



## Programa de escala móvil de honorarios de la Sawtooth Mountain Clinic

### ¿Qué es el programa de escala móvil de honorarios de Sawtooth Mountain Clinic?

El programa Sliding Fee Scale es un programa federal que permite a Sawtooth Mountain Clinic reducir los costes normales de los servicios médicos, dentales, de salud mental y de otro tipo para los pacientes que cumplan los requisitos. Se anima a todos los pacientes a solicitar el programa Sliding Fee Scale, tengan o no seguro e independientemente de su estatus migratorio. La elegibilidad para el programa Sliding Fee Scale se basa en:

- El número de personas que viven en su hogar (cónyuge/pareja, hijos, dependientes)
- La cantidad de dinero que ganan las personas del hogar

### ¿Cómo puede ayudarle el programa de escala móvil de tarifas?

El programa reduce el coste de sus visitas a Sawtooth Mountain Clinic, así como de los siguientes servicios (consulte la página siguiente para conocer los proveedores de servicios específicos):

- Farmacia
- Laboratorio y rayos X
- Dental
- Visión

El programa de escala móvil de honorarios también reduce los costes de lo siguiente **con una remisión de su proveedor médico**:

- Fisioterapia
- Salud mental/conductual
- Visita de consulta inicial con un especialista
- Terapia ocupacional
- Audífonos

### ¿Cuánto pagaré por los servicios si estoy en el programa de escala móvil de tarifas?

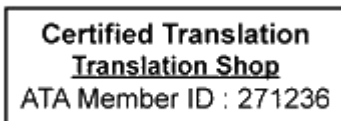
La cantidad que pague por los servicios dependerá de su nivel de pago según la escala móvil de honorarios del paciente y de los servicios que haya realizado y se puede consultar en la página cuatro. El personal de Sawtooth Mountain Clinic toma la determinación final sobre su nivel utilizando la información que usted proporciona en su solicitud. El siguiente cuadro le ayudará a determinar el nivel al que puede optar en el programa:

Tamaño de la familia/vivienda	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D	El paciente paga el 100% de los gastos
1	\$0-15,060	15,061-20,783	20,784-25,100	25,101-30,120	30,121+
2	\$0-20,440	20,441-27,253	27,254-34,067	34,068-40,880	40,881+
3	\$0-25,820	25,821-34,487	34,428-43,033	43,034-51,640	51,641+
4	\$0-31,200	31,201-41,600	41,601-52,000	52,001-62,400	62,401+
5	\$0-36,580	36,581-48,773	48,774-60,967	60,968-73,160	73,161+
6	\$0-41,960	41,961-55,947	55,948-69,933	69,934-83,920	83,921+
7	\$0-47,340	47,341-63,120	63,121-78,900	78,901-94,680	94,681+
8	\$0-52,720	52,721-70,293	70,294-87,867	87,868-105,440	105,441+

Unidades familiares de más de 8 personas, añada la cantidad de 5.380 por cada persona.

### ¿Cómo puedo inscribirme en el programa?

¡Solicitar el programa de Tarifa Móvil es fácil! Sólo tiene que recoger una solicitud, rellenarla y devolverla a la clínica con una prueba de sus ingresos. El personal revisará su solicitud y determinará si reúne los requisitos para el programa y a qué nivel.



## Prueba de ingresos

Para poder acogerse al programa de escala móvil de tarifas, deberá proporcionar información sobre su familia y sus ingresos. La prueba de ingresos deberá devolverse a Sawtooth Mountain Clinic en un plazo de 30 días a partir de la presentación de la solicitud cumplimentada. Si no proporciona la prueba de ingresos, su elegibilidad para el programa de escala móvil de tarifas terminará. **Si declara impuestos, necesitaremos una copia de su formulario 1040.** Si no declara impuestos, póngase en contacto con el coordinador del Programa de escala móvil de honorarios para que le ayude.

## ¿Cuánto tiempo permanezco en el programa de escala móvil de tarifas una vez que he sido aprobado?

La inscripción en el programa de Tarifa Móvil es válida desde el 1 de junio<sup>st</sup> de un año determinado hasta el 31 de mayo siguiente<sup>st</sup>. Todos los participantes deben volver a presentar su solicitud y actualizar sus ingresos cada primavera para permanecer en el programa. Si durante el año se producen cambios en el tamaño de su unidad familiar y/o en la cobertura de sus ingresos, póngase en contacto con Sawtooth Mountain Clinic y pida hablar con el coordinador del programa de escala móvil de tarifas.

## Una vez aprobada mi solicitud, ¿qué cubrirá exactamente el programa de escala móvil?

**Tomografía computarizada:** Cuando se realice en el North Shore Health Hospital y lo solicite un proveedor del SMC

**Consulta (ambulatoria inicial):** Cuando sea derivado por un proveedor del SMR

**Dental:** Para los servicios médicamente necesarios prestados por Grand Marais Family Dentistry

**Pruebas de laboratorio:** En el North Shore Health Hospital, deben ser ordenadas por un proveedor del SMC

**Servicios de salud mental/salud conductual:** Con una remisión de un proveedor del SMR, se pueden programar visitas con Kelly Senty, MS en Steps of Change.

