



Programa de Descuento de Tarifa Variable de Elica Health Centers

En Elica Health Centers (EHC), ofrecemos un programa de descuento de tarifa variable para que nuestros servicios sean más accesibles para todos los pacientes.

- Si usted participa en el programa de ingreso por discapacidad del Seguro Social (SSDI), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), almuerzos escolares gratuitos o a precio reducido, o cualquier otro programa de asistencia pública, lo más probable es que sea elegible para el programa de descuento de tarifa variable.

Los siguientes criterios se aplican a el programa de descuento de tarifa variable, basados en el nivel de pobreza federal (FPG, por sus siglas en inglés):

- Debe completar la solicitud en el reverso y volver a presentarla en un año, o cuando cambie su hogar o sus ingresos, lo que ocurra primero.
- Debe proporcionar prueba de ingresos como se indica en la solicitud. La autodeclaración de ingresos calificará al paciente para una sola visita, pero se puede cambiar dentro de los diez días posteriores a la visita.
- Si es elegible para inscribirse en Medi-Cal, pídanos más información. Estaremos encantados de ayudarle a llenar una solicitud.
- La aprobación se basa en el tamaño del hogar y los ingresos brutos.
- Se espera que los participantes paguen su parte de la tarifa con descuento en el momento del servicio.
- Los pacientes también pueden hacer arreglos para hacer pagos regulares hasta que se pague el saldo.
- Un cargo por los servicios de hoy se reflejará en el programa de descuento de tarifa variable a continuación. Si califica para el programa de descuento de tarifa variable, esta será su tarifa nominal y no se facturarán otros cargos.
- Las fuentes de pagos aceptables son:
 1. Efectivo
 2. Tarjetas de crédito (VISA, MasterCard). No se aceptan cheques.

Si tiene preguntas, comuníquese con un miembro del personal de una de las ubicaciones de EHC o llame al (916) 454-2345.

SOLICITUD PARA ELEGIBILIDAD DE EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

1. ¿Ha solicitado Medi-Cal y se le han NEGADO los beneficios en los últimos 60 días?

Si No

2. Número total de dependientes que viven en su hogar (inclúyase usted/cónyuge, hijos y cualquier dependiente familiar que viva con usted: **(sugerencia útil: cuando la persona se declara como dependiente sujeto a impuestos)**.)

Debe proporcionar prueba de ingresos para cada miembro adulto de la familia, ejemplos de la siguiente manera: una copia de la declaración de impuestos más reciente, sus dos talones de pago más recientes o W-2, talones de cheques de manutención infantil, declaraciones del seguro social, talones de cheques de compensación laboral/discapacidad , etc. Solicite ayuda para determinar una prueba de ingresos aceptable. Si no proporciona pruebas suficientes dentro de los 10 días, se devolverá su solicitud y se retrasará la aprobación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de la solicitud: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de Teléfono/Mensaje _____

						Solo Para Uso Interno	
Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Empleador	Ingreso	Frecuencia semanal/mensual/anual	Fecha de recibo	Tipo de documentación
Cantidad de ingreso total:							
Número total de miembros de la familia que solicitan:							

Por la presente solicito a EHC que determinen mi elegibilidad para el programa de descuento de tarifa variable, según la información que he presentado. Entiendo que la información que presento sobre el tamaño y los ingresos de mi familia está sujeta a verificación. También entiendo que si se determina que la información que envío es falsa, seré responsable de todos los servicios a cargo completo. Al firmar esta solicitud, afirmo que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a EHC de todos los cambios en la información de mi seguro y, si no lo hago, el pago total de todos los servicios prestados será 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 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					

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):

Depo Provera	\$45	Other IUDs	\$600
Liletta IUD	\$105	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	

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**