

# De Baca Family Practice Clinic Guadalupe Family Dental

## Solicitud de programa de descuentos

Es la política de De Baca Family Practice (DBFPC) proporcionar acceso a servicios esenciales de atención primaria a todos los pacientes, independientemente de la capacidad de pago del paciente. El programa de descuento de la tarifa de desplazamiento se diseña para proporcionar la atención descontada a los pacientes basados en ingresos, tamaño de la familia, y ningunos otros factores. Por favor complete la siguiente información y regrese al consejero de afiliación y extensión de DBFPC o a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos que se compren desde el exterior.

El paciente de la tarifa que resbala puede recibir un descuento en la prueba del laboratorio y la interpretación de la radiografía por un radiólogo de consulta, que debe ser externalizado por DBFPC. DBFPC proporcionará asistencia para las facturas de laboratorio y rayos x. Los pacientes deben traer sus cuentas a la clínica dentro de treinta (30) días de recibo. DBFPC también participa en el programa de drogas 340B para proporcionar medicamentos con receta con descuento para los pacientes con tasas de desplazamiento.

**Este formulario debe ser completado cada 12 meses y/o si su situación financiera cambia.**

NOMBRE DE CABEZA DE FAMILIA			LUGAR DE EMPLEO	
LA DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO	TELEFONO
DIRECCION DE CORREO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO	NUMERO ALTERNATIVA

**Por favor de poner a su esposo/a y los dependientes menores de 18 años.**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
YO		DEPENDIENTE	
ESOSO/ESPOSA		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

## Los Ingresos Familiares Anuales

FUENTE DE INGRESOS	YO	ESPOSO/ ESPOSA	OTRO	TOTAL
Ingresos, sueldos, propinas, etc.				
Ingresos de negocio, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, la compensación de los trabajadores, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, veteranos de pagos, prestaciones de sobreviviente, el ingreso de pensión o jubilación.				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de fincas, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia de fuera del hogar, y otras fuentes diversas				
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>				

### NOTA:

**Certifico bajo la pena de perjurio que la declaración en lo que respecta al tamaño de la familia y los ingresos es cierto y correcto a lo mejor de mi conocimiento.** También entiendo que esto no es una garantía de pagos por servicios no cubiertos por la tarifa de desplazamiento y estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de los servicios no cubiertos. También entiendo que esta elegibilidad es para la cobertura descontada solamente para la tarifa de desplazamiento y es eficaz hasta el 31 de marzo de cada año sin importar la fecha de solicitud fue presentada. Debo llevar a la verificación de los ingresos sobre una base anual para continuar la cobertura. También entiendo que podría necesitar traer documentación adicional e información para ser elegible para beneficios específicos.

Nombre

Firma

Fecha

### Uso de la oficina sólo

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Empleado de Elegibilidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Descuento Aprobado: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Fecha Aprobado: \_\_\_\_\_

### Lista de Verificación

Si

No

	Si	No
Identificación/dirección: licencia de conducir, factura de utilidad, ID de empleo u otro		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, w-2, un mes más reciente talones de pago, u otros		
Aseguranza: Tarjetas de Aseguranza/Medicaid		

**De Baca Family Practice Clinic  
Guadalupe Family Dental**  
(575) 355-2414 telephone • (575) 355-7894 fax  
lizstant@plateautel.net

**Hoja de Información de la Escala del Programa de Descuento**  
**Por favor lea:**

- Todos los pacientes con tarifa de deslizamiento son responsables de una tarifa nominal, independientemente de la cantidad que se cobra por la visita o el nivel de calificación del paciente.
- Todas las tarifas nominales se basan por visita.
- Por favor, consulte el documento adjunto SFS horario de tarifas.

**Plan de medicamentos Recetados (340 B DRUG PLAN)**

El 340B Programa de drogas ofrece descuentos en medicamentos recetados para tarifas escalonadas de los pacientes.

- Las recetas del paciente serán enviadas por el proveedor electrónicamente (cuando aplicable) a la farmacia de Addison Drug. Los medicamentos que requieren recetas de papel serán dados al paciente que debe presentarlo a la farmacia de Addison Drug para ser llenado.
- La receta debe estar relacionada con un servicio proporcionado ese día.
- Las recetas se descuentan pero el paciente debe pagar su porción del coste en ese día.

**PROGRAMA DE BENEFICIOS B**

<i>Nivel de ingresos por deslizamiento</i>	<b>Costo de La Droga</b> <i>(la cantidad real que la clínica paga por el medicamento)</i>
Plan A	\$5 tarifa de dispensación + costo de la droga
Plan B	\$5 tarifa de dispensación + costo de la droga + 5%
Plan C	\$5 tarifa de dispensación + costo de la droga + 10%
Plan D	\$5 tarifa de dispensación + costo de la droga + 15%

**Ejemplo:** Un paciente del Plan B tiene una receta para un medicamento que la clínica ha pagado \$3 para comprar. El paciente paga la tarifa de dispensación de \$5 más \$3 por el costo de la droga más un 5% adicional (descuento del Plan B) del costo de la droga (\$3 x 5% = \$.15) para un total de \$8.15.

**FUERA DE ORIGEN LABORATORIO y LAS CUOTAS de RAYOS X**

- Las pruebas de laboratorio y de rayos x que se deben enviar a otro lugar para su procesamiento generarán una cuenta separada. Los pacientes con tarifas de deslizamiento pueden recibir asistencia en estos servicios. Los pacientes necesitan presentar su factura para el pago.
- Los pacientes deben traer sus facturas a la clínica dentro de treinta (30) días de recibo.

## Proceso de Solicitud

Los empleados de la tarifa de desplazamiento están disponibles de Lunes a Viernes para asistir a los pacientes con el proceso de solicitud.

