Actualizado el 01.16.26

Aspire Indiana Health, Inc.

Tabla de Descuentos por Tarifas Variables * 2026

Farmacia

INGRESO ANUAL

Número de personas en el hogar	Medida de ingresos	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
% de las Guías Federales de Ingresos para la Pobreza		**0-100%**	**101-150%**	**151-185%**	**186-200%**	**> 200%**
1	Anual	$0 - $15,960	$15,961 - $23,940	$23,941 - $29,526	$29,527 - $31,920	Más de $31,920
2	Anual	$0 - $21,640	$21,641 - $32,460	$32,461 - $40,034	$40,035 - $43,280	Más de $43,280
3	Anual	$0 - $27,320	$27,321 - $40,980	$40,981 - $50,542	$50,543 - $54,640	Más de $54,640
4	Anual	$0 - $33,000	$33,001 - $49,500	$49,501 - $61,050	$61,051 - $66,000	Más de $66,000
5	Anual	$0 - $38,680	$38,681 - $58,020	$58,021 - $71,558	$71,559 - $77,360	Más de $77,360
6	Anual	$0 - $44,360	$44,361 - $66,540	$66,541 - $82,066	$82,067 - $88,720	Más de $88,720
7	Anual	$0 - $50,040	$50,041 - $75,060	$75,061 - $92,574	$92,575 - $100,080	Más de $100,080
8	Anual	$0 - $55,720	$55,721 - $83,580	$83,581 - $103,082	$103,083 - $111,440	Más de $111,440
Cada miembro adicional de la familia después de 8		$5,500	$8,250	$10,175	$11,000	Más de $11,000

% de las Guías Federales de Ingresos para la Pobreza	**< = 100%**	**101-150%**	**151-185%**	**186-200%**	**> 200%**
Medicamentos de marca (elegibles para el programa 340B)	**Costo 340B + $15.00**	**Costo 340B + $16.00**	**Costo 340B + $17.00**	**Costo 340B + $18.00**	**Costo 340B x 120% + $20**
Genérico	**Costo + $15.00**	**Costo + $16.00**	**Costo + $17.00**	**Costo + $18.00**	**Costo × 120% + $20**

**No se negarán los servicios a las personas con base en su capacidad de pago.*

*Basado en el nivel federal de *pobreza (Federal Poverty Level, FPL) de 2026*