

پروگرام تخفیف فیس مطابق توان مریض مراکز صبحی Elica

در مراکز صبحی Elica، ما یک تخفیف فیس مطابق توان ارابه می‌کنیم تا خدمات خود را برای همه مریضان قابل استطاعت سازیم.

- اگر قبلاً در پروگرام عواید معلولیت بیمه اجتماعی (SSDI)، کمک موقت برای فامیل‌های دارای ضرورت (TANF) یا پروگرام‌های کمک عامه دیگری اشتراک کرده‌اید، ممکن است واجد شرایط پروگرام تطبیق مقیاس فیس مطابق توان باشید.
- معیارهای ذیل برای تطبیق مقیاس فیس مطابق توان که بر بنیاد رهنمودهای فقر فعلی فدرال (FPG) است تطبیق می‌شود:
 - شما باید در ظهر این ورقه یک تقاضانامه را مکمل کنید و بعد از شش ماه یا زمانی که فامیل یا عواید شما تغییر کرد، هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد، دوباره تقاضا بدهید.
 - لازم است طوریکه در تقاضانامه هدایت داده شده است، ثبوت عواید خود را ارابه کنید.
 - اظهار عواید مریض به اختیار خود شما را صرف برای یک بار مراجعه واجد شرایط می‌کند، اما ظرف ده روز پس از مراجعه قابل تغییر است.
 - اگر درآمدی ندارید یا نمی‌توانید مدرکی دال بر درآمد ارائه کنید، لطفاً فرم خوداظهاری را پر کنید. ممکن است همچنان واجد شرایط برنامه تخفیف هزینه کشویی باشید.
 - تاییدی بر بنیاد اندازه خانوار و عواید ناخالص است.
 - از شرکت کنندگان انتظار می‌رود تا سهم فیس تخفیف خود را در حین زمان ارابه خدمات پرداخت کند.
 - مریضان همچنین می‌توانند تنظیم نمایند تا پرداخت‌های منظم را تا زمان پرداخت بیلانس بدهند.
 - مصارف خدمات امروزی، منعکس کننده مقیاس فیس مطابق توان ذیل است. اگر در مقیاس فیس مطابق توان واجد شرایط باشید، یک مبلغ اسمی فیس خواهد داشتید و برای کدام مصارف دیگری برایتان بل صادر نخواهد شد.
 - منابع پرداخت‌های قابل قبول عبارتند از:

1. پول نقد

2. کارت‌های اعتباری (ویژه، ماسترکارت) چک پذیرفته نمی‌شود.

اگر واجد شرایط ثبت نام در Medi-Cal هستید، لطفاً معلومات بیشتر را از ما بخواهید. ما خوشحال می‌شویم که منابع ذیل را ارابه کنیم:

- ارزیابی، اگر واجد شرایط برای محدوده مکمل Medi-Cal هستید
- کمک، برای خانه پری فورم MC-13 PRUCOL
- ارابه موقعیت دیپارتمنت مساعدت بشری، معلومات تماس یا کمک برای تنظیم وقت ملاقات با Sacramento
- ارابه معلومات و محدودیت‌های عواید تخمینی برای Medi-Cal یا دیگر پروگرام‌ها.
- ارابه معلومات و کمک برای یافتن معلومات درباره پروگرام‌ها (طرز مثال برای تومور شناسی، مرض شکر) اگر مریض واجد شرایط برای کدام بیمه نباشد.

اگر کدام سوال دارید، لطفاً با یکی از کارکنان در یکی از مکان‌های EHC به تماس شوید، یا به نمبر (916) 454-2345 زنگ بزنید.

