

En Elica Health Centers, ofrecemos un descuento con tarifas variables para que nuestros servicios sean más accesibles para todos los pacientes.

- Si ya participa en el Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), en la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o en cualquier otro programa de asistencia pública, puede ser elegible para el programa de descuento de tarifas variables.

Los siguientes criterios se aplican a la escala de tarifas variables, la cual se basa en las Directrices Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) vigentes:

- Debe completar la solicitud que figura en el reverso y volver a presentarla en seis meses, o cuando su grupo familiar o su ingreso cambien, lo que suceda primero.
- Debe proporcionar una evidencia de ingresos de acuerdo con las instrucciones que figuran en la solicitud. La autodeclaración de ingresos calificará al paciente para una sola visita, pero se puede cambiar en un plazo de diez días posteriores a la consulta.
  - Si no tiene ingresos o no puede proporcionar evidencia de ingresos, favor de llenar la forma de autodeclaración. Todavía puede ser elegible para el programa de descuento con tarifas variables.
- La aprobación se basa en el tamaño del grupo familiar y el ingreso bruto.
- Se espera que los participantes paguen la parte de la tarifa de descuento que les corresponde al momento de la prestación del servicio.
  - También se permite que los pacientes acuerden hacer pagos regulares hasta que se haya liquidado el saldo pendiente.
  - Un cargo por los servicios de hoy reflejará la escala de tarifas variables que se muestra a continuación. Si califica para la escala de tarifas variables, 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 es elegible para inscribirse en Medi-Cal, solicítenos más información. Con gusto le brindaremos recursos tales como:
  - Evaluar si es elegible para el plan de alcance completo de Medi-Cal.
  - Brindarle asistencia para presentar el formulario MC-13 PRUCOL (Si solo tiene Medi-Cal de emergencia y desea solicitar cobertura completa).
  - Proporcionarle la información de contacto del Departamento de Asistencia Humana o ayudarle a programar una visita con Sacramento Covered.
  - Proporcionarle la información y los límites de ingresos estimados para Medi-Cal u otros programas.
  - Brindarle orientación y ayudar para encontrar información acerca de programas (por ejemplo, oncología o diabetes) si el paciente no es elegible para algún seguro.

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

**PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFAS VARIABLES para 2023**

Elica Health Centers: Tabla de Tarifas Variables			Escala de tarifas variables: (Basado en el Registro Federal 2023 - Pautas para la definición del nivel de pobreza)			
Categorías de descuentos	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría E	Precio completo
% de los niveles federales de pobreza	Al 100 % o menos (FPG)	>100 - 125 %	>125 - 150 %	>150 - 175 %	>175 - 200 %	> 200 %
<b>Salud médica/conductual</b>	<b>Tarifa nominal</b>	<b>Tarifas con descuento</b>				<b>Precio completo</b>
Visita con todo incluido (1)	\$ 25	\$ 35	\$ 45	\$ 55	\$ 65	
Pruebas de laboratorio de diagnóstico internas (2)	\$ 5	\$ 6	\$ 7	\$ 8	\$ 9	
Derivación a laboratorio (3)	\$ 30	\$ 31	\$ 32	\$ 33	\$ 34	
Servicios opcionales y otros rubros especiales (consulte la tabla a continuación) (4)	<b>consulte el número 4 a continuación</b>					
<b>Programa Dental</b>	<b>Tarifa nominal</b>	<b>Tarifas con descuento</b>				<b>Precio completo</b>
Visita con todo incluido: servicios de diagnóstico, preventivos, periodontales y de emergencia (1)	\$ 25	\$ 35	\$ 45	\$ 55	\$ 65	
Honorarios profesionales principales/agrupados: puentes, coronas, dentaduras postizas y endodoncias (5)	\$ 25	\$ 35	\$ 45	\$ 55	\$ 65	
Principal/agrupado: laboratorio/equipo (5)	<b>Consulte la tabla a continuación</b>					

- En las visitas con todo incluido se ofrecen servicios profesionales y todos los suministros de rutina, medicamentos inyectables y vacunas.
- Las pruebas de laboratorio internas son exámenes de diagnóstico médico que se realizan en el sitio.
- Las derivaciones al laboratorio son pruebas de diagnóstico médico realizadas fuera del centro por Quest Diagnostics u otros laboratorios de referencia.
- Servicios opcionales y otros rubros especiales con precios especiales (basados en el costo real):

Depo Provera	\$ 45	Otros (Other) DIU	\$ 600
DIU Liletta	\$ 105	Guardas dentales nocturnas	\$ 95

- Los servicios dentales principales/agrupados incluyen procedimientos complejos que requieren planificación del tratamiento, análisis de laboratorio o equipo especiales, y con frecuencia se agrupan en dos o más citas. Los pacientes a los que se les ofrezcan estos servicios se reunirán individualmente con un planificador de tratamiento de Elica, quien les explicará el procedimiento y les proporcionará servicios de asesoría financiera. Se espera que el paciente pague el 50 % antes de los análisis de laboratorio o el procedimiento programado y el saldo restante se programará para cubrirse a través de un plan de pago. Consulte la tabla a continuación

**El paciente paga los honorarios profesionales con descuento por cada consulta más una tarifa única de acuerdo con la siguiente tabla:**

Servicios principales	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría E	<b>Precio completo</b>
Endodoncia (por diente)	\$ 175	\$ 200	\$ 225	\$ 250	\$ 275	
Corona/puente (por unidad)	\$ 150	\$ 170	\$ 190	\$ 210	\$ 230	
Dentadura postiza completa (por arcada)	\$ 400	\$ 450	\$ 500	\$ 550	\$ 600	
Dentadura postiza parcial (por arcada)	\$ 450	\$ 500	\$ 550	\$ 600	\$ 650	

