

Formulario de Acuerdo de Lista de Tarifas

Efectivo 12/9/24

La siguiente lista representa las tarifas más comunes proporcionadas por los proveedores de Signature Health. Cada paciente o su padre/guardián es responsable de pagar sus tarifas hasta cierto punto cuando no se pueda aplicar seguros médicos u otros programas de la escala de honorarios ajustable o descuentos.

Código CPT	Descripción del Servicio	Cantidad del Cargo	Unidades
90791	Evaluación de Admisión	\$251.00	Por Visita
90853	Terapia en Grupo	\$ 68.00	Por Grupo
90834	Consejería (45 Min)	\$170.00	Por Sesión
90837	Consejería (60 Min)	\$197.00	Por Sesión
99203	Visita de Paciente Nuevo, Nivel 3*	\$259.00	Por Visita
99204	Visita de Paciente Nuevo, Nivel 4*	\$397.00	Por Visita
99213	Visita de Paciente Establecido, Nivel 3*	\$180.00	Por Visita
99214	Visita de Paciente Establecido, Nivel 4*	\$264.00	Por Visita
99215	Visita de Paciente Establecido, Nivel 5*	\$385.00	Por Visita
99385	Cuidado Preventivo, Paciente Nuevo, Edades 18-39	\$317.00	Por Visita
99386	Cuidado Preventivo, Paciente Nuevo, Edades 40-64	\$345.00	Por Visita
99395	Cuidado Preventivo, Paciente Establecido, Edades 18-39	\$271.00	Por Visita
99396	Cuidado Preventivo, Paciente Establecido, Edades 40-64	\$286.00	Por Visita
H2020	Programa de Hospitalización Parcial	\$200.00	Por Sesión
H0015	Programa Ambulatorio Intensivo	\$200.00	Por Sesión
G0480	Análisis de Orina	\$114.43	Por Cada Análisis

**El proveedor determinará el nivel de atención*

Nombre del Paciente: _____

(Por favor use letra de molde) Primer Nombre Inicial del Segundo nombre Apellido

Nombre del garante: _____

(Por favor use letra de molde) Primer Nombre Inicial del Segundo nombre Apellido

Firma de Paciente/Garante

Fecha

Lista completa de tarifas disponible a pedido