

# Enterprise Valley Medical Clinic Eligibility and Sliding Fee 2024

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	\$15,060	\$20,030	\$22,590	\$30,120	Over \$30121
2	\$20,440	\$27,185	\$30,660	\$40,880	Over \$40881
3	\$25,820	\$34,341	\$38,730	\$51,640	Over \$51641
4	\$31,200	\$41,496	\$46,800	\$62,400	Over \$62401
5	\$36,580	\$48,651	\$54,870	\$73,160	Over \$73161
6	\$41,960	\$55,807	\$62,940	\$83,920	Over \$83921
7	\$47,340	\$62,962	\$71,010	\$94,680	Over \$94681
8	\$52,720	\$70,118	\$79,080	\$105,440	Over \$105441

\*\* Por Miembros de Familia Adicional anaden \$5,380 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: