

# Enterprise Valley Medical Clinic Eligibility and Sliding Fee 2020

Nivel de Cobro Medico y Dental	A-\$25	B-\$40	C-\$55	D-\$70	E-100%
Nivel de Cobro Visita Salud Mental	A-\$25	B-\$30	C-\$35	D-\$40	E-100%
Nivel de Cobro para exámenes laboratorios	A-\$25	B-\$30	C-\$35	D-\$40	E-100%
Ingresos Anuales y Tamaño de Familia	0%-100% Poverty	101%-133% Poverty	134%-150% Poverty	151%-200% Poverty	Over 200% Poverty
1	\$12,760	\$16,971	\$19,140	\$25,520	Over \$25,521
2	\$17,240	\$22,929	\$25,860	\$34,480	Over \$34,481
3	\$21,720	\$28,888	\$32,580	\$43,440	Over \$43,441
4	\$26,200	\$34,846	\$39,300	\$52,400	Over \$52,401
5	\$30,680	\$40,804	\$46,020	\$61,360	Over \$61,361
6	\$35,160	\$46,763	\$52,740	\$70,320	Over \$70,321
7	\$39,640	\$52,721	\$59,460	\$79,280	Over \$79,281
8	\$44,120	\$58,680	\$66,180	\$88,240	Over \$88,241

\*\* Por Miembros de Familia Adicional anaden \$4,480 por persona

### \*\*\*Pago requerido al momento del Servicio\*\*\*

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

Los laboratorios tendrán cargos adicionales como sigue:

- \_\_\_\_\_ \*Cada examen que cuesta mas de \$100 sera pagado según el nivel de cobro
- \_\_\_\_\_ \*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 (Por Cada Nivel) incluye:**

- \_\_\_\_\_ \*\*\*Consultas medicas, pruebas de estreptococos, cualquier inyección, rayos X, análisis de orina, A1C, Etc...
- \_\_\_\_\_ Todas las visitas de salud mental son de acuerdo de los niveles de cobro de la clinica.
- \_\_\_\_\_ Los vales Dentales de Dr. Cope seran de acuerdo los niveles de cobro de la clinica.

**\*\*\*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**

Por favor incluye cada miembro en su hogar quien se mantenga con sus ingresos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*\*Uso de personal de la clinica solamente\*\*\***

\_\_\_\_\_  
Aprobado:

\_\_\_\_\_  
Fecha: