


## SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM SUMMARY - Effective Starting Date of Service 02/01/2024

Patients must complete a "Statement of Income to Verify if You Are Eligible for Sliding Fee Discount" form and submit supporting documents to determine eligibility for participation in the program. Eligibility is re-certified every year. Participating members receive discounts on services, as summarized below.

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/01/17/2024-00796/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

Each applicant household is assigned a category based on annual income and number of people.	Category	A		B		C		D		E		F	
	% of Federal Poverty Limit (FPL)	100% and under		101 - 133%		134 - 167%		168 - 200%		201 - 250%		251 - 300%	
	Income Range for Each Category by Family Size												
	Family Size	From	To	From	To	From	To	From	To	From	To	From	To
	1	\$0	\$15,060	\$15,061	\$20,030	\$20,031	\$25,150	\$25,151	\$30,120	\$30,121	\$37,650	\$37,651	\$45,180
	2	\$0	\$20,440	\$20,441	\$27,185	\$27,186	\$34,135	\$34,136	\$40,880	\$40,881	\$51,100	\$51,101	\$61,320
	3	\$0	\$25,820	\$25,821	\$34,341	\$34,342	\$43,119	\$43,120	\$51,640	\$51,641	\$64,550	\$64,551	\$77,460
	4	\$0	\$31,200	\$31,201	\$41,496	\$41,497	\$52,104	\$52,105	\$62,400	\$62,401	\$78,000	\$78,001	\$93,600
	5	\$0	\$36,580	\$36,581	\$48,651	\$48,652	\$61,089	\$61,090	\$73,160	\$73,161	\$91,450	\$91,451	\$109,740
	6	\$0	\$41,960	\$41,961	\$55,807	\$55,808	\$70,073	\$70,074	\$83,920	\$83,921	\$104,900	\$104,901	\$125,880
7	\$0	\$47,340	\$47,341	\$62,962	\$62,963	\$79,058	\$79,059	\$94,680	\$94,681	\$118,350	\$118,351	\$142,020	
8	\$0	\$52,720	\$52,721	\$70,118	\$70,119	\$88,042	\$88,043	\$105,440	\$105,441	\$131,800	\$131,801	\$158,160	
For each additional person:		add \$5,380		add \$7,156		add \$8,985		add \$10,760		add \$13,450		add \$16,140	

 <b>MEDICAL</b>													
Policy Effective 02/01/2024	Category	A		B		C		D		E		F	
	Fee (per visit)	\$30		\$40		\$50		\$60		Full fee based on schedule of charges			

<b>Exceptions:</b>	<b>Title X</b> (family planning) services are provided at no charge for patients with incomes 200% or below and at 10% discount for 201-250% FPL.
	<b>Ryan White</b> services are provided at no charge for patients at 300% or below FPL.

Per agreement with Alameda County Health Care Services, patients are not charged fees at the school-based health centers.  
 Specialty mental health based on county's patient fee schedule (UMDAP).  
 Enabling services (group therapy sessions, nutrition counseling, etc.) are 100% discounted for patients  
 Reference Lab - HealthPac, Uninsured, and Self-Pay patients: La Clínica patients receive a significant discount from Quest Diagnostics labs through a group purchasing program.  
 Insured patients: If there is a patient responsibility after insurance coverage has been applied, patient may be eligible for the SFDS as defined by Quest Diagnostics.  
 Supplies, Lab Services, and Equipment that are ordered per the direction of a provider's treatment plan and are related to, but not included in, the service itself as part of prevailing standards of care (for example, eyeglasses, prescription drugs, dentures) are charged per schedule of prices.

