

Программа скользящей шкалы цен Elica Health Centers

Центрах здоровья Elica Health Centers мы предлагаем скользящую шкалу цен, чтобы сделать наши услуги более доступными для всех пациентов.

- Если Вы уже являетесь участником программы социального обеспечения по инвалидности (Social Security Disability income / SSDI), временное пособие для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families / TANF), бесплатные или льготные школьные обеды или другие программы социальной помощи, Вы так можете воспользоваться программой скользящей шкалы цен.

Следующие критерии применяются к скользящей шкале цен, которая основана на действующем стандарте федерального уровня бедности (Federal Poverty Guidelines / FPG):

- Вы должны заполнить заявление на обратной стороне этого листа (заполните его сейчас и затем заполните повторно, через 6 месяцев, или если произошли изменения в доходе или составе вашей семьи).
- Вы должны предоставить доказательства указываемого дохода в соответствии с инструкциями на бланке заявления. Письменное указание доходов без предоставления доказательств (самодекларация) позволяет пациенту прийти на один визит, но может быть изменено в течении десяти дней со дня визита.
- Если вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, пожалуйста, обратитесь к нам за дополнительной информацией. Мы будем рады предоставить такие ресурсы, как:
 - Проверка, имеете ли вы право на получение полного пакета Medi-Cal
 - Помощь в заполнении формы MC-13 PRUCOL
 - Предоставление контактной информации о местонахождении Департамента социальной помощи или помощь в составлении графика посещения в организацию Sacramento Covered
 - Предоставление информации и оценка лимитов дохода для Medi-Cal или других программ.
 - Предоставить и помочь найти информацию о программах (например, для онкологии, диабета), если пациент не имеет права на получение какой-либо страховки.
- Для принятия решения об утверждении участия в программе, учитывается размер вашей семьи и доход до вычетов.
- Предполагается, что участники программы должны оплачивать свою долю льготного взноса во время обслуживания.
- Пациенты могут также договориться о том, что будут делать регулярные выплаты до полного погашения долга.
- Оплата за оказание сегодняшних услуг будет определяться в соответствии с нижеуказанной таблицей скользящей шкалы цен . Если Вы соответствуете требованиям по какой-либо категории в скользящей шкале цен, это и будет Вашей номинальной платой за визит и с Вас не будет взиматься никаких дополнительных платежей.
- Принимаемые способы оплаты:
 1. Наличные деньги
 2. Кредитные карты (VISA, MasterCard). Чеки не принимаются.

Если у Вас есть вопросы, Вы можете связаться с нашими сотрудниками в любом из офисов Elica Health Centers, или по телефону (916) 454-2345.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЫ ЦЕН

1. Подавали ли вы заявление и получали ли вы отказ на заявление о
2. получении программы Medi-Cal за последние 60 дней?

Да Нет

3. Укажите общее количество иждивенцев, проживающих в вашей семье (включите в это число себя, супругу/супруга, детей и любых зависящих от вас родственников, проживающих с вами): __ (подсказка - человек, зависящий от вас – когда лицо заявлено в качестве налогооблагаемого иждивенца).

Вы обязаны предоставить доказательства суммы дохода на каждого взрослого члена семьи, например: копии самой последней налоговой декларации (tax return), два самых последних корешка от чеков на получение зарплаты или W2's, корешок от чеков на получение пособия на ребенка (child support), платежные ведомости службы социального обеспечения (social security statements), корешок от чеков на получение пособия по инвалидности / травме на работе (disability / workers comp) и т.п. Обращайтесь к нам за помощью в определении подходящих форм подтверждения дохода. **Неспособность предоставить достаточные доказательства в течении 10-ти дней повлечёт за собой возврат вашего заявления и задержку в утверждении вашего участия в программе.**

Имя и фамилия пациента: _____ Дата подачи заявления: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс/Zip-код: _____

Дата рождения: _____ Контактные номера тел: _____

						Для служебного использования	
Имя	Родственное отношение к пациенту	Дата рождения	Работодатель	Доход (сумма)	Частота поступления (каждую неделю / две недели / месяц / год)	Дата Получения	Тип документа