تقسیم اوقات تخفیف فیس مطابق توان برای سال 2023

مقیاس فیس مطابق توان: (بر بنیاد ثبت فدرال 2023 - رهنمودهای عواید فقر)				مراکز صحتی Elica: تقسیم اوقات فیس مطابق توان		
قیمت گذاری مکمل	طبقه بندی هـ	طبقه بندی د	طبقه بندی ج	طبقه بندی ب	طبقه بندی الف	طبقه بندی های تخفیف
	< 200 %	< 175 - 200 %	< 125 - 150 %	< 100 - 125 %	در یا کمتر از	% سطوح عواید فقر فدرال
قیمت گذاری مکمل	فیس با تخفیف			فیس اسمی		طبی /صحت رفتاری
	65\$	55\$	45\$	3\$ 5	25\$	معاینه مکمل و جامع (1)
	9\$	8\$	7\$	6\$	5\$	لابراتوارهای تشخیص داخلی (2)
	34\$	33\$	32\$	3\$ 1	30\$	ارجاع به لابراتوار (3)
	نمبر 4 در ذیل را ببینید					انتخابی و سایر موارد خاص (تقسیم اوقات ذیل را ببینید) (4)
قیمت گذاری مکمل	فیس با تخفیف			فیس اسمی		پروگرام دندان
	65\$	55\$	45\$	3\$ 5	25\$	معاینه جامع و مکمل: تشخیصی، وقایعی، اطراف دندان و حالات عاجلی (1)
	65\$	55\$	45\$	3\$ 5	25\$	فیس های مسلکی عمده / ترکیبی: بریج های دندان، تاج های دندان، دندان های مصنوعی و عصب کشی ها (5)
	تقسیم اوقات ذیل را ببینید					عمده / همراه: لابراتوار / تجهیزات (5)

1. معاینات جامع بشمول خدمات مسلکی و همه لوازم معمول، تزریق ها و واکسین ها می شود..
2. لابراتوارهای داخلی عبارت از لابراتوارهای تشخیصی طبی هستند که در ساحه انجام می شوند.
3. ارجاعات لابراتواری، عبارت از لابراتوارهای تشخیصی طبی هستند که توسط Quest Diagnostics یا سایر لابراتوارهای مرجع انجام می شوند.
4. انتخابی و سایر موارد خاص با قیمت گذاری خاص (بر بنیاد مصرف واقعی):

600\$ سایر IUDها	45\$ دپو پروورا (تزریق ضد حاملگی)
95\$ محافظ های شب	105\$ Liletta IUD

5. عمده/همراه خدمات دندان بشمول خدمات مغلق است که به پلانگذاری تداوی، لابراتوارها و/یا تجهیزات خاص ضرورت دارد و اکثراً در دو یا چند وقت ملاقات انجام می شود. برای میزبانی که این خدمات ارائه می شود، به طور جداگانه با یک پلان کننده تداوی Elica ملاقات خواهند کرد، که این عملیه را توضیح می دهد و خدمات مشوره مالی ارائه می کند. انتظار می رود که مریض 50% را قبل از انجام کارهای لابراتواری سفارش داده شده یا عملیه پلان شده پرداخت کند و متباقی پول باقی مانده بر بنیاد پلان پرداخت تنظیم می شود. تقسیم اوقات ذیل را ببینید.

مریض برای هر مراجعه فیس مسلکی با تخفیف را به اضافه یک بار فیس طبق این تقسیم اوقات تادیه می کند:

	طبقه بندی هـ	طبقه بندی د	طبقه بندی ج	طبقه بندی ب	طبقه بندی الف	خدمات عمده
قیمت گذاری مکمل	275\$	250\$	225\$	200\$	175\$	عصب کشی (برای هر چنل)
	230\$	210\$	190\$	170\$	150\$	تاج شانندن/بریج (در هر واحد)
	600\$	550\$	500\$	450\$	400\$	دندان مصنوعی پروتز کامل (در هر کمان)
	650\$	600\$	550\$	500\$	450\$	دندان مصنوعی یا پروتز قسمی (در هر کمان)

درخواستی برای واجد شرایط بودن برنامه فیس مطابق توان

1. آیا در 60 روز گذشته برای Medi-Cal تقاضا داده‌اید و از مزایای آن محروم شده‌اید؟ بلی (Yes) نخیر (No)
(Have you applied for Medi-Cal, and been DENIED benefits within the last 60 days?)

