



Programa de Escala de Tarifa Variable de Elica Health Centers

En los centros de salud de “Elica Health Centers,” ofrecemos una escala de tarifa variable con el fin de proveer servicios al alcance de todos nuestros pacientes que reúnan los requisitos de ingreso.

- Si actualmente participa en uno de estos programas tal como Beneficios por Incapacidad de Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), alimentos gratis o de costo reducido en la escuela o en algún programa de asistencia social, probablemente ya es elegible para el programa de escala de tarifa variable.

Estos son los parámetros de la escala de tarifa variable, basados en el nivel de pobreza federal (FPG, por sus siglas en inglés):

- Completa la solicitud al reverso. Debe completar la solicitud al reverso y aplicar anualmente, ó cuando el ingreso del hogar cambie. El que sea primero.
- Presentar comprobante de ingreso según las indicaciones en la solicitud.
- El declarar el ingreso sin comprobante le permitirá al paciente una sola consulta, lo cual puede ajustarse dentro de diez días de la consulta.
- Si reúne los requisitos para inscribirse en Medi-Cal, solicite más información y con gusto le ayudaremos a completar la solicitud.
- La aceptación se basa en el número de personas en el hogar y el ingreso bruto.
- Se espera que los participantes paguen su porción del descuento al momento de la consulta.
- Los pacientes podrán hacer pagos en cuotas hasta liquidar el saldo.
- Un cargo de los servicios de hoy reflejará la escala de tarifas a continuación. Si reúne los requisitos en la escala de pagos, este será su tasa nominal y será facturado si no ahí otros cargos.
- Tipo de pagos que se aceptan:
 1. Efectivo
 2. Todas las tarjetas de crédito (VISA, MasterCard) No se aceptan cheques.

Si tiene alguna pregunta, por favor de llamar uno de los lugares de EHC al (916) 454-2345.

SOLICITUD PARA ELEGIBILIDAD DE LA ESCALA DE TARIFAS VARIABLE

1. ¿Ha solicitado por Medi-Cal y le han NEGADO beneficios dentro de los pasados 60 días?

Sí No

Número total de personas a cargo en su hogar (incluyéndolo a usted/su cónyuge, hijos y a cualquier pariente dependiente de usted que viva en su casa): ____ (sugerencia útil - donde la persona se reivindica como un sujeto dependiente).

Debe presentar comprobante de ingreso para cada familiar adulto. Una copia de la declaración de ingresos (impuestos) y uno de los siguientes que haya recibido: dos de los últimos talones de cheque o el W2, talones de cheques de pagos de manutención de hijos, estados de cuenta del seguro social, los comprobantes de pagos por incapacidad o por la compensación de trabajadores, etc. (le rogamos que solicite ayuda para determinar qué sería aceptable como comprobante de ingreso). La falta de proveer suficiente comprobante en un lapso de 10 días resultará en que se le devolverá la solicitud o que se atrase el proceso.

Nombre del paciente: _____ Fecha de la solicitud: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Teléfono/Mensaje _____

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Empleador	Ingreso	Frecuencia semanal/mensual/anua	Para uso interno	
						Fecha de recibo	Tipo de documentación
Cantidad de ingreso total							
Cantidad total de miembros de la familia que solicitan							

Por la presente solicito a Elica Health Centers que determine mi elegibilidad para el programa de escala de tarifas variable basada en la información que he presentado. Entiendo que toda la información que he presentado concerniente a ingresos y el tamaño de mi familia estará sujeto a verificación. Además, entiendo que si se determina que los datos que he presentado resultan falsos, seré responsable por pagar todos los servicios brindados al costo total. Con mi firma declaro que toda la información presentada más arriba es cierta y correcta según mi leal saber. Entiendo que es mi responsabilidad informarle a Elica Health Centers de cualquier cambio en la información de mi seguro y si dejare de hacerlo, todos los pagos por los servicios brindados serán mi responsabilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only:

VERIFICATION AND DETERMINATION

1. Monthly income verification attached: Yes No (Initial Self-Declaration)

2. Slide Effective Date: _____

3. Qualified fee reduction: ≤100% 101-125% 126-150%
 151-175% 176-200% ≥200%

4. Length of reduction: 1st Visit 1Year

Verification and determination by: _____ Date: _____

SLIDING FEE DISCOUNT SCHEDULE for 2021

Elica Health Centers: Sliding Fee Schedule			Sliding Fee Scale: (Based on Federal Register 2021 - Poverty Income Guidelines)			
Discount Categories	Category A	Category B	Category C	Category D	Category E	Full Pricing
% of Federal Poverty Income Levels	At or below 100% (FPG)	>100 - 125%	>125 - 150%	>150 - 175%	>175 - 200%	> 200 %
Medical / Behavioral Health	Nominal Fee	Discounted Fees				Full Pricing
All Inclusive Visit (1)	\$25	\$35	\$45	\$55	\$65	
Internal Diagnostic labs (2)	\$5	\$6	\$7	\$8	\$9	
Lab referral (3)	\$30	\$31	\$32	\$33	\$34	
Electives & Other Special Items (see schedule below) (4)	see #4 below					
Dental Program	Nominal Fee	Discounted Fees				Full Pricing
All Inclusive Visit: diagnostic, preventive, periodontal, & emergencies (1)	\$25	\$35	\$45	\$55	\$65	
Major/Bundled Professional fees: bridges, crowns, dentures, & root canals (5)	\$25	\$35	\$45	\$55	\$65	
Major/Bundled: lab/equipment (5)	see schedule below					

1. All-inclusive visits include professional services and all routine supplies, injectables, and vaccines.
2. Internal labs are medical diagnostic labs performed on site.
3. Lab referrals are medical diagnostic labs performed offsite by Quest Diagnostics or other reference labs.
4. Electives & other special items with special pricing (based on actual cost):
 - o Depo Provera \$45
 - o Liletta IUD \$105
 - o Other IUDs \$600
 - o Night guards \$95
5. Major/Bundled Dental includes complex services requiring treatment planning, special labs and/or equipment, and are frequently bundled into two or more appointments. Patients offered these services will meet individually with an Elica Treatment Planner, who will explain the procedure and provide financial counseling services. The patient will be expected to pay 50% prior to the ordered lab work or the scheduled procedure and the remaining balance will be set up on a payment plan. **See schedule below.**

Patient pays discounted professional fee for each visit plus a one-time fee according to this schedule:

Major Service	Category A	Category B	Category C	Category D	Category E	Full Pricing
Root Canal (per canal)	\$175	\$200	\$225	\$250	\$275	
Crown/Bridge (per unit)	\$150	\$170	\$190	\$210	\$230	
Full Denture (per arch)	\$400	\$450	\$500	\$550	\$600	
Partial Denture (per arch)	\$450	\$500	\$550	\$600	\$650	

FEDERAL POVERTY GUIDELINES for 2021

Elica Health Centers: Sliding Fee Discount			Sliding Fee Scale: (Based on Federal Register 2021 Poverty Income Guidelines)				
Discount Categories	Category A	Category B	Category C	Category D	Category E	Full Pricing	
% of Federal Poverty Income Levels	At or below 100% (FPG)	>100 - 125%	>125 - 150%	>150 - 175%	>175 - 200%	> 200 %	
Family Size	Income Measure	Nominal Fee					Full Pricing
1	Annual	\$0 - \$12,880	\$12,881 - \$16,100	\$16,101 - \$19,320	\$19,321 - \$22,540	\$22,541 - \$25,760	\$25,761 +
	Monthly	\$0 - \$1,073	\$1,074 - \$1,342	\$1,343 - \$1,610	\$1,611 - \$1,878	\$1,879 - \$2,147	\$2,148 +
2	Annual	\$0 - \$17,420	\$17,421 - \$21,775	\$21,776 - \$26,130	\$26,131 - \$30,485	\$30,486 - \$34,840	\$34,841 +
	Monthly	\$0 - \$1,452	\$1,453 - \$1,815	\$1,816 - \$2,178	\$2,179 - \$2,540	\$2,541 - \$2,903	\$2,904 +
3	Annual	\$0 - \$21,960	\$21,961 - \$27,450	\$27,451 - \$32,940	\$32,941 - \$38,430	\$38,431 - \$43,920	\$43,921 +
	Monthly	\$0 - \$1,830	\$1,831 - \$2,288	\$2,289 - \$2,745	\$2,746 - \$3,203	\$3,204 - \$3,660	\$3,661 +
4	Annual	\$0 - \$26,500	\$26,501 - \$33,125	\$33,126 - \$39,750	\$39,751 - \$46,375	\$46,376 - \$53,000	\$53,001 +
	Monthly	\$0 - \$2,208	\$2,209 - \$2,760	\$2,761 - \$3,313	\$3,314 - \$3,865	\$3,866 - \$4,417	\$4,418 +
5	Annual	\$0 - \$31,040	\$31,041 - \$38,800	\$38,801 - \$46,560	\$46,561 - \$54,320	\$54,321 - \$62,080	\$62,081 +
	Monthly	\$0 - \$2,587	\$2,588 - \$3,233	\$3,234 - \$3,880	\$3,881 - \$4,527	\$4,528 - \$5,173	\$5,174 +
6	Annual	\$0 - \$35,580	\$35,581 - \$44,475	\$44,476 - \$53,370	\$53,371 - \$62,265	\$62,266 - \$71,160	\$71,161 +
	Monthly	\$0 - \$2,965	\$2,966 - \$3,706	\$3,707 - \$4,448	\$4,449 - \$5,189	\$5,190 - \$5,930	\$5,931 +
7	Annual	\$0 - \$40,120	\$40,121 - \$50,150	\$50,151 - \$60,180	\$60,181 - \$70,210	\$70,211 - \$80,240	\$80,241 +
	Monthly	\$0 - \$3,343	\$3,344 - \$4,179	\$4,180 - \$5,015	\$5,016 - \$5,851	\$5,852 - \$6,687	\$6,688 +
8	Annual	\$0 - \$44,600	\$44,601 - \$55,750	\$55,751 - \$66,900	\$66,901 - \$78,050	\$78,051 - \$89,200	\$89,201 +
	Monthly	\$0 - \$3,717	\$3,718 - \$4,646	\$4,647 - \$5,575	\$5,576 - \$6,504	\$6,505 - \$7,433	\$7,434 +
9	Annual	\$0 - \$49,080	\$49,081 - \$61,350	\$61,351 - \$73,620	\$73,621 - \$85,890	\$85,891 - \$98,160	\$98,161 +
	Monthly	\$0 - \$4,090	\$4,091 - \$5,113	\$5,114 - \$6,135	\$6,136 - \$7,158	\$7,159 - \$8,180	\$8,181 +
10	Annual	\$0 - \$53,560	\$53,561 - \$66,950	\$66,951 - \$80,340	\$80,341 - \$93,730	\$93,731 - \$107,120	\$107,121 +
	Monthly	\$0 - \$4,463	\$4,464 - \$5,579	\$5,580 - \$6,695	\$6,696 - \$7,811	\$7,812 - \$8,927	\$8,928 +
11	Annual	\$0 - \$58,040	\$58,041 - \$72,550	\$72,551 - \$87,060	\$87,061 - \$101,570	\$101,571 - \$116,080	\$116,081 +
	Monthly	\$0 - \$4,837	\$4,838 - \$6,046	\$6,047 - \$7,255	\$7,256 - \$8,464	\$8,465 - \$9,673	\$9,674 +
12	Annual	\$0 - \$62,520	\$62,521 - \$78,150	\$78,151 - \$93,780	\$93,781 - \$109,410	\$109,411 - \$125,040	\$125,041 +
	Monthly	\$0 - \$5,210	\$5,211 - \$6,513	\$6,514 - \$7,815	\$7,816 - \$9,118	\$9,119 - \$10,420	\$10,421 +

For Staff Use Only:

How Gross Annual Income Is Being Calculated:

- If Paid Weekly: gross paycheck amount X **52**
- If Paid Every 2 Weeks: gross paycheck amount X **26**
- If Paid Twice a Month: gross paycheck amount X **24**
- If Paid Monthly: gross paycheck amount X **12**