

Centro de Salud de Squirrel Hill
Instrucciones para la solicitud de descuentos

El Centro de Salud de Squirrel Hill ("SHHC") proporciona atención médica, dental, servicios de salud mental y servicios de farmacia a todos los pacientes, sin importar su capacidad para pagar. Para las personas o familias que no tienen seguro médico o con seguro insuficiente, el SHHC ofrece un programa de tarifas con descuentos para los pacientes cuyo ingreso familiar es inferior al 200% del nivel de pobreza establecido por el gobierno federal. Los pacientes cuyos ingresos familiares están en, o por debajo del 100% del nivel de pobreza pagarán sólo una cuota nominal. Los hogares con ingresos entre el 101-200% recibirán un descuento del total, dependiendo del descuento aprobado. SHHC actualiza los niveles de pobreza cada año tan pronto como el Gobierno Federal publica las nuevas tarifas.

A cualquier paciente que no tenga seguro médico o que tenga un seguro médico con cobertura limitada, se le invita a aplicar usando la solicitud aquí adjunta. Una vez que el SHHC reciba la solicitud y *todas las pruebas necesarias de ingresos*, se revisará; y si califica, se determinará el descuento. Las solicitudes completas serán revisadas y se determinará el descuento durante los 30 días de recibida. Si el ingreso familiar está por encima de 200% del nivel de pobreza, no se nos permite proporcionar ningún descuento a través de esta aplicación; sin embargo, estos pacientes serán elegibles para establecer plan de pago sin intereses. Si el paciente está asegurado, pero cumple con los requisitos de ingreso para un descuento, el SHHC someterá todos los cargos a la compañía de seguros primero y luego para el saldo que quede, el paciente será elegible para el programa de descuento.

Los niños son elegibles para el programa de descuento, sólo si NO califican o se les ha negado asistencia médica o la cobertura de Chip. Si los padres necesitan ayuda para solicitar la cobertura de Asistencia Médica o Chip, el SHHC los puede referir a una agencia que puede ayudarlos a través de ese proceso.

Los pacientes que no califican para un descuento, o que todavía tienen un saldo a pagar después de haber sometido la aplicación para descuento, son elegibles para un plan de pago sin intereses. Los pacientes interesados en un plan de pagos deben contactar al personal de facturación o del departamento dental para arreglar un plan de pagos.

Para todos los servicios no urgentes, especialmente servicios dentales, la aplicación para descuento debe ser completada antes de la primera cita. En el caso de una verdadera emergencia, no se les negará tratamiento a los pacientes, mientras que la aplicación es completada a aprobada. Los pacientes deben presentar la solicitud de descuento dentro de los 30 días siguientes a su primera cita. Si no puede presentar los documentos dentro de ese tiempo, por favor hable con el encargado de facturación o personal de la oficina dental quienes pueden darle una extensión de tiempo. Si tiene dificultad para comprender o completar la solicitud, la trabajadora social, o el personal de facturación o de la oficina dental pueden ayudarle con este proceso. **El no completar la solicitud, dará lugar a que el paciente sea responsable de pagar el 100% de los cargos correspondientes de la visita junto con los cargos del laboratorio de Quest. Es en su mejor interés que aplique para la solicitud de descuento.**

Durante el proceso de la aplicación, usted será responsable de pagar la cuota nominal en cada visita. Si después de que la solicitud sea aprobada usted no califica para la cuota nominal, se le enviará una factura con la diferencia entre la cuota nominal y el nivel aprobado. En futuras visitas, usted será responsable de hacer el pago correspondiente. Una vez más, si usted no puede hacer el pago completo, un plan de pagos sin intereses se puede arreglar.

Esta es una lista de las tarifas:

	MEDICO	DENTAL	SALUD MENTAL	PRESCRIPCIONES PARA FARMACIA
Nivel Federal de Pobreza de 100% o menos	\$15.00	\$25.00	\$5.00	Costo de prescripción mas \$3.00
Nivel Federal de Pobreza de 101%-125%	\$25.00	descuento de 80%	\$6.00	Costo de prescripción mas \$4.00
Nivel Federal de Pobreza de 126%-150%	\$35.00	descuento de 60%	\$7.00	Costo de prescripción mas \$5.00
Nivel Federal de Pobreza de 151%-175%	\$45.00	descuento de 40%	\$8.00	Costo de prescripción mas \$6.00
Nivel Federal de Pobreza de 176%-200%	\$55.00	descuento de 20%	\$9.00	Costo de prescripción mas \$7.00
Nivel Federal de Pobreza de 201% o mas	Pago completo	Pago completo	Pago completo	Pago completo

Puede haber cargos adicionales para servicios dentales, los cuales no se consideran cubiertos por el decuento.

Para cualquier duda que tenga acerca d esta aplicación, por favor llame a la oficina de finanzas al 412-904-5281. Una vez que llene la aplicación, favor de enviarla acompañada de toda la documentación necesaria a:

Squirrel Hill Health Center
Billing Liaison
4516 Browns Hill Road
Pittsburgh, PA 15217

Centro de Salud de Squirrel Hill
Solicitud para descuentos

Prueba de ingresos:

El Centro necesita documentos más recientes de cada persona que trabaje y que viva en la misma casa. La lista en orden de preferencia de pruebas de ingreso que puede usar es:

- ❖ Tres (3) talones de cheque (los más recientes) que también demuestran el total que ganó este año
- ❖ Declaración de los recibos de pensiones, seguro social, discapacidad, compensación de trabajador, y/o beneficios de desempleo
- ❖ Declaración de los beneficios públicos (Welfare), beneficios de dinero en efectivo
- ❖ Prueba de negación de asistencia médica que muestre ingresos
- ❖ Carta del jefe/patrón que verifique los ingresos

Si usted no tiene ninguna de la información solicitada arriba, por favor hable con el personal de facturación para preguntar que otra información puede usar como prueba de ingreso. Esto puede incluir formas de impuestos pasadas, estados de cuenta o una declaración jurada por escrito.