2. مجموع تعداد وابستگان که در خانوار شما زندگی می‌کنند (بشمول خودتان/همسر، فرزندان و اقوام وابسته که باید مالیات بدهند که با شما زندگی می‌کنند: _____
(Total Number of dependents living in your household (include yourself/spouse, children and any taxable dependent relatives living with you)

برای هر یک از اعضای کلانسال فامیل، باید مدرک عواید ارایه کنید، مثال‌ها به قرار ذیل است: یک کاپی از آخرین اظهارنامه مالیاتی، دو ورقه معاشات یا W2 فعلی شما، ورقه‌های چک کمک معاش طفل، اظهارنامه بیمه اجتماعی، ورقه چک جبران خساره/ معلولیت کارگران، مکتوب حمایت و غیره. لطفاً برای تعیین ثبوت قابل قبول کمک بخواهید. عدم ارایه ثبوت کافی در مدت 10 روز منجر به عودت تقاضای شما و تأخیر در تاییدی می‌شود.

اسم مریض (Patient Name): _____ تاریخ تولد (Birth Date): _____

For Internal Use Only		اسم (Name)	رابطه (Relationship)	تاریخ تولد (Date of Birth)	میزان درآمد (Income Amount)	نوع درآمد (Income Type)	Date Received	Type of Documentation
			خود (self)			<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد ماهانه <input type="checkbox"/> درآمد سالانه		
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد ماهانه <input type="checkbox"/> درآمد سالانه		
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد ماهانه <input type="checkbox"/> درآمد سالانه		
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد ماهانه <input type="checkbox"/> درآمد سالانه		
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد ماهانه <input type="checkbox"/> درآمد سالانه		
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد ماهانه <input type="checkbox"/> درآمد سالانه		
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد ماهانه <input type="checkbox"/> درآمد سالانه		

من بدینوسیله از مراکز صبحی Elica درخواست می‌کنم تا بر بنیاد معلوماتی که ارایه کرده‌ام، واجد شرایط بودن من برای پروگرام فیس مطابق توان را تعیین

کند. من می‌فهمم معلومات که درباره عواید و اندازه فامیل ارسال می‌کنم، مشمول بررسی خواهند شد. من همچنین درک می‌کنم که اگر معلوماتی که ارایه می‌کنم غلط باشد، مسئولیت تمام خدمات را با مصارف مکمل بر عهده می‌گیرم. با امضای نمودن این درخواستی، تایید می‌کنم که معلومات ارایه شده در فوق تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. من درک می‌کنم که این مسئولیت من است که تمام تغییرات مربوط به معلومات بیمه خود را به مراکز صبحی Elica اطلاع دهم و در صورت عدم انجام این کار، تادیه مکمل تمام خدمات ارایه شده به عهده من خواهد بود.

امضاء: _____ (Signature) تاریخ: _____ (Date)

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

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 6 months

Verification and determination by: _____ Date: _____

اسم مریض: (Patient Name) _____
تاریخ تولد: (DOB) _____
نمبر ریکارد طبی: (MRN) _____
تاریخ تقاضانامه: (Date of Application) _____

فورم اظهارنامه خودی

من، _____، تصدیق می‌کنم که

گزینه 1: عواید نقدی

Option 1: Cash Income

من به دلیل ماهیت کارم نمی‌توانم ثبوت عواید خویش را ارایه کنم. من تصدیق می‌کنم که

من _____ (دالر) (dollars) بشکل (ساعتوار / هفته وار / ماهوار / دیگر (hour / week / month / other):) یول دریافت می‌کنم.
(Please choose one of the above options) (لطفاً یکی از گزینه‌های فوق را انتخاب کنید)

گزینه 2: مکتوب حمایت

Option 2: Letter of Support

من _____ یول در ماه دریافت می‌کنم از _____)

(قرابت)

(نام حامی) (supporter's name)

(دالر) (dollars)
(relationship)

گزینه 3: کدام عواید ندارم

Option 3: No Income

نه من و نه هیچ یک از اعضای فامیل کدام منبع عواید نداریم.

گزینه 4: قابل تطبیق نیست

Option 4: Not Applicable

من می‌توانم ثبوت عواید ارایه کنم، بنابراین، گزینه‌های فوق برای من صدق نمی‌کند.

با امضای در ذیل، تایید می‌کنم که معلومات ارایه شده در فوق تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. من درک می‌کنم که این

مسئولیت من است که تمام تغییرات در عواید و حمایت خویش را به مراکز صحتی Elica اطلاع دهم.

تاریخ (Date)

امضای مریض / نماینده (Patient / Representative Signature)

ارتباط با بیمار (Relationship to Patient)

اسم را بنویسید (Print Name)