

# PROGRAMA DE DESLIZAMIENTO: REGLAS Y PROCEDIMIENTOS

FMC = Family Medicine Center (Clínica)	Tel: 254-729-3411
LMC = Limestone Medical Center (Hospital)	Tel: 254-729-3281
RFHC = Rettig Family Healthcare (Clínica)	Tel: 254-729-3740
KCHC = Kosse Community Healthcare (Clínica)	Tel: 254-375-7001

**Porfavor recuerde que el Programa de Delizamiento es un beneficio para usted. Sera requerido seguir los procedimientos y polizas para mantenerse activo y elegible en el programa.**

## **REQUISITOS & RESPONSABILIDADES DE PAGO DEL PACIENTE:**

1. Al programar su cita, es su responsabilidad notificar a la recepcionista de su descuento activo, mostrándoles su tarjeta de escala móvil. Si usted no tiene una tarjeta, puede obtener una tarjeta de reemplazo en el mostrador de admisión ambulatoria en el Centro Médico.
2. FMC pacientes de la clínica, que son de forma activa en la lista de tarifas de descuento deslizante, se espera que pague por su consulta vi después de los servicios que se reciben. Usted hará esto en el mostrador de registro en su salida. El pago dependerá de la visita al consultorio, y si recue otros exámenes, el descuento será aplicado a los cargos totales. Si no paga no será elegible para el programa de descuento. Si no puede pagar su porción, tendrá que reprogramar su cita o hablar con el gerente de la oficina de FMC.
3. Si se le trata en la sala de emergencias de LMC, se le pedirá que pague una tarifa nominal de emergencia de \$ 50.00. Esta tarifa será restada de su total de ER con descuento.
4. Tenga en cuenta que los servicios prestados por los médicos de urgencias contratados no están cubiertos por el programa de descuento. Usted recibirá la factura del médico de una compañía llamada Concord.
4. Servicios prestados en LMC, como s de laboratorio y radiología, se suman y el descuento se aplicará en el momento de servicio, pago debe ser recibida antes de los servicios. Tenga en cuenta que si usted recibe servicios a través del department de radiología, no puede recibir descuent en factura del radiólogo contraído en el Radiology Partners.
5. Usted está obligado a establecer un plan de pago y hacer un pago cada mes hacia cualquier balance pasado que debe a fin de permanecer en el programa de honorarios, esto se puede hacer en el mostrador de registro ambulatorio en LMC.
6. Si se mueve, o hay un cambio en su situación financiera, debe notificar a LMC dentro de los 14 días del cambio.

## **ELEGIBILIDAD:**

1. Sólo se aplica a las visitas clínicas programadas a la enfermera practicante, asistente médico o médico. Este programa no se aplica a cualquier instalación o proveedor que no sea LMC, FMC, RFHC y KCHC. No se aplica a doctores de Concord, radiologo, y laboratorios fuera.
2. Debe cumplir con los criterios financieros definidos en el Plan de descuentos aprobado por la Junta.
3. Debe proporcionar una identificación válida con fotografía, tarjeta de seguro social, comprobante de domicilio, y la verificación de los ingresos con la aplicación móvil de tarifas completado. Verificación de ingresos aceptable incluye las declaraciones de impuestos de años anteriores, talones de pago actuales, verificación por escrito de los salarios de empleador, carta de desempleo, la verificación de la seguridad social, estado de cuenta bancario, cheque de incapacidad, o una carta de elegibilidad para asistencia en efectivo.
- 4.

### **Criterios financieros:**

Su elegibilidad y descuento se basará en las pautas federales de pobreza. Este horario será revisado al menos anualmente para reflejar cualquier cambio en las pautas federales de pobreza.

### **Servicios cubiertos:**

1. Se aplica a los servicios no contratados previstas en el LMC, FMC, RFHC, KCHC.
2. No se aplica a doctores de Concord, radiolog, y laboratorios fuera.

