

## Programa de Descuento de Tarifa

Como un centro de cuidado a la comunidad, ofrecemos un programa de descuento basado en el ingreso del hogar y número de miembros en la familia, cual reduce la tarifa que usted paga por servicios de salud. Si califica, usted podrá pagar entre 20% a 80% de cobros para la mayoría de los servicios. Usted puede calificar para este programa de descuento, aunque tenga seguro Médico (Covered California e otra a seguro Médico que este asignada a UMMA/Fremont).

La aplicación para el programa de Descuento de Tarifa está disponible en inglés y español, en la sala de registro y en nuestra página de web ([www.ummaclinic.org](http://www.ummaclinic.org)). Toda la información de la aplicación es confidencial. Tenemos personal disponible quien le pueden asistir a completar la aplicación.

Su descuento será calculado basado en “Índice Federal de Pobreza”. Si su ingreso está dentro del Índice Federal de Pobreza, le animamos que aplique..

Que se necesita: Un Comprobante de Ingreso es un requisito para su aplicación. Los documentos anotados son aceptables como comprobante de ingresos: declaración de impuestos del año anterior, tres recibos de pago más recientes, facturas bancarias, notificación de beneficios de desempleo.

Número de personas/familiares en el hogar consiste en las siguientes reglas:

- Una familia consiste en todas las personas que viven en la misma casa/apartamento/residencia
- Ingreso familiar consiste en el ingreso de todas las personas que viven en el hogar

Estado de matrimonio no cambia el número de personas en el hogar.

Para programar una cita:

Por favor pregunte a nuestro personal en la sala de registro si le interesa aplicar para nuestro Programa de Descuento De Tarifa. Usted puede aplicar en cualquiera de las dos clínicas de UMMA. Para programar una cita, marque (323) 789-5610.

Domicilio de clínicas: donde puede aplicar en cualquiera de las dos clínicas de UMMA.

### **UMMA Community Clinic (Florence)**

711 W. Florence Ave.  
Los Ángeles, CA 90044

### **Fremont Wellness Center**

7821 S. Avalon Blvd.  
Los Ángeles, CA 9000

## ¿Como se si califico?

Nuestro Programa de descuento de tarifa está disponible para todos los clientes quienes califican basado en sus ingreso del hogar anual, y número de personas en el hogar, aunque el cliente tenga a seguro médico. Los copagos, deducibles, y coaseguros son elegibles para el programa de descuento. La siguiente table le ayudara a determinar si usted califica:

Oligación de Pago						
	Slide A 0-100% FPG	Slide B 101-125% FPG	Slide C 126-150% FPG	Slide D 151-175% FPG	Slide E 176-200% FPG	Slide F Over 200% FPG
<b>Medico</b>	Paciente paga \$20.00 Nominal	Paciente paga \$25.00	Paciente paga \$30.00	Paciente paga \$35.00	Paciente paga \$40.00	No Discount
<b>**Comportamiento**</b>	Igual que medico	Igual que medico	Igual que medico	Igual que medico	Igual que medico	Igual que medico
Tamaño de la familia*	INGRESOS ANNUAL					
1	\$0 - \$12,880	\$12,881 - \$16,100	\$16,101 - \$19,320	\$19,321 - \$22,540	\$22,541 - \$25,760	\$25,761 - ↑
2	\$0 - \$17,420	\$17,421 - \$21,775	\$21,776 - \$26,130	\$26,131 - \$30,485	\$30,486 - \$34,840	\$34,841 - ↑
3	\$0 - \$21,960	\$21,961 - \$27,450	\$27,451 - \$32,940	\$32,941 - \$38,430	\$38,431 - \$43,920	\$43,921 - ↑
4	\$0 - \$26,500	\$26,501 - \$33,125	\$33,126 - \$39,750	\$39,751 - \$46,375	\$46,376 - \$53,000	\$53,001 - ↑
5	\$0 - \$31,040	\$31,041 - \$38,800	\$38,801 - \$46,560	\$46,561 - \$54,320	\$54,321 - \$62,080	\$62,081 - ↑
6	\$0 - \$35,580	\$35,581 - \$44,475	\$44,476 - \$53,370	\$53,371 - \$62,265	\$62,266 - \$71,160	\$71,161 - ↑
7	\$0 - \$40,120	\$40,121 - \$50,150	\$50,151 - \$60,180	\$60,181 - \$70,210	\$70,211 - \$80,240	\$80,241 - ↑
8	\$0 - \$44,660	\$44,661 - \$55,825	\$55,826 - \$66,990	\$66,991 - \$78,155	\$78,156 - \$89,320	\$89,321 - ↑

\*. Ejemplo: Familia de 9 FPG = \$44,660.00 + \$4,540.00 = \$49,200.00

Cuando corresponda, el paciente es responsable de todos los costos de laboratorio externos.