**PHARMACEUTICAL**

Policy Effective 02/01/2024	Category	A		B		C		D		E	F
		Rx	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC	\$20 / \$10	
	Dispensing Fee (per prescription)	\$10	\$5	\$14	\$7	\$16	\$8	\$18	\$9		

*\*Two locations, San Antonio and Transit Village, have pharmacies; this applies at those locations only.  
\*Drugs charged at cost, plus dispensing fee that slides as above. Over-the-counter dispensing half the price of prescriptions*



**RADIOLOGY / X-RAY SERVICES**

Policy Effective 02/01/2024	Category	A	B	C	D	E	F
	Fee (per visit)*	\$20	\$30	\$40	\$50	Full fee based on schedule of charges	

*\*If full price of the X-ray or other service is less than the flat fee, patient will be charged the lower amount.*



**OPTICAL**

Policy Effective 02/01/2024	Category	A	B	C	D	E	F
	Fee (per visit)*	\$40	\$50	\$60	\$70	Full fee based on schedule of charges	

*\* Fee covers services only (examination, in-office testing, fitting); it does not include the cost of lenses, frames, contacts, or other supplies / equipment.*



**DENTAL**

**Emergency, Prevention and Diagnostic Services**

**Acute emergency dental services** intend to provide treatment for minor injuries and pain. Diagnostic emergency services include necessary examinations, radiographs (x-rays), and appropriate palliative management, as determined by the dentist. Emergency procedures may include basic extractions, temporary fillings, treatment for abscesses, post-operative complications, and extreme sensitivity.

**Prevention and diagnostic services** intend to prevent the onset of dental disease. These services include periodic and comprehensive exams, radiographs (X-rays), basic cleanings, topical fluoride, oral health education, and tooth sealants.

Policy Effective 02/01/2024	Category	A	B	C	D	E	F	
	Fee (per visit)	\$45	\$55	\$65	\$75	Full fee based on schedule of charges		
	<i>Services not categorized as either acute emergency or prevention and diagnosis are discounted as follows:</i>							
	% Discount (per service / item)	60%	50%	40%	30%			

**- Exclusions:** \* Outside lab work (crowns, dentures, mouthguards, etc.) is charged at cost.

**BEHAVIORAL HEALTH**

Policy Effective 02/01/2024	Category	A	B	C	D	E	F
	Fee (per visit)*	\$0	\$0	\$0	\$0	Full fee based on schedule of charges	

**\*Note: Full fees are based on Medi-Cal contracts and can be renegotiated and changed without notice. Therefore, fees should be considered to an approximation.**


**RESUMEN DE PROGRAMA DE DESCUENTO CON TARIFA VARIABLE - Fecha de inicio de vigencia del servicio 01/02/2024**

Los pacientes deben llenar un formulario de "Declaración de ingresos para verificar si son elegibles para un descuento con tarifa variable" y presentar documentos de soporte para determinar la elegibilidad para participar en el programa. La elegibilidad se vuelve a certificar cada año.

Los miembros participantes reciben descuentos en servicios, tal como se resume a continuación.

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/01/17/2024-00796/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

Se asigna una categoría a cada familia solicitante sobre la base de los ingresos anuales y el número de personas.	Categoría	A		B		C		D		E		F	
	% FLP (límite de pobreza federal)	100% y menos		101 - 133%		134 - 167%		168 - 200%		201 - 250%		251 - 300%	
	Escala de ingresos para cada categoría por tamaño de familia												
	Tamaño de familia	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
	1	\$0	\$15,060	\$15,061	\$20,030	\$20,031	\$25,150	\$25,151	\$30,120	\$30,121	\$37,650	\$37,651	\$45,180
	2	\$0	\$20,440	\$20,441	\$27,185	\$27,186	\$34,135	\$34,136	\$40,880	\$40,881	\$51,100	\$51,101	\$61,320
	3	\$0	\$25,820	\$25,821	\$34,341	\$34,342	\$43,119	\$43,120	\$51,640	\$51,641	\$64,550	\$64,551	\$77,460
	4	\$0	\$31,200	\$31,201	\$41,496	\$41,497	\$52,104	\$52,105	\$62,400	\$62,401	\$78,000	\$78,001	\$93,600
	5	\$0	\$36,580	\$36,581	\$48,651	\$48,652	\$61,089	\$61,090	\$73,160	\$73,161	\$91,450	\$91,451	\$109,740
	6	\$0	\$41,960	\$41,961	\$55,807	\$55,808	\$70,073	\$70,074	\$83,920	\$83,921	\$104,900	\$104,901	\$125,880
7	\$0	\$47,340	\$47,341	\$62,962	\$62,963	\$79,058	\$79,059	\$94,680	\$94,681	\$118,350	\$118,351	\$142,020	
8	\$0	\$52,720	\$52,721	\$70,118	\$70,119	\$88,042	\$88,043	\$105,440	\$105,441	\$131,800	\$131,801	\$158,160	
Por cada persona adicional:		agregar \$5,380		agregar \$7,156		agregar \$8,985		agregar \$10,760		agregar \$13,450		agregar \$16,140	

 <b>MÉDICO</b>												
Política en vigencia desde el 01/02/2024	Categoría	A		B		C		D		E		F
	Tarifa (por visita)	\$30		\$40		\$50		\$60		Tarifa completa basada en plan de costos		

<b>Excepciones:</b>	<b>Los servicios de Título X (planificación familiar) se prestan sin un costo a pacientes con ingresos del 200% o menos y un 10% de descuento para un FPL de 201-250%.</b>
	<b>Los servicios de Ryan White se prestan sin un costo a pacientes en el 300% o debajo del FPL.</b>

Según un acuerdo con los Servicios de Cuidados de Salud del Condado de Alameda, no se cobran costos a los pacientes en los centros de salud con sede en escuelas. Salud mental especializada basada en el plan de costos de pacientes del condado (UMDAP).

Los servicios habilitantes (sesiones de terapia grupal, consejería en nutrición, etc.) tienen un descuento del 100% para los pacientes.

Laboratorio de referencia - Pacientes de HealthPac, no asegurados y con costos a su cargo: Los pacientes de La Clínica reciben un descuento considerable de los laboratorios de Quest Diagnostics a través de un programa de compras grupales. Pacientes asegurados: Si existe una responsabilidad para el paciente luego de haber aplicado la cobertura de seguro, el paciente puede ser elegible para el SFDS según se defina por Quest Diagnostics.

Los suministros, servicios de laboratorio y equipos que sean solicitados por instrucciones del plan de tratamiento de un proveedor y estén relacionados a, pero no se incluyan en, el servicio en sí como parte de normas predominantes de cuidado (por ejemplo, anteojos, medicinas con receta médica, dentaduras) se cobran según la lista de precios.

## FARMACÉUTICA

Política en vigencia desde el 01/02/2024	Categoría	A		B		C		D		E	F
		Rx	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC	\$20 / \$10	
	Tarifa prescripción (por prescripción)	\$10	\$5	\$14	\$7	\$16	\$8	\$18	\$9		

\*Dos localidades, San Antonio y Transit Village, tienen farmacias; esto solo se aplica en esas localidades.

\*Medicinas cobradas al costo, más la tarifa por prescripción que varía según lo anterior. Tarifas por medicinas de venta libre al mitad de precio de prescripciones.



## RADIOLOGÍA / SERVICIOS DE RAYOS X

Política en vigencia desde el 01/02/2024	Categoría	A	B	C	D	E	F
	Tarifa (por visita)*	\$20	\$30	\$40	\$50	Tarifa completa basada en plan de costos	

\*Si el precio completo de los rayos X u otros servicios son menores a la tarifa fija, se le cobrará al paciente el monto menor.



## ÓPTICA

Política en vigencia desde el 01/02/2024	Categoría	A	B	C	D	E	F
	Tarifa (por visita)*	\$40	\$50	\$60	\$70	Tarifa completa basada en plan de costos	

\*La tarifa solo cubre servicios (exámenes, pruebas en consultorio, adaptación); no incluye el costo de los lentes, marcos, lentes de contacto u otros suministros/equipos.



