

Enterprise Valley Medical Clinic Eligibility and Sliding Fee 2023

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%
Examen fisico para Deportes Solamente!	A-\$25	B-\$30	C-\$35	D-\$40	E-Max is \$45
Ingresos Anuales y Tamano de Familia	0%-100% Poverty	101%-133% Poverty	134%-150% Poverty	151%-200% Poverty	Over 200% Poverty
1	\$14,580	\$19,391	\$21,870	\$29,160	Over \$29161
2	\$19,720	\$26,228	\$29,580	\$39,440	Over \$39441
3	\$24,860	\$33,064	\$37,290	\$49,720	Over \$49721
4	\$30,000	\$39,900	\$45,000	\$60,000	Over \$60001
5	\$35,140	\$46,736	\$52,710	\$70,280	Over \$70281
6	\$40,280	\$53,572	\$60,420	\$80,560	Over \$80561
7	\$45,420	\$60,409	\$68,130	\$90,840	Over \$90841
8	\$50,560	\$67,245	\$75,840	\$101,120	Over \$101121

** Por Miembros de Familia Adicional anaden \$5140 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.
- _____ Los Exámenes Fisicos de Deportes seran de acuerdo los niveles de cobro con el maximo de \$45

*****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**

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: