



Programa de Descuento de Tarifa Variable

Central Ozarks Medical Center ofrece un Programa de Descuento de Tarifa Variable (SFDP, por sus siglas en inglés) a todas las personas y familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés). El SFDP se ofrece para servicios médicos, dentales y de salud conductual.

Para determinar la elegibilidad para el SFDP, COMC deberá pedirle que traiga información financiera personal. Cualquier información que le pidamos que proporcione se mantendrá estrictamente confidencial. **Ninguna de sus informaciones personales puede ser divulgada sin su consentimiento por escrito.** La información que solicitamos se utilizará únicamente para determinar el tamaño de su familia y sus ingresos. Las solicitudes tienen una vigencia de un año. Los participantes del SFDP deben completar una solicitud anualmente. Las solicitudes de SFDP deben completarse, firmarse y aprobarse antes de que se presten los servicios. Se les pide a todos los participantes que notifiquen a COMC sobre los cambios en el tamaño de la familia y/o los ingresos tan pronto como sea posible después de que ocurra el cambio.

El tamaño de la familia se define como el número de personas que reciben apoyo financiero de un jefe de familia e incluye lo siguiente:

1. Paciente que solicita
2. Personas que pueden ser reclamadas por el paciente en una declaración de impuestos federales/ estatales
3. Miembros de la familia que viven con el paciente y que cuentan con el apoyo financiero.

Los ingresos se definen como los ingresos utilizados para mantener a una persona/unidad familiar y, por lo general, se consideran los ingresos brutos ajustados declarados a efectos del impuesto sobre la renta.

Las formas aceptables de comprobante de ingresos incluyen las siguientes:

1. Formulario 1040 del IRS Federal del año más reciente (Ingreso bruto ajustado)
2. Talones de pago más recientes (2 consecutivos)
3. Carta del empleador detallando los salarios brutos, la frecuencia de los períodos de pago y las fechas de empleo
4. Carta del Seguro Social, Asuntos de Veteranos u Oficina de Empleo que enumere los ingresos

Autodeclaración de Ingresos

Los pacientes deben traer la información requerida para verificar el tamaño de la familia y los ingresos en su primera visita para calificar para el SFDP. Sin embargo, si el paciente no tiene la información, puede ser atendido durante 30 días a nivel de portaobjetos determinado a partir de un formulario de autodeclaración completado. Los pacientes sin ingresos también pueden completar un formulario de autodeclaración y ser atendidos en el nivel de diapositiva A durante 30 días, momento en el cual se deberá proporcionar un formulario de certificación de terceros. La autodeclaración solo es válida por 30 días y una vez en un período de 12 meses.



Cobertura y elegibilidad del seguro a terceros

Los pacientes con cobertura de seguro de terceros también son elegibles para el SFDP. Proporcione su tarjeta de seguro junto con su solicitud de SFDP para determinar su descuento. El COMC intenta evaluar la elegibilidad de todos los pacientes para el SFDP; sin embargo, para aquellos pacientes que optan por no proporcionar la información requerida para determinar el tamaño de la familia y los ingresos, incluso después de haber sido informados de que pueden calificar para descuentos, se considera que disminuyen la elegibilidad para el SFDP. Se considerará que estos pacientes no son elegibles para los descuentos de tarifas variables.

Horarios de descuento de tarifa variable

A los pacientes se les cobrará en el Programa de Descuento de Tarifa Variable (SFDS, por sus siglas en inglés) en función del tamaño de su familia y sus ingresos, y no de otros factores. A los pacientes también se les cobrará de acuerdo con el SFDS por el tipo de servicio prestado. Estos servicios se brindan en SFDS separados e incluyen servicios médicos, dentales, de salud conductual, hospitalarios y quirúrgicos.

Se puede incurrir en cargos adicionales

A los pacientes se les facturará sobre una base de costo más beneficio por ciertos servicios y suministros de laboratorio. Los ejemplos incluyen tarifas de laboratorio para dentaduras postizas, parciales, coronas y puentes, así como el costo de suministro de dispositivos anticonceptivos. Se notificará al paciente cuando se incurra en cargos adicionales.