Información del hogar:

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Tel. de oficina/ otro teléfono: _____

1. ¿Es usted un(a) estudiante? ___ No ___ Sí De tiempo completo _____ De tiempo parcial _____
Escuela: _____
2. ¿Aparece usted como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ___ No ___ Sí
3. ¿Está usted, o alguna persona que vive con usted embarazada? ___ No ___ Sí Nombre: _____
4. ¿Tiene usted seguro médico? ___ No ___ Sí Nombre/Tipo del seguro: _____

Por favor liste la gente a quien usted apoya con dinero o quien le apoya a usted con dinero que vivan en la misma casa.

Nombre	Parentesco	Niño(a) menor de 18 años elegible para CHIP	Patrón y número de horas que trabaja a la semana
1.	YO		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

Continuación de información del hogar:

¿Para cuáles servicios y beneficios ha aplicado usted, y los ha recibido o le han sido negados?

	Aplicado	Negado	Recibido, fecha, cantidad mensual
Asistencia médica	_____	_____	_____
Desempleo	_____	_____	_____
Seguro social	_____	_____	_____
Discapacidad	_____	_____	_____
Compensación del trabajador	_____	_____	_____
Sustento de menores	_____	_____	_____
Pensión alimenticia	_____	_____	_____
Estampillas de comida	_____	_____	_____
Asistencia pública (welfare)	_____	_____	_____
Otros beneficios	_____	_____	_____

¿Tiene usted otras deudas de hospital actualmente? No Sí

Si es así, ¿de dónde son las cuentas? _____

El Centro de Salud de Squirrel Hill no le puede ayudar a pagar saldos de otras clínicas u hospitales. Sin embargo, sí podemos recomendarle otros programas que podrían ayudarle con los pagos.

Cómo funciona la Escala de Pago con Descuentos *

Aquí se muestra una tabla con algunos de los cargos más comunes que podría tener en su visita al Centro de Salud de Squirrel Hill. La tabla muestra el costo que el paciente tendrá que pagar basado en el descuento otorgado.

Tipo de visita:	Precio total	Descuento completo	Descuento del 80%	Descuento del 60%	Descuento del 40%	Descuento del 20%	No califica
Paciente nuevo Visita limitada 99203	\$210.00	\$15.00	\$25.00	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$210.00
Paciente establecido Visita limitada 99213	\$157.00	\$15.00	\$15.00	\$30.00	\$45.00	\$60.00	\$157.00
Visita inicial de Salud Mental 90792	\$290.00	\$5.00	\$6.00	\$7.00	\$8.00	\$9.00	\$290.00
Visita Prenatal 4-6 59425	\$190.00	\$15.00	\$25.00	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$190.00
Exámen oral con radiografías D0150 & D0210	\$182.00	\$25.00	\$36.40	\$72.80	\$109.20	\$145.60	\$182.00

***Por favor note que esta tabla muestra solamente estimados. Cargos adicionales pueden aplicar.**

Al firmar abajo, entiendo que más información puede ser requerida antes de que se determine mi elegibilidad.

Al firmar abajo, certifico que toda la información que he presentado es verdadera. Entiendo que cualquier información incorrecta, incompleta, o falsa que haya proporcionado, o que alguien haya proporcionado por mí, podría cancelar mi aplicación para ayuda financiera.

Todos los miembros de la familia que son adultos y que firman abajo, autorizan la liberación de registros médicos, financieros, o de empleo que estén relacionados directamente con su asistencia médica o elegibilidad de ayuda financiera. Esta información puede ser liberada a cualquier proveedor de asistencia médica con quien el Centro esté trabajando para asegurar servicios médicos auxiliares de parte del paciente. Toda la información proporcionada permanecerá confidencial bajo las regulaciones federales de HIPAA, y no será divulgada a ninguna otra agencia gubernamental.

Estoy de acuerdo en que reembolsaré el total de ayuda financiera que he recibido del Centro de Salud de Squirrel Hill si recibo cualquier pago para los servicios médicos o dentales cubiertos por esta aplicación. Por ejemplo: pagos de seguro médico o dental, pagos de programas de gobierno, dinero ganado en alguna demanda o cualquier otro pago.

Si recibo ayuda financiera, acepto avisar al Centro de Salud de Squirrel Hill de cualquier cambio que podría afectar mi elegibilidad, incluyendo cambios en el tamaño de mi familia, ingreso, y cobertura de seguro médico o dental. Entiendo que si yo o alguien en mi familia puede ser elegible para un programa de ayuda público o seguro médico, yo aplicaré a estos programas y proporcionaré esta prueba de la aplicación al Centro de Salud de Squirrel Hill.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Regresar la información a:

Squirrel Hill Health Center
Attn: Billing Liaison
4516 Browns Hill Road
Pittsburgh PA 15217

Números telefónicos importantes:

Citas Médicas: 412-422-7442
Citas Dentales: 412-697-7997
Facturación: 412-904-5281
Número de Fax: 412-904-5025