

## جدول خصم الرسوم المتدرجة لخدمات الرعاية الصحية الأولية

ومعظم التأمينات التجارية وتدفع ذاتيًا مقابل خدمات Medicare و Medicaid برامج Community Alliance Health Partners تقبل الرعاية الأولية وخدمات طب الأسنان التي تقدمها

لن يتم حرمان أي فرد من خدمات الرعاية الصحية من قبل شركاء مجتمع التحالف الصحي بسبب عدم القدرة على دفع ثمن هذه الخدمات بناءً على إرشادات الفقر الفيدرالية

جميع الأفراد الذين يتلقون خدمات الرعاية الصحية من شركاء الصحة في تحالف المجتمع مؤهلون للتقدم بطلب للحصول على جدول الرسوم المتدرجة يعتمد جدول الرسوم المتدرجة على إرشادات الفقر الفيدرالية لتحديد الأهلية، ويعتمد فقط على حجم الأسرة ودخلها. يحق للأشخاص CAHP لبرنامج الذين تمت الموافقة على قبولهم في جدول الرسوم المتدرجة الحصول على رسوم زيارة عيادة مخفضة كما هو موضح في الجدول 1 أدناه. لن تُطبق أي خصومات على الرسوم المتدرجة على الأفراد والأسر التي يزيد دخلها السنوي عن 200% من إرشادات الفقر الفيدرالية

للتأهل للحصول على رسوم مخفضة، يجب عليك تعبئة نموذج الأهلية المالية عند زيارتك وتقديم إثبات دخل، حسب الاقتضاء، وفي الإطار الزمني المطلوب. الأفراد الذين لا يرغبون في تقديم أي مستوى من الوثائق غير مؤهلين للمشاركة في برنامج خصم الرسوم المتدرجة، وسيُطلب منهم دفع Medicare Part B و Medicaid من رسومهم حتى تقديم الوثائق. يجب على العملاء المؤمن عليهم، بمن فيهم المستفيديون من برنامجي 100% الموافقة على الاستفادة من تغطيتهم إلى أقصى حد ممكن. سيتم إعادة التحقق من أهلية برنامج خصم الرسوم، Medicare Advantage التكميليين و المتدرجة سنويًا على الأقل، وكلما تم إخطارنا بتغيير كبير في الدخل أو وضع الأسرة

**يجب دفع الرسوم والمبالغ المشتركة في وقت تقديم الخدمة**

أو برنامجنا للرسوم المتدرجة، ويمكنهم Medicaid فريق تنسيق الرعاية التابع لشركاء تحالف المجتمع الصحي متاح لمساعدتك في التسجيل في برنامج دراسة إمكانية استحقاقك لأي مساعدة مالية أخرى أو تمويل منحة. يُرجى إعلامنا إذا كان بإمكاننا مساعدتك

Community Alliance Health Partners

الجدول 1

7/1/2025 فعال:

حجم الأسرة	مستوى الفقر رسوم لكل فرد من أفراد الأسرة، لكل زيارة	0-100%	>100%-125%	>125%-175%	>175%-200%	>200%+
		رسوم اسمية \$20	\$30	\$40	\$50	الرسوم الكاملة
1	سنوي (حتى)	15,650.00	19,562.50	27,387.50	31,300.00	31,300.01
	شهرية	1,304.17	1,630.21	2,282.29	2,608.33	2,608.34
	أسبوعي	300.96	376.20	526.68	601.92	601.93
2	سنوي (حتى)	21,150.00	26,437.50	37,012.50	42,300.00	42,300.01
	شهرية	1,762.50	2,203.13	3,084.38	3,525.00	3,525.01
	أسبوعي	406.73	508.41	711.78	813.46	813.47
3	سنوي (حتى)	26,650.00	33,312.50	46,637.50	53,300.00	53,300.01
	شهرية	2,220.83	2,776.04	3,886.46	4,441.67	4,441.68
	أسبوعي	512.50	640.63	896.88	1,025.00	1,025.01
4	سنوي (حتى)	32,150.00	40,187.50	56,262.50	64,300.00	64,300.01
	شهرية	2,679.17	3,348.96	4,688.54	5,358.33	5,358.34
	أسبوعي	618.27	772.84	1,081.97	1,236.54	1,236.55
5	سنوي (حتى)	37,650.00	47,062.50	65,887.50	75,300.00	75,300.01
	شهرية	3,137.50	3,921.88	5,490.63	6,275.00	6,275.01
	أسبوعي	724.04	905.05	1,267.07	1,448.08	1,448.09
6	سنوي (حتى)	43,150.00	53,937.50	75,512.50	86,300.00	86,300.01
	شهرية	3,595.83	4,494.79	6,292.71	7,191.67	7,191.68
	أسبوعي	829.81	1,037.26	1,452.16	1,659.62	1,659.63
7	سنوي (حتى)	48,650.00	60,812.50	85,137.50	97,300.00	97,300.01
	شهرية	4,054.17	5,067.71	7,094.79	8,108.33	8,108.34
	أسبوعي	935.58	1,169.47	1,637.26	1,871.15	1,871.16
8	سنوي (حتى)	54,150.00	67,687.50	94,762.50	108,300.00	108,300.01
	شهرية	4,512.50	5,640.63	7,896.88	9,025.00	9,025.01
	أسبوعي	1,041.35	1,301.68	1,822.36	2,082.69	2,082.70
كل شخص إضافي	سنوي (حتى)	5,500.00	6,875.00	9,625.00	11,000.00	11,000.01
	شهرية	458.33	572.92	802.08	916.67	916.68
	أسبوعي	105.77	132.21	185.10	211.54	211.55

قد تكون الاختبارات والعلاج والخدمات الأخرى مقابل رسوم إضافية \*