Planes de pago

Se espera que los pacientes paguen en su totalidad en el momento de su visita. Sin embargo, existen planes de pago que permiten a los pacientes pagar su saldo pendiente durante un período de tiempo. Por favor, hable con el personal de recepción si está interesado en este programa.



El Programa de Descuento de Tarifa Variable es retroactivo por 30 días. Todas las solicitudes deben completarse en su totalidad. No se pueden aceptar solicitudes sin la debida prueba de ingresos. Central Ozarks Medical Center se complace en ayudarlo a satisfacer sus necesidades de atención médica. Lo invitamos a compartir esta información del Programa de Descuentos con otros. Si tiene preguntas sobre este programa, hable con el personal de recepción.

Los ingresos contables incluyen:

- Salarios imponibles
- Trabajo por cuenta propia
- Beneficios de jubilación (incluido el Seguro Social)
- Desempleo
- Pensión alimenticia
- Intereses, dividendos, rentas y regalías

Los ingresos no contables incluyen:

- Manutención de los hijos
- Beneficios no monetarios, como cupones de alimentos y subsidios de vivienda
- Asistencia temporal y otra asistencia en efectivo del gobierno
- Discapacidad del Seguro Social (SSD)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
- Beneficios para veteranos (VA Benefits) y discapacidad (VA Disability)
- Pagos de Compensación de Trabajadores
- Ingresos de seguros de vida, accidentes y salud
- Becas, premios y becas de investigación utilizados para la educación



Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Fecha: _____

Nombre completo del solicitante: _____
Último
Medio
Primero

Dirección del solicitante: _____
Dirección de la calle
Ciudad
Estado
Cremallera

Condado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de teléfono _____

Tamaño de la familia:

Enumere a todos los miembros de su hogar de los que es financieramente responsable, **incluyéndose a sí mismo:**

	Nombre completo del miembro del hogar	Relación	Fecha de nacimiento
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Renta:

Enumere todas las fuentes de ingresos generadas por cualquier persona contada en el tamaño de la familia, independientemente de su estado civil. ****Consulte Ingresos contables e ingresos no contables en la página anterior****

	Tipo de Ingreso	Monto de los ingresos
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
	Total de todas las filas	

Si está asegurado, muestre a recepción una copia de su tarjeta de seguro actual.



Por favor, comprenda inicialmente los siguientes elementos:

_____ He leído y entiendo la información contenida en el "Programa de Descuento de Tarifa Variable"
Paquete inicial y acepta cumplir con estas pautas.

_____ Entiendo que la fecha de vencimiento de esta información será el _____ según la política de COMC.
Inicial

_____ Declaro que la información que he dado es verdadera y doy Central Ozarks Medical Center (COMC)
Consentimiento inicial para investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud.

_____ Con base en el número de personas en mi hogar y la información de ingresos que proporcioné,
Inicial Comprenda (1) que la tarifa por cada visita médica y de salud conductual es de \$ ____ (2) la
tarifa por cada visita dental y quirúrgica depende del servicio prestado, y (3) esta tarifa se
debe pagar en el momento del servicio a menos que haya sido aprobado para un plan de
pago.

_____ Además, entiendo que ciertas tarifas por laboratorios y suministros anticonceptivos resultarán en
Cargos adicionales iniciales.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del personal: _____

Fecha: _____

Nivel Federal de Pobreza: _____

Nivel de descuento aprobado: _____

Autodeclaración de Ingresos

Yo _____, declaro que he estado percibiendo ingresos por un importe de \$ _____ por Día Semana Quincenal* Semestral* Mes

*El pago quincenal se recibe cada dos semanas.