Я прошу, чтобы центры здоровья Elica Health Centers определили, квалифицируюсь ли я на программу скользящей шкалы цен, исходя из предоставленной мной информации. Я понимаю, что информация, которую я предоставляю относительно дохода и размера моей семьи, может быть проверена. Я также понимаю что если информация, которую я предоставляю, является ложной, я понесу ответственность за оплату стоимости всех оказанных мне услуг по полной цене. Подписывая данное заявление, я заверяю, что исходя из моих знаний, информация, предоставленная мной выше, правдива и точна. Я осознаю, что обязана информировать Elica Health Centers относительно любых изменений, касающихся моей страховой информации и, в случае невыполнения мной данного обязательства, я понесу ответственность за выплату за все предоставленные услуги по полной цене.

Подпись: _____ Дата: _____

Только Для Служебного Пользования / 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 6 Months

Verification and determination by: _____ Date: _____



Имя пациента: _____

Дата рождения: _____

MRN: _____

Дата подачи заявления: _____

ФОРМА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ДЕКЛАРАЦИИ

Я, _____, настоящим подтверждаю, что

Вариант 1: Денежный доход

Я не могу предоставить подтверждение дохода в связи с характером моей работы. Я подтверждаю, что

Я получаю _____ за (час / неделю / месяц / другое: _____). (долларов) (пожалуйста, выберите один из перечисленных выше вариантов)

Вариант 2: Письмо поддержки

Я получаю _____ в месяц от _____ (_____) (доллары) (имя спонсора) (родство)

Вариант 3: Нет дохода

Ни я, ни кто-либо другой из членов моего домохозяйства не имеет источника дохода.

Вариант 4: Не применимо

Я могу предоставить подтверждение дохода, поэтому вышеуказанные варианты ко мне не относятся.

Подписывая ниже, я соглашусь с тем, что предоставленная выше информация является верной и правильной, насколько мне это известно. Я понимаю, что в мои обязанности входит информирование медицинских центров Elica обо всех изменениях в моих доходах и поддержке.

Подпись пациента/ доверенного лица

Дата

Распечатать имя

Отношение к пациенту

ГРАФИК СКИДОК ПО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЕ ЦЕН НА 2022 ГОД

Elica Health Centers: Скользящая Шкала Цен			Скользкая Шкала Сборов: (На основе Федерального реестра 2022 года по уровню доходов относительно уровня бедности)			
Категории скидок	Категория А	Категория В	Категория С	Категория D	Категория E	Полная стоимость
% от федерального уровня бедности (FPG)	На уровне или ниже 100% (FPG)	>100 - 125%	>125 - 150%	>150 - 175%	>175 - 200%	> 200 %
Медицинское / Поведенческое Здоровье	Номинальная плата	Льготные Сборы				Полная стоимость
Визит по системе "Все включено" (1)	\$25	\$35	\$45	\$55	\$65	
Внутренние лабораторные анализы (2)	\$5	\$6	\$7	\$8	\$9	
Направление в внешнюю лабораторию (3)	\$30	\$31	\$32	\$33	\$34	
Дополнительные и Другие Специальные Услуги (см. № 4 ниже) (4)	см. № 4 ниже					
Стоматологические услуги	Номинальная плата	Льготные Сборы				Полная стоимость
Визит по системе "Все включено": диагностические, профилактические, пародонтальные и неотложные ситуации (1)	\$25	\$35	\$45	\$55	\$65	
Основные / Комплексные профессиональные услуги: мосты, коронки, зубные протезы и корневые каналы (5)	\$25	\$35	\$45	\$55	\$65	
Основные / Комплексные: лабораторные сборы / оборудование (5)	см. таблицу ниже					

1. Визит по системе "Все включено" включая профессиональные услуги и все обычные расходные материалы, инъекционные препараты и вакцины.
2. Внутренние лабораторные анализы - это медицинские диагностические лабораторные исследования, выполняемые в клинике.
3. Лабораторные направления - это медицинские диагностические лабораторные исследования, проводимые Quest Diagnostics или другими лабораториями.
4. Дополнительные и Другие Специальные Услуги по специальной цене (на основе актуальной стоимости):