\*\* El copago por visita de comportamiento no se aplicará si el paciente viene para una visita médica y de comportamiento el mismo día.

## Ingresos Anuales

### Las Pautas de Pobreza de 2021 para los 48 Estados Contiguous y el Distrito de Columbia

Personas de Familia	Directriz de Pobreza
1	\$12,880
2	\$17,420
3	\$21,960
4	\$26,500
5	\$31,040
6	\$35,580
7	\$40,120
8	\$44,660
Para familias con más de 8 personas, agregue \$4,540 por cada persona adicional	

## Escala de tarifa:

### Servicios Médicos:

- a. Todos los pacientes con tarifa móvil pagarán una tarifa por los servicios basados en los ingresos y la información sobre el tamaño de la familia. Cuando su solicitud haya sido procesada y aprobada, se le informará el monto de su tarifa.
- b. Las tarifas deben pagarse en el momento del servicio a menos que se hayan aprobado arreglos de pago anteriores.

### Servicios dentales:

- c. Los servicios dentales se realizan a través de una asociación. UMMA asume parte del costo de estos servicios; el paciente debe hacer un copago basado en una tarifa variable.
- d. El pago por el costo de los servicios superiores a \$ 500 será ofrecido por nuestro socio con un descuento de tarifa variable.

### Servicios de salud comportamiento:

- e. requiere que el paciente realice un copago basado en un descuento de tarifa variable. La visita el mismo día tanto para el servicio médico como para el copago del servicio conductual no se aplicará.

### Información adicional del programa de descuentos:

- f. Los pacientes menores de 19 años deben tener una carta de rechazo de Medi-Cal para ser elegibles para la tarifa variable.
- g. Si los ingresos de su familia o el tamaño de su familia cambian a lo largo del año, es su responsabilidad informar al personal de UMMA en el momento de su próxima cita.
- h. Las solicitudes de tarifa variable deben completarse, firmarse y aprobarse antes de que se presten los servicios.
- i. La tarifa deslizante no es retroactiva. Los descuentos de tarifa variable no pueden aplicarse a fechas de servicio anteriores.
- j. No se pueden aceptar solicitudes de tarifa móvil parcialmente completadas.
- k. Los servicios solo se proporcionarán al costo total si no se completa la Solicitud de tarifa móvil.
- l. Los pacientes que no tienen una fuente de ingresos deberán pagar el monto de la tarifa nominal de \$20.00

## Solicitud de descuento / tarifa variable

La póliza de UMMA Community Clinic es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos a todos los pacientes en función de los ingresos y el tamaño de la familia. Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted y / o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en UMMA, pero no a los servicios que se compran desde el exterior, tales como: medicamentos, referencia, pruebas de laboratorio, interpretación de rayos X por un radiólogo consultor y otros servicios similares.

Con la esperanza de que su salud económica mejore, se requerirá una nueva aplicación. El descuento se otorgará durante 12 meses, después de los cuales debe volver a solicitar. Por favor, pregunte en la recepción si tiene preguntas.

"Familia" consiste en todas las personas que viven juntas en una casa o departamento, ya sea que estén relacionadas con la persona que solicita el descuento o no.

Número total de Personas que viven en su hogar: \_\_\_\_\_

Miembros de la Familia	Nombre	Fecha de Nacimiento	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Yo							
Cónyuge/Pareja							
Dependiente							
Otro							
Total							

**Nota:** Incluya los ingresos de todas las personas relacionadas en la familia y los ingresos de todas las fuentes, incluidos: salarios brutos, propinas, seguridad social, discapacidad, pensiones, anualidades, pagos de veteranos, negocios netos o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, militar, desempleo, ayudas públicas y otros.

Lista de verificación (adjunte copias)	Si	No	N/A
Identificación: licencia de conducir, identificación de empleo u otra identificación con foto			
Comprobante de domicilio: licencia de conducir, factura de servicios u otro			
Ingresos: declaración de impuestos del año anterior, tres recibos de pago más recientes u otros			

Certifico que el tamaño de la familia ya la información de ingresos que se muestra arriba es correcta.

\_\_\_\_\_

Nombre (En Letra Impresa)

\_\_\_\_\_

Firma/Fecha