



Watts Healthcare Corporation

PROGRAMA DE DESCUENTOS SLIDING FEE SCALE (SFS)

Watts Healthcare Corporation (WHCC) ofrece un programa de descuentos escalonado de tarifas ajustables, mejor conocido por sus siglas en inglés como SFS para pacientes de bajos ingresos y / o sin seguro médico.

Adjunto verá la escala de tarifas ajustables del programa de descuentos SFS.

SERVICIOS MÉDICOS

Escala de tarifas ajustables del programa de descuentos (SFS) para servicios médicos

Tarifa nominal: El paciente paga \$30.00 por cada visita a la oficina

Nivel B: El paciente paga \$35.00 por cada visita a la oficina

Nivel C: El paciente paga \$40.00 por cada visita a la oficina

Nivel D: El paciente paga \$50.00 por cada visita a la oficina

Nivel E: El paciente paga \$80.00 por cada visita a la oficina

- Los niveles B y superiores no pagarán menos que la tarifa nominal.
- Los pacientes por encima del 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL) no son elegibles para los descuentos SFS.
- Watts solicita el pago de la tarifa de descuento SFS el día que se presta el servicio.
- Hay un descuento del 50% para los servicios prestados el mismo día en la clínica después de horas hábiles.

¿Qué no está cubierto bajo el programa de descuentos SFS?

- Medicamentos - Recetas médicas
- Servicios fuera de alcance (Servicios que no son necesarios o adicionales en el ámbito federal de servicios de WHCC)

Los servicios no cubiertos podrían cubrirse si se inscribe y califica en otros programas de cobertura de salud.

SERVICIOS DENTALES

Escala de tarifas ajustables del programa de descuentos (SFS) para servicios dentales

Tarifa nominal: El paciente paga \$50.00 por cada visita a la oficina

Nivel B: El paciente paga \$55.00 por cada visita a la oficina

Nivel C: El paciente paga \$60.00 por cada visita a la oficina

Nivel D: El paciente paga \$70.00 por cada visita a la oficina

Nivel E: El paciente paga \$100.00 por cada visita a la oficina

- Los niveles B y superiores no pagarán menos que la tarifa nominal.
- Los pacientes por encima del 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL) no son elegibles para los descuentos SFS.
- Watts solicita el pago de la tarifa de descuento SFS el día que se presta el servicio.

¿Qué no está cubierto bajo el programa de descuento SFS para los servicios dentales?

- Medicamentos - Recetas médicas
- Costo si se usa laboratorios independientes (cargo al costo de WHCC)
- Suministros (cargo al costo de WHCC)



Watts Healthcare Corporation

- Servicios fuera de alcance (Servicios que no son necesarios o adicionales al alcance federal de servicios de WHCC)

CONDICIONES DEL PROGRAMA SLIDING FEE SCALE (SFS)

A NINGÚN paciente se le negará los servicios por incapacidad de pago.

1. Para calificar para el Programa de descuento Sliding Fee Scale (SFS), deberá traer la prueba de ingresos de su familia dentro de 10 días.
 - a. Prueba de ingreso: 2-4 talones del pago de salario, formularios de impuestos, una carta del empleador, documentos que verifican la cantidad de ingresos de otras fuentes, por ej. Desempleo, SSI, pensión alimenticia, manutención infantil, etc.
 - b. Si no tiene la prueba de ingreso en su primera visita o cita, estime el ingreso bruto anual actual de su familia; pero deberá traer la documentación de comprobación al centro de salud dentro de 10 días.
2. Si su prueba de ingresos es elegible, recibirá un descuento por 6 meses. Los pacientes deben volver a aplicar para el programa SFS después de transcurridos 6 meses.
3. Es posible que califique para Medi-Cal, My Health LA, Covered California u otros programas de cobertura de salud subsidiados. A pesar de que no es un requisito que se inscriba en nuestro Programa de descuento Sliding Fee Scale (SFS), podemos ayudarle a hacer una cita con un consejero certificado para determinar si usted es elegible para este programa.
4. Si usted no trae las pruebas de ingresos dentro de la fecha especificada, se le puede cobrar el costo de su próxima visita. A ningún paciente se le niega el cuidado por incapacidad para pagar.
5. ¿Qué no está cubierto por el Programa de descuentos Sliding Fee Scale (SFS) para servicios médicos?
 - Medicamentos - Recetas médicas
 - Servicios fuera de alcance (Servicios que no son necesarios o adicionales en el ámbito federal de servicios de WHCC)
6. ¿Qué no está cubierto por el Programa de descuentos Sliding Fee Scale (SFS) para servicios dentales?
 - Medicamentos - Recetas médicas
 - Suministros (carga al costo de WHCC)
 - Servicios fuera de alcance (Servicios que no son necesarios o adicionales en el ámbito federal de servicios de WHCC)

Entiendo que necesito traer pruebas de Ingresos por _____ para recibir mi estatus de Descuento del programa SFS.