**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFAS VARIABLES**

1. ¿Ha solicitado los beneficios de Medi-Cal y se le han NEGADO los mismos en los últimos 60 días?  Sí  No
2. Total de dependientes que viven en su grupo familiar (incluido usted, su cónyuge, sus hijos y cualquier familiar dependiente sujeto a impuestos que viva en su domicilio: \_\_\_\_\_

*Debe proporcionar una evidencia de ingresos para cada miembro adulto de la familia; a continuación se proporcionan ejemplos: una copia de la declaración de impuestos más reciente, sus dos talones de pago o formularios W2 más recientes, talones de cheque de manutención infantil, estados de cuenta del seguro social, talones de pago por incapacidad/indemnización por accidentes laborales, carta de apoyo, etc. Pida ayuda para determinar si una evidencia de ingresos es aceptable. **No proporcionar evidencias suficientes en un plazo de 10 días tendrá como consecuencia la devolución de su solicitud y una demora en la aprobación.***

Nombre del paciente (Patient Name): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Birth Date): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_

					(For Internal Use Only)	
Nombre (Name)	Relación (Relationship)	Fecha de Nacimiento (Date of Birth)	Cantidad de Ingresos (Income Amount)	Tipo de Ingreso (Income Type)	Date Received	Type of Documentation
	Yo			<input type="checkbox"/> Salario por hora (Hourly Wage) <input type="checkbox"/> Salario Mensual (Monthly Salary) <input type="checkbox"/> Ingresos anuales (Annual Income)		
				<input type="checkbox"/> Salario por hora (Hourly Wage) <input type="checkbox"/> Salario Mensual (Monthly Salary) <input type="checkbox"/> Ingresos anuales (Annual Income)		
				<input type="checkbox"/> Salario por hora (Hourly Wage) <input type="checkbox"/> Salario Mensual (Monthly Salary) <input type="checkbox"/> Ingresos anuales (Annual Income)		
				<input type="checkbox"/> Salario por hora (Hourly Wage) <input type="checkbox"/> Salario Mensual (Monthly Salary) <input type="checkbox"/> Ingresos anuales (Annual Income)		
				<input type="checkbox"/> Salario por hora (Hourly Wage) <input type="checkbox"/> Salario Mensual (Monthly Salary) <input type="checkbox"/> Ingresos anuales (Annual Income)		
				<input type="checkbox"/> Salario por hora (Hourly Wage) <input type="checkbox"/> Salario Mensual (Monthly Salary) <input type="checkbox"/> Ingresos anuales (Annual Income)		
				<input type="checkbox"/> Salario por hora (Hourly Wage) <input type="checkbox"/> Salario Mensual (Monthly Salary) <input type="checkbox"/> Ingresos anuales (Annual Income)		

Por medio de la presente, solicito que Elica Health Centers determine mi elegibilidad para el programa de tarifas variables, con base en la información que he proporcionado. Comprendo que la información proporcionada en cuanto a los ingresos y el tamaño de mi grupo familiar está sujeta a verificación. También comprendo que, si se determina que la información es falsa, seré responsable del pago del costo completo de todos los servicios que se me proporcionen. Al firmar esta solicitud, declaro que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Elica Health Centers todos los cambios en la información de mi seguro y, en caso de no hacerlo, la totalidad del pago por los servicios prestados será mi responsabilidad.

Firma (Signature): \_\_\_\_\_ Fecha (Date): \_\_\_\_\_

<b>VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)</b>	
1. Monthly income verification attached:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Initial Self-Declaration)
2. Slide Effective Date:	_____
3. Qualified fee reduction:	<input type="checkbox"/> ≤100 % <input type="checkbox"/> 101-125 % <input type="checkbox"/> 126-150 % <input type="checkbox"/> 151-175 % <input type="checkbox"/> 176-200 % <input type="checkbox"/> ≥200 %
4. Length of reduction	<input type="checkbox"/> (1st Visit) <input type="checkbox"/> (6 months)

Verification and determination by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<b>Nombre del paciente</b> (Patient Name):	<b>MRN</b> (Número de expediente médico):	<b>Fecha de solicitud</b> (mes/día/año) (Application Date (month/day/year))
<b>Fecha de nacimiento (Date of Birth)</b> (mes/día/año) (month/day/year):		

**FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS**

Por medio la presente yo, \_\_\_\_\_, certifico que

**Opción 1: Ingreso en efectivo (Cash Income)**

No puedo proporcionar una evidencia de ingresos debido a la naturaleza de mi trabajo.

Certifico que recibo \_\_\_\_\_ por (hora/semana/mes/otro ((hour/month/annual/other) : \_\_\_\_\_).  
(dólares) (dollars) (elija una de las opciones anteriores)

**Opción 2: Carta de apoyo (Letter of Support)**

Recibo \_\_\_\_\_ al mes por parte (per month) de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(dólares) (dollars) (nombre de la persona que proporciona el apoyo) (relación) (supporter's name) (relationship)

**Opción 3: Sin ingresos (No Income)**

Ni yo ni algún otro de los miembros de mi grupo familiar tenemos una fuente de ingresos.

**Opción 4: No aplica (Not Applicable)**

Puedo proporcionar una evidencia de ingresos, por lo tanto, las opciones mencionadas anteriormente no aplican para mí.

Al firmar a continuación, reconozco que estoy de acuerdo en que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Elica Health Centers acerca de todos los cambios en mis ingresos y apoyos.

Firma del paciente/representante del paciente  
(Patient / Representative Signature)

Fecha  
(Date)

Nombre en letra de molde  
(Print Name)

Relación con el paciente  
(Relationship to Patient)