Depo Provera (инъекция контрацептива)	\$45	Other IUDs (другие спирали)	\$600
Liletta IUD (внутриматочная спираль, выделяющая левоноргестрел)	\$105	Night guards (каппы)	\$95

5. Основные / Комплексные профессиональные услуги включают сложные услуги, требующие планирования лечения, специальных лабораторий и / или оборудования, и часто объединяются в два или более приема. Пациенты, которым предлагаются эти услуги, встретятся индивидуально со специалистом Elica по планированию лечения, который объяснит процедуру и предоставит услуги финансового консультирования. Ожидается, что пациент заплатит 50% до заказанной лабораторной работы или запланированной процедуры, а оставшаяся сумма будет указана в плане оплаты. **см. таблицу ниже**

Пациент оплачивает льготную плату за каждое посещение плюс единовременную плату в соответствии со следующим графиком:

Основные услуги	Категория А	Категория В	Категория С	Категория D	Категория E	Полная стоимость
Лечение корневых каналов (за каждый канал)	\$175	\$200	\$225	\$250	\$275	
Коронка/Мост (за каждую единицу)	\$150	\$170	\$190	\$210	\$230	
Полный Зубной Протез (за каждую дугу)	\$400	\$450	\$500	\$550	\$600	
Частичный Зубной Протез (за каждую дугу)	\$450	\$500	\$550	\$600	\$650	

Программа помощи аптеки для соответствующих требованиям пациентам (ЕРРАР) - Пациенты Elica могут получить доступ к аптечным услугам со скидкой в рамках договорных отношений Elica с Innova Pharmacy в соответствии с теми же условиями и положениями, описанными в настоящем документе.

1. Innova Pharmacy применяет График скидок на скользящую плату для всех рецептов, выписанных для всех подходящих пациентов Elica, включенных в сферу действия настоящего соглашения.
2. Охватываемая организация должна предоставить Innova Pharmacy текущий список пациентов, имеющих право на участие, и их уровни скидок.
3. Пациенты платят большее из 5 долларов США (минимум) или Фактическую стоимость приобретения (ААС) + Административный сбор в размере 1 доллара США за рецепт.
4. Пациенты, оплачивающие полный взнос, оплачивают обычные тарифы аптеки Innova по средней оптовой цене (АВР) плюс 12 долларов США.

Категории скидок	Уровень А	Уровень В	Уровень С	Уровень D	Уровень Е	Полная стоимость
% от федерального уровня бедности (FPG)	На уровне или ниже 100% (FPG)	>100 - 125%	>125 - 150%	>150 - 175%	>175 - 200%	> 200 %
Программа аптеки	Номинальная плата	Льготные Сборы				Полная стоимость
Стоимость лекарств	ААС	ААС	ААС	ААС	ААС	АВР
Административный сбор	\$ 1.00	\$ 1.00	\$ 1.00	\$ 1.00	\$ 1.00	\$ 12.00
Минимальная стоимость	\$ 5.00	\$ 5.00	\$ 5.00	\$ 5.00	\$ 5.00	N/A

ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ БЕДНОСТИ НА 2022 ГОД

Elica Health Centers: Скользящая Шкала Цен				Скользящая Шкала Сборов: (На основе Федерального реестра 2022 года по уровню доходов относительно уровня бедности)			
Размер семьи	Показатель дохода	Категория А	Категория В	Категория С	Категория D	Категория E	Полная стоимость
% от федерального уровня бедности (FPG)		На уровне или ниже 100% (FPG)	>100 - 125%	>125 - 150%	>150 - 175%	>175 - 200%	> 200 %
1	Ежегодно	\$0 - \$13,590	\$13,591 - \$16,988	\$16,989 - \$20,385	\$20,386 - \$23,783	\$23,784 - \$27,180	\$27,181 +
	Ежемесячно	\$0 - \$1,133	\$1,134 - \$1,416	\$1,417 - \$1,699	\$1,700 - \$1,982	\$1,983 - \$2,265	\$2,266 +
2	Ежегодно	\$0 - \$18,310	\$18,311 - \$22,888	\$22,889 - \$27,465	\$27,466 - \$32,043	\$32,044 - \$36,620	\$36,621 +
	Ежемесячно	\$0 - \$1,526	\$1,527 - \$1,907	\$1,908 - \$2,289	\$2,290 - \$2,670	\$2,671 - \$3,052	\$3,053 +
3	Ежегодно	\$0 - \$23,030	\$23,031 - \$28,788	\$28,789 - \$34,545	\$34,546 - \$40,303	\$40,304 - \$46,060	\$46,061 +
	Ежемесячно	\$0 - \$1,919	\$1,920 - \$2,399	\$2,400 - \$2,879	\$2,880 - \$3,359	\$3,360 - \$3,838	\$3,839 +
4	Ежегодно	\$0 - \$27,750	\$27,751 - \$34,688	\$34,689 - \$41,625	\$41,626 - \$48,563	\$48,564 - \$55,500	\$55,501 +
	Ежемесячно	\$0 - \$2,313	\$2,314 - \$2,891	\$2,892 - \$3,469	\$3,470 - \$4,047	\$4,048 - \$4,625	\$4,626 +
5	Ежегодно	\$0 - \$32,470	\$32,471 - \$40,588	\$40,589 - \$48,705	\$48,706 - \$56,823	\$56,824 - \$64,940	\$64,941 +
	Ежемесячно	\$0 - \$2,706	\$2,707 - \$3,382	\$3,383 - \$4,059	\$4,060 - \$4,735	\$4,736 - \$5,412	\$5,413 +
6	Ежегодно	\$0 - \$37,190	\$37,191 - \$46,488	\$46,489 - \$55,785	\$55,786 - \$65,083	\$65,084 - \$74,380	\$74,381 +
	Ежемесячно	\$0 - \$3,099	\$3,100 - \$3,874	\$3,875 - \$4,649	\$4,650 - \$5,424	\$5,425 - \$6,198	\$6,199 +
7	Ежегодно	\$0 - \$41,910	\$41,911 - \$52,388	\$52,389 - \$62,865	\$62,866 - \$73,343	\$73,344 - \$83,820	\$83,821 +
	Ежемесячно						
	Ежемесячно	\$0 - \$3,493	\$3,494 - \$4,366				
8	Ежегодно	\$0 - \$46,630	\$46,631 - \$58,288	\$58,289 - \$69,945	\$69,946 - \$81,603	\$81,604 - \$93,260	\$93,261 +
	Ежемесячно	\$0 - \$3,886	\$3,887 - \$4,857	\$4,858 - \$5,829	\$5,830 - \$6,800	\$6,801 - \$7,772	\$7,773 +
9	Ежегодно	\$0 - \$51,350	\$51,351 - \$64,188	\$64,189 - \$77,025	\$77,026 - \$89,863	\$89,864 - \$102,700	\$102,701 +

	Ежемесячно	\$0 - \$4,279	\$4,280 - \$5,349	\$5,350 - \$6,419	\$6,420 - \$7,489	\$7,490 - \$8,558	\$8,559 +
10	Ежегодно	\$0 - \$56,070	\$56,071 - \$70,088	\$70,089 - \$84,105	\$84,106 - \$98,123	\$98,124 - \$112,140	\$112,141 +
	Ежемесячно	\$0 - \$4,673	\$4,674 - \$5,841	\$5,842 - \$7,009	\$7,010 - \$8,177	\$8,178 - \$9,345	\$9,346 +
11	Ежегодно	\$0 - \$60,790	\$60,791 - \$75,988	\$75,989 - \$91,185	\$91,186 - \$106,383	\$106,384 - \$121,580	\$121,581 +
	Ежемесячно	\$0 - \$5,066	\$5,067 - \$6,332	\$6,333 - \$7,599	\$7,600 - \$8,865	\$8,866 - \$10,132	\$10,133 +
12	Ежегодно	\$0 - \$65,510	\$65,511 - \$81,888	\$81,889 - \$98,265	\$98,266 - \$114,643	\$114,644 - \$131,020	\$131,021 +
	Ежемесячно	\$0 - \$5,459	\$5,460 - \$6,824	\$6,825 - \$8,189	\$8,190 - \$9,554	\$9,555 - \$10,918	\$10,919 +

Только Для Служебного Пользования / 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**