# PROGRAMA ESCALA DESLIZANTE

## SOUTH LIMESTONE HOSPITAL DISTRICT

(LIMESTONE MEDICAL CENTER, FAMILY MEDICINE CENTER, RETTIG FAMILY HEALTH CARE AND KOSSE COMMUNITY HEALTH CLINIC)

Entregue sus aplicaciones a Limestone Medical Center de lunes a viernes durante las 8:30 a 5:00 al escritorio de registro. *(Las aplicaciones pueden ser entregados en la sala de emergencia 24/7, siempre y cuando se proporcionan todos los elementos necesarios que se especifican a continuación).*

\* **El paciente debe proporcionar:**

→ **ID de imagen válida o licencia de conductor TX**

→ **Prueba de Dirección:**

○ *Correo con el nombre y la dirección del paciente*

→ **Prueba de ingreso** ***(Proporcionar al menos una de las siguientes):***

○ *Declaración de impuestos del año anterior*

○ *Talón de cheque actual*

○ *Verificación escrita de los salarios del empleador*

○ *Carta de desempleo*

○ *Cheque del seguro social*

○ *Extracto de cuenta (de banco)*

○ *Cheque de incapacidad*

○ *Carta de elegibilidad para asistencia en efectivo*

○ *LMC Carta de Apoyo*

# SOLICITUD DE CUOTA DE ESCALA DESCUENTO CONFIDENCIAL

Por favor lea la siguiente información cuidadosamente: Es la política de South Limestone Hospital District to proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago de los pacientes.

El paciente debe proporcionar los elementos necesario tal y como se describe en el procedimiento de la escala deslizando al entregar esta aplicación .

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
El nombre del solicitante:			Fecha de nacimiento:	
		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Usted reside dentro de Groesbeck ISD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa #:		Teléfono móvil #:		
¿Tiene seguro de salud?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Casado?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Está trabajando?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Lugar de empleo:			Número de teléfono del empleador:	

LOS MIEMBROS DEL HOGAR				
Listar todos los miembros de la familia ABAJO	DOB	RELACIÓN	Seguro de Salud que este miembro de la familia tiene	¿Está empleado este miembro de la familia?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

INGRESO DEL HOGAR				
Por favor seleccione si va enumerando los <input type="checkbox"/> anual, <input type="checkbox"/> mensual, o <input type="checkbox"/> cantidades de ingresos semanales de abajo.				
FUENTE	YO	ESPOSA	OTRO	TOTAL
Salarios, propinas, etc.				
Ingresos por negocios, por cuenta propia y dependientes				
Compensación de desempleo, compensación de trabajadores, Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, Asistencia Pública, Pagos de Veteranos, Beneficios de Sobreviviente, Pensión o Ingreso de Retiro				
<b>INGRESOS TOTALES:</b>				

- Todo lo que información en esta solicitud es exacta y completa, a lo mejor de mi conocimiento.
- Se aplica unicamente a los servicios de South Limestone Hospital District (no cubre servicios externos como medicos de emergencia , radiologia etc..)
- No estoy participando en ningun programa indigente.
- Entiendo que tengo que aplicar de nuevo cada 12 meses despues de la fecha de apruebo.

**X** \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante / Responsable

\_\_\_\_\_

Fecha

*Official Use Only*

ID/ DL     Proof Of Address     Proof of Income: \_\_\_\_\_

Verified/ reviewed by: \_\_\_\_\_ Discount:  60%  70%  80%  90%  100%

Expires: \_\_\_\_\_

Limestone Medical Center  
701 McClintic Drive  
Groesbeck, TX. 76642  
254-729-2014

## Escala de Programa- Carta Soporte

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

**\*\* POR FAVOR IMPRIMIR \*\***

Yo, \_\_\_\_\_, apoyar financieramente  
\_\_\_\_\_ mediante el pago de todos los gastos de vida que él  
/ ella incurre porque él / ella no tiene ninguna fuente de ingresos. Proporciono comida ,  
refugio y otros servicios que no pueden ser enumerados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
*Impreso Nombre del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Firma Representante*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono del representante*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono del testigo*