

برنامج جدول الرسوم المتدرجة من مراكز ELICA HEALTH CENTERS الصحية

نقوم في مراكز ELICA HEALTH CENTERS الصحية بتوفير جدول رسوم متدرجة كي نجعل أسعار خدماتنا معقولة ومتاحة أكثر للمرضى.

- إذا كنت من المشتركين في برنامج دخل الضمان الاجتماعي للمعوقين (SSDI) أو المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) أو برنامج الغذاء المجاني أو المخفض في المدرسة أو أي من برامج المساعدات الحكومية، فمن المرجح جداً أن تكون مؤهلاً لبرنامج الرسوم المتدرجة.

فيما يلي المعايير التي تنطبق على جدول الرسوم المتدرجة والتي تستند إلى مستويات الفقر الفيدرالية (FPG) الحالية:

- يترتب عليك استكمال الطلب علم، ظهر هذه الورقة وإعادة التقديم بعد سنة. أيضاً يترتب عليك إعادة التقييم لهذا الطلب في حال تغير نسبة مدخول المنزل.
- يتوجب عليك تقديم وثائق إثبات الدخل وفق التعليمات المدرجة على الطلب.

- في حال تقديم تصريح ذاتي عن الدخل يستطيع المريض التأهل لزيارة واحدة فقط، ولكن يمكن تغيير ذلك خلال عشرة أيام من الزيارة.
- إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في ميديكال، فيرجى الاتصال بنا للحصول على مزيد من المعلومات. ويسعدنا أن نساعدك في إملاء الطلب.
- تعتمد الموافقة على حجم الأسرة والدخل الإجمالي.
- سيدفع المشتركون حصتهم من الرسوم المخفضة عند الحصول على الخدمات.
- يمكن للمرضى أيضاً أن يرتبوا دفع أقساط منتظمة لحين دفع المبلغ بالكامل.
- يعكس جدول الرسوم المتدرجة أدناه أسعار الخدمات المتوفرة حالياً. إذا كنت مؤهلاً للحصول على أسعار جدول الرسوم المتدرجة، فسنكون هذه هي التكاليف الرمزية المترتبة عليك دون أي تكاليف إضافية.
- فيما يلي طرق الدفع المقبولة:

1. المبالغ النقدية
2. كافة بطاقات الاعتماد الرئيسية (فيزا، ماستر كارد، إلخ). الشيكات غير مقبولة.

إذا كانت لديك أية أسئلة يرجى الاتصال بأحد موظفي مراكز EHC على الرقم: (916) 454-2345

طلب التأهل لبرنامج جدول الرسوم المتدرجة

1. هل تقدمت بطلب ميديكال ورفضت في الأيام الـ 60 الأخيرة؟

☐ نعم ☐ لا

2. عدد المعالين الذين يعيشون في منزلك (يرجى تضمين نفسك/زوجتك، الأولاد وأي من الأقرباء المعالين الذين يعيشون معك: (تلميح - حيث كان الشخص مشمولاً كمعال في وثائق الضريبة).

عليك تقديم وثائق إثبات الدخل لكل شخص بالغ في الأسرة. يترتب عليك تقديم آخر الوثائق الضريبية وأي من البنود التالية التي تستلمها عادة من أجل تسهيل معاملة الطلب: آخر أرومتين لشيكات الراتب أو W2، أرومات شيكات نفقة الأطفال، بيانات الضمان الاجتماعي، أرومات شيكات العجز/تعويضات العمال، إلخ. (يرجى طلب المساعدة لتحديد إثبات الدخل المقبول). في حالة عدم تقديم الإثباتات الكافية خلال 10 أيام يؤدي إعادة طلبك وتأخير الموافقة.