A NINGÚN paciente se le negará los servicios por incapacidad para pagar.



Watts Healthcare Corporation

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA SFS

El día de hoy		Nombre					
Fecha de nacimiento		Dirección					
Ciudad			Estado		Código postal		
Teléfono de casa			Teléfono del trabajo			Teléfono móvil	
¿Desea programar una cita con un consejero certificado de inscripción para ver si usted y/o los miembros de su familia son elegibles para Medi-Cal o seguro de salud subsidiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Solicitar la cobertura de salud NO es un requisito previo para la elegibilidad de Descuento del programa SFS.							

Por favor liste todos los miembros de la familia inmediata y las personas que viven en su hogar (cónyuge o compañero(a) y los niños menores de 19 años) y que dependen del ingreso familiar. No incluya a huéspedes, padres mayores o compañeros de cuarto.

Nombre de los miembros de familia	Sexo F/M	Fecha de nacimiento	'X' si no hay seguro de salud	¿Tiene cobertura de seguro? Clase: Medi-Cal, Medicare, Privado, Covered California, u otro (especifique)
1. (Yo)				
2. (Esposo/a)				
3. (Niño)				
4. (Niño)				
5. (Niño)				



Watts Healthcare Corporation

¿Cuál es su ingreso familiar bruto ANTES de las deducciones? Incluya a continuación todos los adultos mayores de 19 años que trabajan:

Nombre de los miembros del hogar que reciben ingresos	Ingreso anual estimado (por persona) (ingreso mensual x 12)	Fuentes de ingresos (Empleo, seguridad social, pensión, jubilación, compensación al trabajador, pensión alimenticia, etc.)	Prueba de ingreso Fecha de solicitud / fecha de verificación	Notas del personal de WHCC
1. (Yo)	\$			
2.	\$			
3.	\$			

Certifico que la información sobre el ingreso y número de miembros del hogar es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. He leído la aplicación de descuento de Sliding Fee Scale (SFS) y cumpliré con todos los requisitos de descuento de SFS.

- Entiendo y estoy de acuerdo en que soy responsable de notificar a Watts Healthcare Corporation de cualquier cambio en cuanto al número de miembros de mi familia, así como si hay cambio en los ingresos completando una nueva solicitud.**
- Entiendo que mi aprobación al programa SFS es válida por seis meses a partir de la fecha de aprobación con todos los documentos requeridos.**
- Entiendo que soy responsable de pagar el co-pago de la visita al consultorio en el momento del servicio junto con cualquier otro cargo que pueda incurrir durante mi visita. Es decir. pruebas de laboratorios, procedimientos y radiografías no cubiertas por el programa.**
- Entiendo que si no proveo toda la documentación requerida dentro de los 10 días de esta solicitud, no seré aprobado para un descuento por SFS y seré responsable por todos los cargos incurridos en mi próxima visita.**

Firma del solicitante		Fecha	
-----------------------	--	-------	--

Favor traer su comprobante de ingresos dentro de 10 días de haber presentado la solicitud.

PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE:

Personal de WHCC: _____ Fecha: _____ Fecha de terminación del SFS _____

Por su ingreso mensual estimado es de \$ _____ y los _____ miembros en su familia, usted califica para el nivel _____ de SFS (10 días – En Estado Pendiente).

Basados de sus ingresos mensuales de \$ _____ y los _____ miembros en su familia, usted y califica para el nivel de SS _____ (6 meses).

Para cada visita a la oficina, el paciente pagará: \$_____ (Cuidado Medico) \$_____ (Dental) que no incluye los costos por honorarios de laboratorio, medicamentos, rayos X y suministros. El paciente es responsable de estos costos adicionales.



Watts Healthcare Corporation

Quizás puede ser elegible para los siguientes programas de cobertura de salud:

Programas de Seguro de Salud con Subsidios Públicos

- Covered California
- Medi-Cal para niños y adultos
- Medi-Cal Access Program (programa para mujeres embarazadas)

Programas subvencionados públicamente para personas no aseguradas

My Health LA (Mi Salud LA): Atención primaria, dental

- My Health LA (Mi Salud LA): Atención primaria y Cuidado dental
- **Cada mujer cuenta:** Cáncer de cuello uterino y mamografía
- **Programa de Prevención de la Salud Infantil y la Discapacidad (CHDP):** Exámenes físicos e inmunizaciones para niños de 0-18 años de edad
- **Programa Integral de Servicios Perinatales (CPSP):** Atención Integral Perinatal
- **Programa Fam PACT:** Control de la natalidad, planificación familiar, detección de ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual), pruebas de embarazo, prueba PAP
- **CALFRESH:** Programa de Asistencia Nutricional (Nutrition Assistance Program o SNAP)

Clases y Asesoramiento WHCC

- Educación para la Salud
- Diabetes
- Abuso de Sustancias
- Nutrición
- Dejar de fumar
- Salud mental