## DENTAL

### Servicios de emergencia, preventivo y diagnóstico

**Servicios dentales de emergencia agudos** previstos para brindar un tratamiento por heridas menores y dolor. Los servicios de emergencia y diagnóstico incluyen exámenes y radiografías (rayos X) necesarios y el manejo paliativo apropiado, según se determine por el dentista. Los procedimientos de emergencia pueden incluir extracciones básicas, rellenos temporales, tratamiento de abscesos, complicaciones postoperatorias y sensibilidad extrema.

**Servicios de prevención y diagnóstico** previstos para prevenir la manifestación de una enfermedad dental. Estos servicios incluyen exámenes periódicos e integrales, radiografías (Rayos X), limpiezas básicas, fluoruro tópico, educación de la salud oral y sellantes de dientes.

Política en vigencia desde el 01/02/2024	Categoría	A	B	C	D	E	F	
	Tarifa (por visita)*	\$45	\$55	\$65	\$75	Tarifa completa basada en plan de costos		
	Los servicios no categorizados ya sea como de emergencia aguda o prevención y diagnosis se descuentan de la siguiente manera:							
	% descuento (por servicio/ítem)	60%	50%	40%	30%			

**Exclusiones:** \* Los trabajos de laboratorio externo (coronas, dentaduras, protectores bucales, etc.) se cobran al costo.

## SALUD CONDUCTUAL

Política en vigencia desde el 01/02/2024	Categoría	A	B	C	D	E	F
	Tarifa (por visita)*	\$0	\$0	\$0	\$0	Tarifa completa basada en plan de costos	

\*Nota: Las tarifas completas están basadas en los contratos de Medi-Cal y pueden renegociarse sin un aviso. Por lo tanto, las tarifas deben considerarse como una aproximación.

### 滑動費用折扣計畫摘要 - 服務起始日期為 2024 年 1 月 2 日

患者必須填寫「收入聲明以確認您是否有資格享受滑動費用折扣」表格，並提交證明文件，以確定參與計劃的資格。  
 每年必須對資格進行重新認證。參與計劃的會員可享以下服務折扣。

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/01/17/2024-00796/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

每個申請住戶都會根據年收入和住戶人數被分配到一個類別。	類別	A		B		C		D		E		F	
	聯邦貧窮標線 (FPL) 百分比	100% 及以下		101 - 133%		134 - 167%		168 - 200%		201 - 250%		251 - 300%	
	按家庭人數劃分的各類收入範圍												
	家庭人數	從	至	從	至	從	至	從	至	從	至	從	至
	1	\$0	\$15,060	\$15,061	\$20,030	\$20,031	\$25,150	\$25,151	\$30,120	\$30,121	\$37,650	\$37,651	\$45,180
	2	\$0	\$20,440	\$20,441	\$27,185	\$27,186	\$34,135	\$34,136	\$40,880	\$40,881	\$51,100	\$51,101	\$61,320
	3	\$0	\$25,820	\$25,821	\$34,341	\$34,342	\$43,119	\$43,120	\$51,640	\$51,641	\$64,550	\$64,551	\$77,460
	4	\$0	\$31,200	\$31,201	\$41,496	\$41,497	\$52,104	\$52,105	\$62,400	\$62,401	\$78,000	\$78,001	\$93,600
	5	\$0	\$36,580	\$36,581	\$48,651	\$48,652	\$61,089	\$61,090	\$73,160	\$73,161	\$91,450	\$91,451	\$109,740
	6	\$0	\$41,960	\$41,961	\$55,807	\$55,808	\$70,073	\$70,074	\$83,920	\$83,921	\$104,900	\$104,901	\$125,880
7	\$0	\$47,340	\$47,341	\$62,962	\$62,963	\$79,058	\$79,059	\$94,680	\$94,681	\$118,350	\$118,351	\$142,020	
8	\$0	\$52,720	\$52,721	\$70,118	\$70,119	\$88,042	\$88,043	\$105,440	\$105,441	\$131,800	\$131,801	\$158,160	
每多一人：		加 \$5,380		加 \$7,156		加 \$8,985		加 \$10,760		加 \$13,450		加 \$16,140	



