.00	Full Charge
Dental Specialty Care**	10%	25%	50%	75%	Full Charge
Dental Ambulatory Surgical Center	20%	40%	60%	80%	Full Charge
In-house Pharmacy	\$5 Formulary \$10 Non-Formulary \$25 monthly cap	\$6 Formulary \$11 Non-Formulary \$30 monthly cap	\$7 Formulary \$12 Non-Formulary \$35 monthly cap	\$8 Formulary \$13 Non-Formulary \$40 monthly cap	Full Charge
Network Pharmacy	\$7 Formulary; \$10 Non-Formulary	\$8 Formulary; \$13 Non-formulary	\$9 Formulary; \$14 Non-Formulary	\$10 Formulary; \$15 Non-Formulary	Full Charge
* Medical Specialty Care includes: Cardiology, Dermatology, Endocrinology, Gastroenterology, Pulmonology, Podiatry, Nephrology, Infusions					
** Dental Specialty includes: Endodontics, Oral Surgery, Dentures, Partial/Replacements. The percentage due is based on the charge associated with a specific procedure.					



If you haven't been placed in a payment group or your income has changed since your last visit, call us at 512-978-9015 to set up a meeting with our financial assistance team. See the chart below for how your fees might vary based on your family size and income. Remember, this estimate is our best guess for now. Your provider may ask for additional testing, prescriptions or follow-up care, which could change the actual cost. The Good Faith Estimate is not a contract, and you don't have to get services from CommUnityCare. If the actual cost is more than \$400 above this estimate, you can talk to us about it and request a review of your charges, this is called a provider/patient dispute resolution process under the 2022 No Surprises Act <https://communitycaretx.org/estimate-your-cost/>. For more details or questions, check our website or talk to our team at 512-978-8460.

2115 Kramer Lane, Ste. 100, Austin, TX 78758 • CommUnityCareTX.org

Querido Paciente,

En los Centros de Salud de CommUnityCare, creemos que todos deberían tener información clara sobre cuánto podrían tener que pagar por su atención médica. Esto se llama Estimación de Buena Fe y lo compartimos con usted para que tenga una idea qué esperar.

Si no tiene seguro médico y no se ha aplicado a nuestro programa de descuento es el Programa de Acceso a CommUnityCare (CAP), también conocido como Programa de Escala de Tarifa de CommUnityCare, tendrá que pagar el costo total de su servicio médico. Para una visita regular, podría verse así:

- Visita al consultorio: \$268.00
- Vacunas: \$300.00
- Laboratorios: \$65.63
- Dental \$319.58

Entendemos que no todos pueden pagar lo mismo, por eso tenemos el Programa de Acceso a CommUnityCare <http://communitycaretx.org/estimate-your-cost/>, también conocido como Escala de Tarifas de CommUnityCare, que brinda descuentos según sus ingresos y tamaño de su familia. Si no tiene seguro, lo incluiremos en un grupo para determinar cuánto pagará. Podría ser tan bajo como \$10 o hasta \$55 por su visita, si califica. Si ya ha sido evaluado y aprobado, cualquiera que sea su co-pago aplicable, no habrá cambios en la cobertura a menos que tenga un cambio de vida que requiera una nueva evaluación de elegibilidad.

Escala Móvil de Tarifas de Descuentos					
Nombre del plan	Índice federal de pobreza (FPG) < 100%	FPG 101% to 150%	FPG 151% to 185%	FPG 186% to 200%	FPG ≥ 200%
	Escala Móvil de Tarifas 100	Escala Móvil de Tarifas 150	Escala Móvil de Tarifas 175	Escala Móvil de Tarifas 200	No elegible. Se le cobra completo
Atención médica primaria	\$ 10.00	\$ 15.00	\$ 25.00	\$ 30.00	Se le cobra completo
Atención médica especializada *SFS/Map Basic	\$ 15.00	\$ 25.00	\$ 45.00	\$ 55.00	Se le cobra completo
Atención médica especializada *Map	\$ 10.00				
Servicios de terapia (Terapia ocupacional, fisioterapia y de lenguaje)	\$ 10.00	\$ 15.00	\$ 25.00	\$ 30.00	Se le cobra completo
Atención dental primaria	\$ 10.00	\$ 15.00	\$ 25.00	\$ 30.00	Se le cobra completo
Atención odontológica especializada***	10%	25%	50%	75%	Se le cobra completo
Centro Quirúrgico Ambulatorio Dental	20%	40%	60%	80%	Se le cobra completo
Farmacia interna	\$5 por medicamentos incluidos en el formulario; \$10 por los no incluidos en el formulario; \$25 tope mensual	\$6 por medicamentos incluidos en el formulario; \$11 por los no incluidos en el formulario; \$30 tope mensual	\$7 por medicamentos incluidos en el formulario; \$12 por los no incluidos en el formulario; \$35 tope mensual	\$8 por medicamentos incluidos en el formulario; \$13 por los no incluidos en el formulario; \$40 tope mensual	Se le cobra completo
Farmacia de la red	\$7 por medicamentos incluidos en el formulario; \$10 por los no incluidos en el formulario	\$8 por medicamentos incluidos en el formulario; \$13 por los no incluidos en el formulario	\$9 por medicamentos incluidos en el formulario; \$14 por los no incluidos en el formulario	\$10 por medicamentos incluidos en el formulario; \$15 por los no incluidos en el formulario	Se le cobra completo

*La atención médica especializada incluye: Cardiología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, neumología, podología, nefrología, infusiones

*** Atención odontológica especializada incluye: Endodoncia, cirugía oral, prótesis dentales, parciales/reemplazos. El porcentaje debido se basa en el cargo asociado a un procedimiento específico.

