

Enterprise Valley Medical Clinic Elegibilidad y niveles de cobros2018

Niveles de cobros	A	B	C	D	E
Ingresos Anuales	0%-100% Poverty	101%-133% Poverty	134%-150% Poverty	151%-200% Poverty	Over 200%
Tamaño de la familia	\$25.00	Mínimo \$40.00	Mínimo \$55.00	Mínimo \$70.00	No Descuento si pasa
1	\$12,140	\$16,146	\$18,210	\$24,280	Over \$24,280
2	\$16,460	\$21,892	\$24,690	\$32,920	Over \$32,920
3	\$20,780	\$27,637	\$31,170	\$41,560	Over \$41,560
4	\$25,100	\$33,383	\$37,650	\$50,200	Over \$50,200
5	\$29,420	\$39,129	\$44,130	\$58,840	Over \$58,840
6	\$33,740	\$44,874	\$50,610	\$67,480	Over \$657,480
7	\$38,062	\$50,622	\$57,093	\$76,124	Over \$76,124
8	\$42,380	\$56,365	\$63,570	\$84,760	Over \$84,760

Pago al momento del Servicio

Por favor iniciales que se han leído y están comprobando que comprende los siguientes:

Los laboratorios tendrán cargos adicionales como sigue:

_____ *A-D: Habrá un cobro adicional de \$25 por cada examen que cuesta mas que \$100

_____ *Los exámenes adicionales tendrán que ser pagados antes de hacerlos.

_____ Equipo y mercancía medico no están incluidos. (ejemplo: Abrazaderas de rodillas y muñecas etc.)

_____ *Equipo y mercancía medico tendrán que ser pagados antes de que sean entregados.

***** Consultas Medicas (Para A-E) incluye:**

_____ *Consultas medicas, pruebas de estreptococos, cualquier inyección, rayos X, análisis de orina, A1C, Etc...

_____ todo los físicos (de cada nivel) son como sigue - Camionero, deportes, Scouts, Niños, Mujeres sin el PAP \$35

_____ Los Pap's de la mujer son \$50 esto incluye el PAP y todos los exámenes básicas

_____ Todas las visitas de salud mental son \$35

_____ el vale dental para Dr. Cope son \$25 por mes.

_____ Visitas del embarazo - primera consulta son \$100 y después son \$50 por consulta.

Yo certifico que toda la anterior información es verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento. Yo estaría dispuesta a proporcionar ayuda financiera de verificación o documentación, si ésta es solicitada por Enterprise Valley Medical Clínica. También entiendo que esta información se mantendrá confidencial y utilizada sólo por la clínica para propósito de ajuste de tarifa.

Por favor incluye cada miembro en su hogar: _____

Firma

Fecha

Office Use Only*****

Approved

Date