

Hoja de información de la Escala Proporcional

Universidad del Este del Estado de TN
Centros de Salud Comunitarios

¿Qué es el programa de la escala proporcional?

El programa de la escala proporcional permite los Centros de Salud Comunitarios para hacer sus servicios más razonable para cualquiera que califique basado en ingresos y tamaño de la familia.

¿Cómo aplico?

Usted es elegible para aplicar en su primera visita al completar la aplicación de la escala proporcional. Usted necesitará proveer prueba de ingresos de los habitantes de su casa para ser elegible para el programa.

¿Qué puedo traer como comprobante de ingresos?

Usted puede traer cualquiera de los siguientes:

- ◆ Dos talones de cheque de pago consecutivos
- ◆ Formas de impuestos-1040
- ◆ Carta de estampillas de comida
- ◆ Carta de incapacidad
- ◆ Comprobante de estado de cuenta bancario
- ◆ Carta de compensación de desempleo o copia del cheque
- ◆ Carta de Verificación de su empleador (Nuestra oficina de recepción provee esta forma)

¿Qué pasa después?

1. Existen cinco niveles de descuento basado en el ingreso anual y el tamaño de la familia. El descuento es deducido de los cargos estándares y se mantendrá válido por un año a partir de la fecha de aplicación.
2. Una vez aprobado, usted deberá reportar cualquier cambio en sus ingresos, tamaño de la familia, o estado de seguro.

¿Cuánto Debo?

La cantidad de su descuento depende del tamaño de su familia e ingresos. Siempre se le requerirá \$25.00 **servicios médicos**. Este pago mínimo siempre es esperado en el momento de llegada, como también el pago de cualquier saldo retrasado. Si es incapaz de pagar su balance, el personal del frente le asistirá a programar un plan de pago.

Se le enviará una factura de cobro con todos los saldos restantes 30 días después de haberle proveído el servicio.

Ejemplo de la escala proporcional de pagos basado en ingreso mensual para una familia de 1 habitante:

- ◆ \$800.00 = 100% descuento—paciente es responsable por el pago nominal de \$25.00
- ◆ \$1,100.00 = 75% descuento—paciente es responsable por \$40.00
- ◆ \$1,400.00 = 50% descuento—paciente es responsable por \$55.00
- ◆ \$1,800.00 = 25% descuento—paciente es responsable por \$70.00
- ◆ \$2,000.00 = 0% descuento—paciente es responsable por el 100% de los cargos

***Por favor refiérase al horario adjunto de escala de pago para determinar los cargos por servicios adicionales.**

Preguntas Frecuentes:

¿Es el Centro de Salud Comunitario una clínica gratis? – No, todos los pacientes son responsables por una porción del costo del cuidado.

¿Qué pasa si no tengo ningún ingreso? Usted siempre puede aplicar para el programa de la escala proporcional. Nuestro personal de recepción podrá asistirle.

¿Por qué es necesario que yo demuestre mi identificación? Nosotros queremos proteger su información y su identidad. Esto ayuda a prevenir que alguien más pretenda ser usted y su elegibilidad o robar su identidad. Se requiere por lo menos una prueba de identificación con foto (ejemplo: su licencia de manejo, pasaporte, visa, tarjeta de residencia estadounidense, o tarjeta de identificación escolar).

¿Podré siempre aplicar para escala proporcional si tengo seguro médico? Sí; si usted califica para la escala proporcional el descuento le podrá ayudar a reducir el costo de servicios que su seguro no cubre.

¿Por cuánto tiempo estaré en el programa de descuento de la escala proporcional? La elegibilidad es renovada cada 12 meses o cuándo haya algún cambio en los ingresos o su seguro médico. Es importante para mantener su información actualizada. Por favor informe a los empleados de la recepción de cualquier cambio en el ingreso de la familia o de seguro.

Tabla de Ingresos Basada en las Guías Federales de Proeza para el Año 2015 (26 de Enero de 2015)

Ingreso Anual u su Tarifa de Descuento, Clase de Pago, y Porcentaje (%) de Pobreza					
Número de Miembros en la Familia	(A) \$25.00 Tarifa Nominal	(B) \$40.00	(C) \$55.00	(D) \$70.00	(E) 100% Pago No Descuento
Pobreza	100%	133%	175%	200%	>200%
1	0.00	11,770	15,654	20,598	23,540
2	0.00	15,930	21,187	27,878	31,860
3	0.00	20,090	26,720	35,158	40,180
4	0.00	24,250	32,253	42,438	48,500
5	0.00	28,410	37,785	49,718	56,820
6	0.00	32,570	43,318	56,998	65,140
7	0.00	36,730	48,851	64,278	73,460
8	0.00	40,890	54,384	71,558	81,780

Note: El límite máximo de ingresos para pagar la tarifa nominal es igual al nivel de pobreza federal. Las guías federales de pobreza para el año 2015 aumentan \$4,160 por cada miembro de la familia.