1. Copia de su identificación: Ejemplos incluyen una licencia de conducir, identificación de empleo, factura de servicios públicos o certificado de nacimiento.

Prueba de ingresos: Los ejemplos incluyen la declaración del impuesto sobre los ingresos del año anterior, los talones de pago de w-2 de los últimos 30 días de trabajo, la carta del empleador, o la forma 4506-T.

2. Prueba de tamaño y dependientes del hogar: los ejemplos incluyen Acta de nacimiento, registros de inmunización, registros bautismales o identificación escolar.

Los pacientes calificarán para el programa basado en pautas del ingreso del tamaño del hogar. Los ingresos del paciente no pueden exceder los ingresos máximos enumerados a continuación, según su tamaño familiar. Los ingresos brutos se verificarán para determinar la elegibilidad para los beneficios de descuento.

### **Directrices Federales de Pobreza**

El tamaño de la Familia	Ingresos Máximos
1	\$24,120
2	\$32,480
3	\$40,840
4	\$49,200
5	\$57,560
6	\$65,920
7	\$74,280
8	\$82,640
9	\$91,000
10	\$99,360

Todas las solicitudes de calificación caducarán el 31 de Marzo del año calendario. Recibirá un aviso por correo aproximadamente 45 días antes de que su elegibilidad caduque. En ese momento, debe renovar su solicitud para evitar un lapso de cobertura.

Al solicitar la participación en el programa de escala de tarifas deslizantes, usted acepta la divulgación de información personal no pública sobre usted y los miembros de su hogar (incluyendo cualquier niño menor) a los proveedores participantes y a los pagadores de terceros.

Es su responsabilidad notificarnos si su ingreso o dirección cambia.

\*\* Usted y su familia también pueden ser elegibles para recibir beneficios de Medicaid, la asistencia está disponible a través del programa de extensión y matriculación del consultorio. El Secretario también está disponible para ayudar a los pacientes que deseen inscribirse en el intercambio de seguro médico de Medicaid, la asistencia está disponible a través del programa de extensión y matriculación del consultorio. La recepcionista también está disponible para ayudar a los pacientes que deseen inscribirse en el intercambio de seguro médico.

## **Reconocimiento de los Honorarios del Paciente**

Entiendo que cada visita requiere una tarifa nominal. \_\_\_\_\_ Initial

Entiendo que algunos servicios y procedimientos como el trabajo dental importante y los servicios de laboratorio y de rayos x tienen un nivel de descuento diferente.

\_\_\_\_\_ Initial

Entiendo que debo tener toda la documentación requerida entregada a mi consejero de tarifas deslizantes dentro de los 14 días de mi solicitud antes de que el descuento se aplique a mi factura. Si no proveo esta documentación, seré responsable por el monto total que se cobra por los servicios.

\_\_\_\_\_ Initial

---

Firma de Paciente

---

Empleado de Elegibilidad

---

Fecha

2017-2018 Sliding Fee Scale for Clinic Services										
	SFS Plan A		SFS Plan B		SFS Plan C		SFS Plan D		Not Eligible	
	0-100% FPG		101-133% FPG		134-167% FPG		168-200% FPG		Over 200% FPG	
	Income		Income		Income		Income		Income	
Family Size	From	To	From	To	From	To	From	To	From	To
1	-	12,060	12,061	16,080	16,081	20,100	20,101	24,120	24,121	OVER
2	-	16,240	16,241	20,300	20,301	24,360	24,361	28,420	28,421	OVER
3	-	20,420	20,421	25,525	25,526	30,630	30,631	35,735	35,736	OVER
4	-	24,600	24,601	30,750	30,751	36,900	36,901	43,050	43,051	OVER
5	-	28,780	28,781	35,975	35,976	43,170	43,171	49,320	49,321	OVER
6	-	32,960	32,961	41,200	41,201	49,440	49,441	57,560	57,561	OVER
7	-	37,140	37,141	46,425	46,426	55,170	55,171	63,290	63,291	OVER
8	-	41,320	41,321	51,650	51,651	61,980	61,981	72,310	72,311	OVER
9	-	45,500	45,501	56,875	56,876	68,250	68,251	79,570	79,571	OVER
10	-	49,680	49,681	62,100	62,101	74,520	74,521	86,840	86,841	OVER

**DBFPC and GFD Sliding Fee Discount Program**

**Medical Services**

Annual Preventive Wellness Exams General Primary Care, Diagnostic X-Rays, Common Diagnostic Labs and Screenings	\$20 per visit	\$30 per visit	\$40 per visit	\$50 per visit	Patient Pays Full Charges
---	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------------------

**Behavioral Health Services**

Counseling Services	\$10 per visit	\$15 per visit	\$20 per visit	\$25 per visit	Patient Pays Full Charges
---------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------------------

**Dental Services**

Preventive services only (including preventive x-rays and recare)	\$20 per visit	\$30 per visit	\$40 per visit	\$50 per visit	Patient Pays Full Charges
Diagnostic Exams and Diagnostic X-Rays, Extractions, Fillings, Debridement	\$40 per visit	\$50 per visit	\$60 per visit	\$70 per visit	
<u>Other Specialty Services:</u> Relines, Flippers, Root canals, Surgical Extractions, All Denture Repair, Fillings with pins & pulp caps, SRP, Bone Graft, Alveoloplasty	\$40 per visit \$50 Lab fee (if applicable)	\$60 per visit \$75 Lab fee (if applicable)	\$80 per visit \$100 Lab fee (if applicable)	\$100 per visit \$125 Lab fee (if applicable)	Patient Pays Full Charges

**Equipment Based Dental Services**

Dentures, Partials, Crowns, Bridges and Implants	40% Discount	35% Discount	30% Discount	25% Discount	Patient Pays Full Charges
--	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------------------