



# Ravenswood

## Family Health Network

**¿Tiene usted un Alto Costo Compartido con Medi-Cal, o un plan de salud que no cubre todos los servicios que necesita?**

**¿Está usted sin seguro médico o es una persona de bajos ingresos?**

**¡Usted podría ser elegible para la Escala de Descuentos de la Clínica Ravenswood!**

**Para aplicar, por favor llame a nuestro Departamento de Registración:**

**(650) 330-7416**

### **Escala de Descuento para visitas Médicas y de Optometría:**

SFS A	0% - 100% NFP <sup>^</sup>	\$20/visita	\$18/mismo día*
SFS B	101% - 133% NFP <sup>^</sup>	\$30/visita	\$27/mismo día*
SFS C	134% - 166% NFP <sup>^</sup>	\$40/visita	\$36/mismo día*
SFS D	167% - 200% NFP <sup>^</sup>	\$50/visita	\$45/mismo día*

<sup>^</sup>El Nivel Federal de Pobreza – está basado en el tamaño de su familia y el ingreso que gana

\* Si paga por su visita el mismo día recibirá un 10% de descuento

# Preguntas Frecuentes

## ¿Qué es una Escala de Descuentos?

La Escala de Descuentos (ED/SFS) basa el cobro por los servicios recibidos de acuerdo al tamaño de su familia y el ingreso que gana. Para ver las categorías del ED/SFS, vea al reverso de este folleto.

## ¿Cuáles servicios están cubiertos bajo la ED/SFS?

Para pacientes elegibles, la ED/SFS cubre la visita Médica de ese día, medicinas que su doctor le dé en esa consulta, algunas vacunas, Rayos X, exámenes de sangre, mamografías, ultrasonidos, y servicios de Consejería el mismo día.

## ¿Cuál es la ED/SFS para servicios de Consejería?

Nuestro departamento de Consejería tiene su propia ED/SFS:

<b>SFS A</b>	<u>Cobro Nominal:</u>	<b>\$0/mes</b>
<b>SFS B</b>		<b>\$10/mes</b>
<b>SFS C</b>		<b>\$20/mes</b>
<b>SFS D</b>		<b>\$30/mes</b>

Este es un pago mensual (no por visita), sin importar cuantas visitas de consejería tenga en ese mes.

## ¿Cuál es la ED/SFS para atención perinatal?

Nuestro departamento de atención perinatal tiene su propia ED/SFS:

<b>SFS A</b>	<u>Cobro Nominal:</u>	<b>\$120/visita hasta un máximo de \$1,200</b>
<b>SFS B</b>		<b>\$150/visita hasta un máximo de \$1,500</b>
<b>SFS C</b>		<b>\$175/visita hasta un máximo de \$1,750</b>
<b>SFS D</b>		<b>\$200/visita hasta un máximo de \$2,000</b>

\*Para mujeres embarazadas que SOLO tienen Medi-Cal para su embarazo

## ¿Cuáles servicios no están cubiertos bajo la ED/SFS?

En el departamento de Optometría el precio de los lentes empieza a \$65 y están disponibles al costo. El precio depende en el tipo de lente. Este costo es diferente del costo de la visita de Optometría (que se puede ver al reverse de este folleto).

## ¿Cuál es la ED/SFS por Servicios Dentales y/o de Farmacia?

La ED/SFS de la Clínica Dental de Ravenswood y de la Farmacia de Ravenswood son diferentes- por favor comuníquese con nuestro Departamento de Registración para más información.

## ¿Como puedo integrarme como paciente a la Clínica Ravenswood?

¡Por favor comuníquese con nuestro Departamento de Registración para empezar - (650) 330-7416!

**Centro de Salud Familiar  
Ravenswood**

1885 Bay Road

East Palo Alto, CA 94303

**(650) 330-7400**

