

# Enterprise Valley Medical Clinic Eligibility and Sliding Fee 2021

<b>Nivel de Cobro Medico y Dental</b>	A-\$25	B-\$40	C-\$55	D-\$70	E-100%
<b>Nivel de Cobro Visita Salud Mental</b>	A-\$25	B-\$30	C-\$35	D-\$40	E-100%
<b>Nivel de Cobro para exámenes laboratorios</b>	A-\$25	B-\$30	C-\$35	D-\$40	E-100%
<b>Examen fisico para Deportes Solamente!!</b>	A-\$25	B-\$30	C-\$35	D-\$40	E-Max is \$45
<b>Ingresos Anuales y Tamano de Familia</b>	0%-100% Poverty	101%-133% Poverty	134%-150% Poverty	151%-200% Poverty	Over 200% Poverty
1	\$12,880	\$17,130	\$19,320	\$25,760	Over \$25,760
2	\$17,420	\$23,169	\$26,130	\$34,840	Over \$34,840
3	\$21,960	\$29,207	\$32,940	\$43,920	Over \$43,920
4	\$26,500	\$35,245	\$39,750	\$53,000	Over \$53,000
5	\$31,040	\$41,283	\$46,560	\$62,080	Over \$62,080
6	\$35,580	\$47,321	\$53,370	\$71,160	Over \$71,160
7	\$40,120	\$53,360	\$60,180	\$80,240	Over \$80,240
8	\$44,660	\$59,398	\$66,990	\$89,320	column over 200%22

\*\* Por Miembros de Familia Adicional anaden \$4,540 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.	
	<b>Consultas Medicas (Por Cada Nivel) incluye:</b>	
	***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 y utilizada sólo por la clínica para propósito de ajuste de tarifa.\*\*\***

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

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------

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

<b>Aprobado:</b>	<b>Fecha:</b>
------------------	---------------