### 医疗

政策於 2024 年 1 月 2 日生效	類別	A	B	C	D	E	F
	費用（每次就診）	\$30	\$40	\$50	\$60	根據收費表收取全額費用	

例外情況：  
 收入在 FPL 200% 或以下的患者可免費享有 Title X（計劃生育）服務，收入在 FPL 201%-250% 的患者則可享有 10% 折扣  
 Ryan White 服務免費提供給收入在 FPL 300% 或以下的患者。

根據與阿拉米達縣醫療保健服務機構達成的協議，學校醫療中心不向患者收取費用。基於縣患者收費表（UMDAP）的專業心理健康服務。  
 患者可享有輔助服務（集體心理治療、營養諮詢等）100% 折扣。  
 參考實驗室 - HealthPac、未投保和自費患者：La Clínica 患者可透過團購計畫從 Quest Diagnostics 實驗室獲得大幅折扣。投保患者：如果患者在投保後仍有責任，則有資格享受 Quest Diagnostic 規定的 SFDS。  
 根據醫療服務提供者治療計劃的指示訂購的用品、實驗室服務和設備與服務本身相關，但不包括在現行護理標準中（例如，眼鏡、處方藥和醫療設備例如，眼鏡、處方藥、義齒）以價格表收費。



### 藥品

政策於 2024年1 月2日生 效	類別	A		B		C		D		E	F	
		處方藥	非處方藥	處方藥	非處方藥	處方藥	非處方藥	處方藥	非處方藥	\$20 / \$10		
	配藥費 (每張處方)	\$10	\$5	\$14	\$7	\$16	\$8	\$18	\$9			

\*兩個地點 (聖安東尼奧和 Transit Village) 設有藥局; 本表僅適用於這兩個地點。  
\*藥品依成本價收費, 另加上述滑動配藥費。非處方藥配藥價格為處方藥的一半



### 放射科/X 光服務

政策於 2024年1 月2日生 效	類別	A	B	C	D	E	F
	費用 (每次就診) *	\$20	\$30	\$40	\$50	根據收費表收取全額費用	

\*如果 X 光或其他服務全額低於定額費用, 患者將被收取較低費用。



### 光學

政策於 2024年1 月2日生 效	類別	A	B	C	D	E	F
	費用 (每次就診) *	\$40	\$50	\$60	\$70	根據收費表收取全額費用	

\* 費用僅包括服務 (檢查、診間測試、試戴); 不包括鏡片、鏡框、隱形眼鏡或其他用品/設備的費用。



### 牙科

#### 急診、預防和診斷服務

牙科急診服務旨在為輕微損傷和疼痛提供治療。診斷性急診服務包括必要檢查、射線照相 (X 光) 和適當的紓緩護理, 具體由牙醫決定。急診程序可能包括基本拔牙、暫時補牙、膿瘍治療、術後併發症和極度敏感。

預防和診斷服務旨在預防牙科疾病的發生。這些服務包括定期和全面檢查、X 光檢查、基本清潔、局部塗氟、口腔健康教育和牙齒密封。

政策於 2024年1 月2日生 效	類別	A	B	C	D	E	F		
	費用 (每次就診)	\$45	\$55	\$65	\$75	根據收費表收取全額費用			
	未歸類為急診或預防和診斷的服務將獲折扣, 具體如下:								
折扣百分比 每項服務/項目)	60%	50%	40%	30%					

不包括項目: \* 外部實驗室工作 (牙冠、義齒、護齒等) 依成本價收費。

### 行為健康

政策於 2024年1 月2日生 效	類別	A	B	C	D	E	F
	費用 (每次就診) *	\$0	\$0	\$0	\$0	根據收費表收取全額費用	

\*註: 全額費用以 Medi-Cal 合約為基礎, 可重新談判或更改, 恕不另行通知。收費故應視為近似值。