اسم المريض: _____ تاريخ الطلب: _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ تاريخ الميلاد: _____

رقم الهاتف/ترك رسالة: _____

[illegible]

إنني أطلب بموجب هذه الوثيقة من مراكز ELICA HEALTH CENTERS الصحية أن تحدد فيما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج جدول الرسوم المتدرجة بناءً على المعلومات التي قدمتها. وأنا أعلم أن المعلومات التي قدمتها حول دخل أسرتي وعدد أفرادها ستخضع للتدقيق. كما أفهم أنه إذا ثبت أن المعلومات التي قدمتها مزورة فساكون مسؤولاً عن دفع كافة الخدمات بالسعر الكامل. وبوتوقيعي على هذا الطلب فأبني أؤكد بأن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة ودقيقة بأفضل ما أعرف. وأعلم أيضاً أنه يترتب علي شخصياً أن أبليج مراكز ELICA HEALTH CENTERS الصحية بكل التغيرات الطارئة على معلومات التأمين الخاصة بي، وإذا لم أفعل ذلك، فساكون مسؤولاً عن دفع كافة الخدمات التي تلقيتها.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

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 2022

Elica Health Centers: Sliding Fee Schedule			Sliding Fee Scale: (Based on Federal Register 2022 - 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					

- All-inclusive visits include professional services and all routine supplies, injectables, and vaccines.
- Internal labs are medical diagnostic labs performed on site.
- Lab referrals are medical diagnostic labs performed offsite by Quest Diagnostics or other reference labs.
- Electives & other special items with special pricing (based on actual cost):

Depo Provera	\$45	Other IUDs	\$600
Liletta IUD	\$105	Night guards	\$95

- 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	

Eligible Patient Pharmacy Assistance Program (EPPAP) - Elica patients may access discounted pharmacy services through Elica's contract relationship with Innova Pharmacy under the same terms and conditions described herein.

1. Innova Pharmacy shall apply the Covered Entity's Sliding Fee Discount Schedule for all prescriptions filled for all eligible Elica patients included in the scope of this agreement.
2. The Covered Entity shall provide Innova Pharmacy with a current list of eligible patients and their discount levels.
3. Patients pay the greater of \$5 (minimum) or the Actual Acquisition Cost (AAC) + \$1 Administration Fee per prescription.
4. Full fee patients pay the regular Innova Pharmacy rates of Average Wholesale Price plus \$12.

Discount Categories	Level A	Level B	Level C	Level D	Level E	Full Pricing
% of Federal Poverty Income Levels	At or below 100% (FPG)	>100 - 125%	>125 - 150%	>150 - 175%	>175 - 200%	> 200 %
Pharmacy Program	Nominal Fee	Discounted Fees				Full Pricing
Drug Cost	AAC	AAC	AAC	AAC	AAC	AWP
Admin Fee	\$ 1.00	\$ 1.00	\$ 1.00	\$ 1.00	\$ 1.00	\$ 12.00
Minimum Fee	\$ 5.00	\$ 5.00	\$ 5.00	\$ 5.00	\$ 5.00	N/A

FEDERAL POVERTY GUIDELINES for 2022

Elica Health Centers: Sliding Fee Discount				Sliding Fee Scale: (Based on 2022 Federal Register - Poverty Income Guidelines)			
Family Size	Income Measure	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 %
1	Annual	\$0 - \$13,590	\$13,591 - \$16,988	\$16,989 - \$20,385	\$20,386 - \$23,783	\$23,784 - \$27,180	\$27,181 +
	Monthly	\$0 - \$1,133	\$1,134 - \$1,416	\$1,417 - \$1,699	\$1,700 - \$1,982	\$1,983 - \$2,265	\$2,266 +
2	Annual	\$0 - \$18,310	\$18,311 - \$22,888	\$22,889 - \$27,465	\$27,466 - \$32,043	\$32,044 - \$36,620	\$36,621 +
	Monthly	\$0 - \$1,526	\$1,527 - \$1,907	\$1,908 - \$2,289	\$2,290 - \$2,670	\$2,671 - \$3,052	\$3,053 +
3	Annual	\$0 - \$23,030	\$23,031 - \$28,788	\$28,789 - \$34,545	\$34,546 - \$40,303	\$40,304 - \$46,060	\$46,061 +
	Monthly	\$0 - \$1,919	\$1,920 - \$2,399	\$2,400 - \$2,879	\$2,880 - \$3,359	\$3,360 - \$3,838	\$3,839 +
4	Annual	\$0 - \$27,750	\$27,751 - \$34,688	\$34,689 - \$41,625	\$41,626 - \$48,563	\$48,564 - \$55,500	\$55,501 +
	Monthly	\$0 - \$2,313	\$2,314 - \$2,891	\$2,892 - \$3,469	\$3,470 - \$4,047	\$4,048 - \$4,625	\$4,626 +
5	Annual	\$0 - \$32,470	\$32,471 - \$40,588	\$40,589 - \$48,705	\$48,706 - \$56,823	\$56,824 - \$64,940	\$64,941 +
	Monthly	\$0 - \$2,706	\$2,707 - \$3,382	\$3,383 - \$4,059	\$4,060 - \$4,735	\$4,736 - \$5,412	\$5,413 +
6	Annual	\$0 - \$37,190	\$37,191 - \$46,488	\$46,489 - \$55,785	\$55,786 - \$65,083	\$65,084 - \$74,380	\$74,381 +
	Monthly	\$0 - \$3,099	\$3,100 - \$3,874	\$3,875 - \$4,649	\$4,650 - \$5,424	\$5,425 - \$6,198	\$6,199 +
7	Annual	\$0 - \$41,910	\$41,911 - \$52,388	\$52,389 - \$62,865	\$62,866 - \$73,343	\$73,344 - \$83,820	\$83,821 +
	Monthly	\$0 - \$3,493	\$3,494 - \$4,366	\$4,367 - \$5,239	\$5,240 - \$6,112	\$6,113 - \$6,985	\$6,986 +
8	Annual	\$0 - \$46,630	\$46,631 - \$58,288	\$58,289 - \$69,945	\$69,946 - \$81,603	\$81,604 - \$93,260	\$93,261 +
	Monthly	\$0 - \$3,886	\$3,887 - \$4,857	\$4,858 - \$5,829	\$5,830 - \$6,800	\$6,801 - \$7,772	\$7,773 +
9	Annual	\$0 - \$51,350	\$51,351 - \$64,188	\$64,189 - \$77,025	\$77,026 - \$89,863	\$89,864 - \$102,700	\$102,701 +
	Monthly	\$0 - \$4,279	\$4,280 - \$5,349	\$5,350 - \$6,419	\$6,420 - \$7,489	\$7,490 - \$8,558	\$8,559 +
10	Annual	\$0 - \$56,070	\$56,071 - \$70,088	\$70,089 - \$84,105	\$84,106 - \$98,123	\$98,124 - \$112,140	\$112,141 +
	Monthly	\$0 - \$4,673	\$4,674 - \$5,841	\$5,842 - \$7,009	\$7,010 - \$8,177	\$8,178 - \$9,345	\$9,346 +
11	Annual	\$0 - \$60,790	\$60,791 - \$75,988	\$75,989 - \$91,185	\$91,186 - \$106,383	\$106,384 - \$121,580	\$121,581 +
	Monthly	\$0 - \$5,066	\$5,067 - \$6,332	\$6,333 - \$7,599	\$7,600 - \$8,865	\$8,866 - \$10,132	\$10,133 +
12	Annual	\$0 - \$65,510	\$65,511 - \$81,888	\$81,889 - \$98,265	\$98,266 - \$114,643	\$114,644 - \$131,020	\$131,021 +
	Monthly	\$0 - \$5,459	\$5,460 - \$6,824	\$6,825 - \$8,189	\$8,190 - \$9,554	\$9,555 - \$10,918	\$10,919 +

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**