

Уважаемый пациент Community Health Care!

В связи с новым федеральным законом мы обязаны сообщать всем пациентам, оплачивающим лечение самостоятельно, приблизительную стоимость предстоящего приема.

То, сколько вам придется заплатить, зависит от вашего дохода и количества членов вашей семьи. Мы предлагаем скидки лицам, доход которых ниже 200 % от уровня бедности. Этот уровень зависит от дохода и количества членов вашей семьи, как показано в таблице тарифов по скользящей шкале на странице 2. Ниже указана стоимость услуг для каждой тарифной группы.

Услуга	Код	Стоимость для тарифной группы				
		B	C	D	E	F
Медицинская, психологическая, психиатрическая, наркологическая помощь и поддержка материнства	Любой	25 д олл. США	45 дол л. СШ А	70 д олл. США	95 д олл. США	120 долл · США
Стоматологический осмотр, процедура или неотложная помощь	Любой	45 д олл. США	95 дол л. СШ А	105 долл · США	115 долл · США	125 долл · США
Телемедицина (помощь по телефону или видеосвязи)	Любой	10 д олл. США	20 дол л. СШ А	30 д олл. США	40 д олл. США	50 д олл. США
Лаборатории	Любой	10 д олл. США	20 дол л. СШ А	30 д олл. США	40 д олл. США	50 д олл. США

Тем, кто оплачивает полную стоимость, скидка не предоставляется. Если вы оплачиваете услуги самостоятельно и не подали заявление об оплате по скользящей шкале или срок действия вашего заявления истек, то ниже приведена **максимальная оценочная стоимость** вашего врачебного приема. Указаны и ожидаемые коды.

	Код (ICD10 или CPT)	Пояснение к коду	Стоимость	Пока не известно <input checked="" type="checkbox"/>
Медицинское обслуживание в клинике	99215	Прием у врача	456 долл. США	
Стоматологическое обследование	D0150 / D0210	Комплексное обследование с рентгеном	252 долл. США	
Стоматологическое лечение	D2394	Зубная пломба (4)	396 долл. США	
Прием посредством телемедицины	99214-95	Прием посредством телемедицины	285 долл. США	
Прием для получения психологической или психиатрической	99214	Консультация (60 минут)	304 долл. США	

помощи				
Офтальмологическое обследование	92004	Комплексное офтальмологическое обследование	260 долл. США	
Медицинские лабораторные анализы				✓
Предполагаемое медицинское радиологическое обследование				✓

Данная добросовестная оценка основана на нашем понимании ваших потребностей на сегодняшний день. В процессе медицинского обслуживания наши поставщики услуг могут рекомендовать дополнительные услуги, которые здесь не перечислены. Ваши фактические расходы могут отличаться от этой оценки. Данная оценка не является договором и не обязывает вас пользоваться услугами Community Health Care (CHC). Если фактические расходы превысят эту оценку более чем на 400 долл. США, вы можете инициировать процесс урегулирования спора между поставщиком услуг и пациентом.

Для этого свяжитесь с нашим специалистом по защите интересов пациентов по телефону 253-722-1544. Начало процесса урегулирования спора не приведет к снижению качества медицинских услуг, которые вам предоставляются в CHC. Идентификационный номер налогоплательщика (Tax Identification Number, TIN) CHC: 91-1349657 / национальный идентификатор поставщика медицинских услуг (National Provider Identifier, NPI): 1790762755.

ТАРИФЫ COMMUNITY HEALTH CARE НА МЕДИЦИНСКУЮ, ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ, ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ, НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКУ МАТЕРИНСТВА ПО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЕ НА 2023 ГОД

Скользкая шкала	В		С		D		E		F		A
	0–100 %		101–125 %		126–150 %		151–175 %		176–200 %		Более 200 %
Федеральный уровень бедности	Номинальная плата 25 долл. США		45 до лл. США А		70 дол л. США А		95 дол л. США А		120 долл . США		Полная оплата
Кол-во членов семьи											
1	0 долл . США А	14 580 долл. США	14 581 долл. США	18 225 долл. США	18 226 до лл. США	21 870 до лл. США	21 871 долл. США	25 515 долл. США	25 516 долл. США	29 160 долл. США	29 161 долл. США
2	0 долл . США А	19 720 долл. США	19 721 долл. США	24 650 долл. США	24 651 до лл. США	29 580 до лл. США	29 581 долл. США	34 510 долл. США	34 511 долл. США	39 440 долл. США	39 441 долл. США
3	0 долл . США А	24 860 долл. США	24 861 долл. США	31 075 долл. США	31 076 до лл. США	37 290 до лл. США	37 291 долл. США	43 505 долл. США	43 506 долл. США	49 720 долл. США	49 721 долл. США
4	0 долл . США А	30 000 долл. США	30 001 долл. США	37 500 долл. США	37 501 до лл. США	45 000 до лл. США	45 001 долл. США	52 500 долл. США	52 501 долл. США	60 000 долл. США	60 001 долл. США
5	0 долл . США А	35 140 долл. США	35 141 долл. США	43 925 долл. США	43 926 до лл. США	52 710 до лл. США	52 711 долл. США	61 495 долл. США	61 496 долл. США	70 280 долл. США	70 281 долл. США

	С Ш А										
6	0 до лл · С Ш А	40 280 долл. США	40 281 долл. США	50 350 д олл. США	50 351 до лл. США	60 420 до лл. США	60 421 д олл. США	70 490 д олл. США	70 491 д олл. США	80 560 д олл. США	80 561 дол л. США
7	0 до лл · С Ш А	45 420 долл. США	45 421 долл. США	56 775 д олл. США	56 776 до лл. США	68 130 до лл. США	68 131 д олл. США	79 485 д олл. США	79 486 д олл. США	90 840 д олл. США	90 841 дол л. США
8	0 до лл · С Ш А	50 560 долл. США	50 561 долл. США	63 200 д олл. США	63 201 до лл. США	75 840 до лл. США	75 841 д олл. США	88 480 д олл. США	88 481 д олл. США	101 120 долл. США	101 121 до лл. США
9	0 до лл · С Ш А	55 700 долл. США	55 701 долл. США	69 625 д олл. США	69 626 до лл. США	83 550 до лл. США	83 551 д олл. США	97 475 д олл. США	97 476 д олл. США	111 400 долл. США	111 401 до лл. США
10	0 до лл · С Ш А	60 840 долл. США	60 841 долл. США	76 050 д олл. США	76 051 до лл. США	91 260 до лл. США	91 261 д олл. США	106 470 долл. США	106 471 долл. США	121 680 долл. США	121 681 до лл. США
11	0 до лл · С Ш А	65 980 долл. США	65 981 долл. США	82 475 д олл. США	82 476 до лл. США	98 970 до лл. США	98 971 д олл. США	115 465 долл. США	115 466 долл. США	131 960 долл. США	131 961 до лл. США
12	0 до	71 120 долл.	71 121 долл.	88 900 д олл.	88 901 до лл. США	106 680 д олл. США	106 681 д олл.	124 460 долл.	124 461 долл.	142 240 долл.	142 241 до лл. США

	лл · С Ш А	США	США	США			США	США	США	США	
13	0 до лл · С Ш А	76 260 долл. США	76 261 долл. США	95 325 д олл. США	95 326 до лл. США	114 390 д олл. США	114 391 д олл. США	133 455 долл. США	133 456 долл. США	152 520 долл. США	152 521 до лл. США
14	0 до лл · С Ш А	81 400 долл. США	81 401 долл. США	101 750 долл. США	101 751 д олл. США	122 100 д олл. США	122 101 д олл. США	142 450 долл. США	142 451 долл. США	162 800 долл. США	162 801 до лл. США

Например: для семьи из 4 человек с общим годовым доходом 20 000 долл. США (от 0 до 30 000 долл. США) тариф по скользящей шкале будет находиться в группе В, а стоимость приема составит 25 долл. США.

Если годовой доход семьи из 4 человек 35 000 долл. США (от 30 000 до 37 500 долл. США), тариф по скользящей шкале будет находиться в группе С, а стоимость приема

**Заявление на оплату по
скользящему тарифу**

Чтобы проверить соответствие требованиям нашего федерального гранта, мы должны собирать информацию о доходах всех пациентов. Чтобы получить право на оплату по скользящему тарифу (для незастрахованных пациентов и тех, чья страховка может не покрыть все услуги), **вы должны заполнить приведенную ниже анкету.** Если вы не застрахованы, вам также нужно до второго посещения встретиться с нашим сотрудником и определить, имеете ли вы право на страховку.

Сколько человек обеспечивается этим доходом?

Укажите количество человек в вашей семье, которые живут в одном доме и разделяют доход, питание и/или арендную плату. В это число должны входить вы, ваш супруг/супруга и/или любые зависимые лица. Перечислите ниже всех, кого вы включили в это число.

ИМЯ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	ИМЯ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Укажите **ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ** общий доход вашей семьи из следующих источников (до вычета налогов):

Зарплата	_____	Пособие по нетрудоспособности	_____
Пособие по безработице	_____	Пенсионные фонды	_____
Выплаты по социальному обеспечению	_____	Выплаты для ветеранов	_____
Алименты	_____	Государственная помощь	_____
Стипендии, гранты	_____	Пособие на жилье	_____
Выплаты семьям военнослужащих	_____	Другое	_____

ОБЩИЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД

долл. США

Насколько мне известно, предоставленная информация является достоверной и точной. Я даю Community Health Care разрешение на проверку информации о моем финансовом положении. Я понимаю, что мне нужно предоставить подтверждение этой информации к следующему визиту или в течение 30 дней (в зависимости от того, что наступит раньше), чтобы иметь право на оплату по скользящему тарифу. Если эта информация не будет получена, мне будет выставлен счет за визит по полной стоимости.

Имя пациента или родителя/опекуна	Подпись пациента или родителя/опекуна	Дата
_____	_____	_____
Дата рождения пациента или родителя/опекуна	Подпись сотрудника	Дата
_____	_____	_____

Только для служебных отметок

См. карту ребенка

Годовой доход: _____ долл. США

Право на страхование

Количество членов семьи:

- Пациент не имел права на получение страховки (примите заявление на оплату по скользящему тарифу в декларации и измените срок действия скользящего тарифа на 1 год с момента подачи декларации).
- Право пациента на страховку находится на рассмотрении (пациент подал или подает заявление навигатору; примите заявление на оплату по скользящему тарифу в декларации и измените срок действия скользящего тарифа на 1 год с момента подачи декларации, пока не будет принято решение о праве на страховку); этот срок может быть продлен еще на месяц, если страховка все еще не оформлена.
- Пациент имел право на получение страховки, но решил не принимать страховку и не встречаться с навигатором (пациент должен предоставить подтверждение дохода согласно политике: чековые квитанции за последний месяц, налоговую декларацию или другую утвержденную форму).
- Пациент в настоящее время имеет страховку или имеет право на страховку и сейчас имеет страховку (примите заявление на оплату по скользящему тарифу в декларации и измените срок действия скользящего тарифа на 1 год с момента подачи декларации).
- Пациент не пришел или отменил встречу с навигатором, не смог зарегистрироваться на протяжении периода регистрации или решил не соглашаться на встречу с навигатором (пациент должен принести подтверждение дохода).

Уровень по скользящей
шкале:

Инициалы:

Важные номера телефонов

Телефон круглосуточной линии сестринских консультаций: (253) 922-4778

Запись на прием к врачу:
(253) 722-2161

Запись на прием к стоматологу:
(253) 722-2151

Повторное получение лекарств:
(253) 682-3000

Помощь с регистрацией в программе страхования:
(253) 722-2154

Медицинский центр Eastside Health Center

Kimi & George Tanbara, MD Health Center, Milgard Family Dental
Семейная медицина, педиатрия, акушерство и гинекология, стоматология, внутренние болезни, услуги аптеки, психологическая и психиатрическая помощь
1708 East 44th St, Tacoma, WA 98404

Медицинский центр Lakewood Health Center

Семейная медицина, педиатрия, акушерство и гинекология, стоматология, внутренние болезни, услуги аптеки, психологическая и психиатрическая помощь
10510 Gravelly Lake Dr., Lakewood, WA 98499

Клиника семейной медицины Parkland Family Medical Clinic

Семейная медицина, акушерство, охрана материнства, услуги аптеки, психологическая и психиатрическая помощь
11225 Pacific Avenue, Tacoma, WA 98444

Медицинский центр Hilltop Regional Health Center

Семейная медицина, педиатрия, акушерство и гинекология, стоматология, внутренние болезни, услуги аптеки, психологическая и психиатрическая помощь
1202 Martin Luther King Jr. Way, Tacoma, WA 98405
Неотложная помощь: (253) 442-8690
Медицина для взрослых: (253) 722-2161
Программы Ryan White по борьбе с ВИЧ/СПИД: (253) 722-1720
Клиника для семей с усыновленными и находящимися на патронатном воспитании детьми: (253) 722-1771

Медицинский центр Spanaway Health Center

Семейная медицина, акушерство, охрана материнства, психологическая и

психиатрическая помощь, стоматология
134 188th Street South, Spanaway, WA 98387

Медицинский центр Key Medical Center

Семейная медицина, педиатрия, психологическая и психиатрическая помощь
15610 89th St Ct NW, Lakebay, WA 98349