

## De Baca Family Practice Clinic

### 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 aquellos servicios o equipos que se compren desde el exterior.

Los pacientes con cuota de desplazamiento pueden recibir un descuento en servicios de diagnóstico externos, incluyendo patología, laboratorio y pruebas de radiología. DBFPC proporcionará asistencia para las facturas de laboratorio y rayos x. Los pacientes deben traer sus fracturas a la clínica dentro de los **sesenta (60) días** de la fecha de servicio. 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/ESOSA		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
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**  
(575) 355-2414 telephone • (575) 355-7894 fax  
liz.stanton@debacaclinic.com

**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 de 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**

<b>Nivel de ingresos por desplazamiento</b>	<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**

- La patología, las pruebas de laboratorio y de rayos x se deben enviar a otro lugar para su procesamiento generarán una factura 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 **sesenta (60) días** de la fecha de servicio.

## 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 de hogar: los ejemplos incluyen Acta de nacimiento, registros de inmunización, registros bautismales o identificación escolar.

Los pacientes calificarán para el programa basado en pautas de ingreso de tamaño del hogar. Los ingresos de 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	\$30,120
2	\$40,880
3	\$51,640
4	\$62,400
5	\$73,160
6	\$83,920
7	\$94,680
8	\$105,440

Todas las solicitudes de calificación caducarán el 31 de Marzo del año calendario. Recibirá 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