** El pago semestral se recibe dos veces al mes (por ejemplo, el pago se recibe el 1 y el 15 de cada mes).

Cantidad pagada por día: _____ x260 = Ingresos anuales de \$ _____

Monto pagado semanalmente: _____ x52 = Ingreso anual de \$ _____

Monto pagado quincenalmente: _____ x26 = Ingresos anuales de \$ _____

Monto pagado Semestralmente: _____ x24 = Ingresos anuales de \$ _____

Monto pagado mensualmente: _____ x12 = Ingresos anuales de \$ _____

si está desempleado

Yo _____, declaro que no tengo empleo y no tengo ingresos de ningún tipo.

No tengo talones de cheques u otra documentación que demuestre mis ingresos.

Reconozco que esta autodeclaración solo se puede completar una vez en un período de 12 meses consecutivos y el SFPD solo se aplicará durante 30 días

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Solo para uso en la oficina

Atestiguo que este cliente no tiene documentación como prueba de ingresos:

Firma: _____

Fecha: _____



Formulario de certificación de terceros

Yo _____,
verificar que, _____,
actualmente está desempleado y no ha tenido ingresos este año. Ayudo a cubrir sus gastos de
manutención; sin embargo, no soy responsable de sus deudas.

Firma:

Fecha:

Relación:



La elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable se basa únicamente en el tamaño de la familia y los ingresos

Tarifa de oficina por visita					
Médico	\$30	\$40	\$60	\$80	Full Fee
Behavioral Health	\$30	\$40	\$60	\$80	Full Fee
Dental (per procedure)	\$30	*Tier 1 - \$40 **Tier 2 - 30% of Charges	*Tier 1 - \$60 **Tier 2 - 40% of Charges	*Tier 1 - \$80 **Tier 2 - 50% of Charges	Full Fee
Hospital (per day)	\$30	\$40	\$60	\$80	Full Fee
Surgery	Tier 1 - \$100.00 Tier 2 - \$300.00 Tier 3 - \$500.00	40% of Charges	60% of Charges	80% of Charges	Full Fee
Pautas Federales de Pobreza (2024)					
Family Size	Level A (0-100% PFG)	Level B (101-133% PFG)	Level C (134-166% FPG)	Level D (167-200% FPG)	Level E (Above 200% FPG)
1	\$0 - \$ 15,060	\$15,061 - \$ 20,030	\$20,031 - \$ 25,000	\$25,001 - \$ 30,120	\$30,121 and Above
2	\$0 - \$ 20,440	\$20,441 - \$ 27,185	\$27,186 - \$ 33,930	\$33,931 - \$ 40,880	\$40,881 and Above
3	\$0 - \$ 25,820	\$25,821 - \$ 34,341	\$34,342 - \$ 42,861	\$42,862 - \$ 51,640	\$51,641 and Above
4	\$0 - \$ 31,200	\$31,201 - \$ 41,496	\$41,497 - \$ 51,792	\$51,793 - \$ 62,400	\$62,401 and Above
5	\$0 - \$ 36,580	\$36,581 - \$ 48,651	\$48,652 - \$ 60,723	\$60,724 - \$ 73,160	\$73,161 and Above
6	\$0 - \$ 41,960	\$41,961 - \$ 55,807	\$55,808 - \$ 69,654	\$69,655 - \$ 83,920	\$83,921 and Above
7	\$0 - \$ 47,340	\$47,341 - \$ 62,962	\$62,963 - \$ 78,584	\$78,585 - \$ 94,680	\$94,681 and Above
8	\$0 - \$ 52,720	\$52,721 - \$ 70,118	\$70,119 - \$ 87,515	\$87,516 - \$ 105,440	\$105,441 and Above
9 or more	Add \$5,380 for each additional member	Add \$7,155 for each additional member	Add \$6,514 for each additional member	Add \$8,931 for each additional member	Add \$10,760 for each additional member
Servicios de nivel 1: incluye servicios de atención preventiva, como exámenes de revisión de pacientes nuevos, radiografías, pulido y flúor					
Servicios de nivel 2: incluye (pero no se limita a) servicios de atención restaurativa como empastes, extracciones, limpiezas profundas o dispositivos protésicos (como coronas, parciales y dentaduras postizas)					