Margen de Ingreso Mensual y su Tarifa de Descuento, Clase de Pago, y Porcentaje (%) de Pobreza					
Número de Miembros en la Familia	(A) \$25.00 Tarifa Nominal	(B) \$40.00	(C) \$55.00	(D) \$70.00	(E) 100% Pago No Descuento
Pobreza	100%	133%	175%	200%	>200%
1	0.00	981	1305	1717	1962
2	0.00	1328	1766	2323	2655
3	0.00	1674	2227	2930	3348
4	0.00	2021	2688	3537	4042
5	0.00	2368	3149	4143	4735
6	0.00	2714	3610	4750	5428
7	0.00	3061	4071	5357	6122
8	0.00	3408	4532	5963	6815

Note: El ingreso mensual es igual al anual dividido entre 12 meses.

HORARIO DE PAGOS POR SERVICIOS DE ESPECIALIDAD

Evaluación de Audiología	(A) \$35.00	(B) \$50.00	(C) \$65.00	(D) \$80.00	(E) No
*\$15.00 cada visita consecutiva de seguimineto					
**los precios no incluyen aparatos de oido					
Evaluación Inicial de Nutricion	(A) \$25.00	(B) \$40.00	(C) \$55.00	(D) \$70.00	(E) No
*\$15.00 cada visita consecutiva de seguimineto					
Evaluación del Habla y el Lenguaje	(A) \$35.00	(B) \$50.00	(C) \$65.00	(D) \$80.00	(E) No
*\$15.00 cada visita consecutiva de seguimineto					
Evaluación de Terapia Física	(A) \$35.00	(B) \$50.00	(C) \$65.00	(D) \$80.00	(E) No
*\$15.00 cada visita consecutiva de seguimineto					

TABLA DE PAGOS DE OTROS SERVICIOS

Radiología	(A) \$50.00	(B) \$50.00	(C) \$50.00	(D) \$50.00	(E) No
Ecografía	(A) \$75.00	(B) \$75.00	(C) \$75.00	(D) \$75.00	(E) No

TABLA DE PAGOS POR SERVICIOS DENTALES

Procedimiento	Costo	Procedimiento	Costo	Procedimiento	Costo
Limpieza	(A) \$20.00	(B) \$20.00	(C) \$20.00	(D) \$20.00	(E) No
Selladuras Dentales	(A) \$12.00	(B) \$12.00	(C) \$12.00	(D) \$12.00	(E) No
Radiografias Completas de la Boca	(A) \$30.00	(B) \$30.00	(C) \$30.00	(D) \$30.00	(E) No
Radiografias con Aleta Mordible	(A) \$20.00	(B) \$20.00	(C) \$20.00	(D) \$20.00	(E) No
Radiografia Individual	(A) \$5.00	(B) \$5.00	(C) \$5.00	(D) \$5.00	(E) No

TABLA DE COSTOS DE LABORATORIOS

Procedimiento	Costo	Procedimiento	Costo	Procedimiento	Costo
Venopunción	\$ 6.00	Hemoglobina	\$ 14.00	Prueba de VSR(virus Sincitial Respiratorio)	\$ 41.00
Puntura Capilar	\$ 7.00	H. Pylori	\$ 27.00	Estreptococo	\$ 6.00
Billirubina	\$ 14.00	Prueba de Influenza	\$ 20.00	Trichomonas	\$ 26.00
Prueba de VB (Vaginosis Bacteriana)	\$ 26.00	Plomo	\$ 25.00	Prueba Automatizada de Orina	\$ 5.00
Creatinina	\$ 15.00	Perfil Lipídico	\$ 21.00	Prueba de Embarzo en Orina	\$ 5.00
Glucosa Cuantitativa	\$ 5.00	Prueba de Mononucleosis	\$ 6.00	Prueba de Microalbúmina en Orina	\$ 15.00
Prueba de Sangre Oculta en Material Fecal	\$ 9.00	pH, Fluido Corporale	\$ 5.00	Prueba Fresca	\$ 4.00
Hemoglobin (A1C)	\$ 18.00	Razón Internacional Normalizada/Tiempo de Protombina	\$ 12.00		