**Resonancia magnética:** con unidad móvil disponible en el North Shore Health Hospital, cuando lo solicite un proveedor del SMC

**Terapia física y ocupacional:** En el Hospital North Shore Health o con Becky Stoner, PT en el Centro de Bienestar de Grand Marais; la PT y la OT deben ser ordenadas por un Proveedor del SMC.

**Medicamentos con receta:** Las recetas obtenidas en la farmacia de la Sawtooth Mountain Clinic en Grand Marais y en la Essentia Health Clinic en Silver Bay están cubiertas cuando un proveedor del SMR escribe la receta. **Las recetas no están cubiertas** si son de artículos de venta libre, excepto los suministros para diabéticos, que están cubiertos con una receta escrita (anual) de un proveedor del SMC.

**Servicios de atención primaria:** Debe ver a un proveedor o enfermera en el SMC

**Rayos X y pruebas diagnósticas:** En el North Shore Health Hospital, deben ser ordenadas por un proveedor del SMC

**Atención oftalmológica:** Exámenes básicos de la vista hasta dos veces al año según sea necesario cuando los realice St. Luke's Ophthalmology Associates. La escala móvil de honorarios **NO** cubrirá gafas ni lentes de contacto.

**Asistencia para audífonos:** Para la compra de audífonos cuando se gestione a través de proveedores de audición que visiten el SMR; la asistencia se revisará caso por caso y debe ser preaprobada.

**EL PROGRAMA DE ESCALA DE CUOTAS NO CUBRE** la sala de urgencias, rehabilitación cardíaca, suministros, terapia intravenosa, hospitalización u observación en el hospital, cargos de la residencia de ancianos, recetas mientras esté en el Centro de Atención Sanitaria North Shore o como paciente hospitalizado. El hospital North Shore Health del condado de Cook sí dispone de un programa de atención comunitaria para los pacientes que cumplan los requisitos.

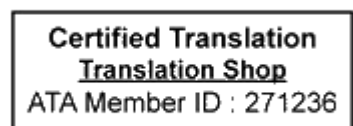
## ¿Cómo funciona la facturación?

Sawtooth Mountain Clinic facturará a su seguro (si lo hay). Después de que se haya procesado el seguro, usted será responsable de la cantidad después de que se aplique la escala móvil de honorarios al cargo total. A continuación, Sawtooth Mountain Clinic le facturará lo que deba. Consulte la página Beneficios de la escala móvil de tarifas por servicio para obtener más detalles.

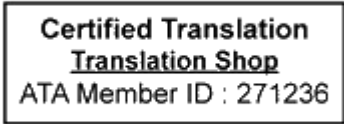
Los términos y limitaciones del programa de escala móvil de tarifas están sujetos a cambios en

cualquier momento. Si necesita ayuda de traducción, disponemos de servicios de interpretación en

cualquier idioma.



**Para más información sobre el programa de escala móvil de tarifas,  
póngase en contacto con la Sawtooth Mountain Clinic en el 218-387-2330 y pregunte por  
Lynnea Morse.**



**Sawtooth Mountain Clinic**

Together Through Life • A 501(c)(3) Nonprofit

**Solicitud de escala móvil de tarifas 2024/2025**

Información para el paciente				
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Nombres anteriores:	
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono particular: ( ) -		Teléfono móvil: ( ) -		
Fecha de nacimiento: / /	No. Seguridad Social	¿Tiene seguro médico? Sí // No		
		Nombre del seguro:		

Tamaño de la familia/hogar: ____			
Nombre del miembro del hogar	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Trabajando?
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		

**NOTA:** Para cumplir con la normativa federal, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivadas y en estricta confidencialidad. Deberá verificar sus ingresos al menos una vez al año. Su declaración anual de la renta será prueba suficiente. Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia se utilizarán para calcular su nivel de descuento.

**ADJUNTE UNA COPIA DE SU FORMULARIO DE IMPUESTOS FEDERALES 1040 MÁS RECIENTE**

Ingresos familiares/del hogar		
1	¿Presentó un formulario de declaración federal de la renta el año pasado?	Sí // No
2	En caso afirmativo, ¿cuál era su renta bruta ajustada modificada (MAGI)? (ver instrucciones MAGI en el reverso)	\$
3	¿Espera que su MAGI sea la misma este año?	Sí // No

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Nivel de deslizamiento: \_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_/\_\_/\_\_

Fecha de finalización: \_\_/\_\_/\_\_

Notas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Iniciales del personal: \_\_\_\_\_

Miembro del hogar	Importe	Frecuencia (marque con un círculo)	Fuente de ingresos
<b>Usted</b>	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
¿Es estacional?	Sí // No	En caso afirmativo, ¿cuántos meses?	
<b>Cónyuge/Otro</b>	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
¿Es estacional?	Sí // No	En caso afirmativo, ¿cuántos meses?	
<b>Otros</b>	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
¿Es estacional?	Sí // No	En caso afirmativo, ¿cuántos meses?	

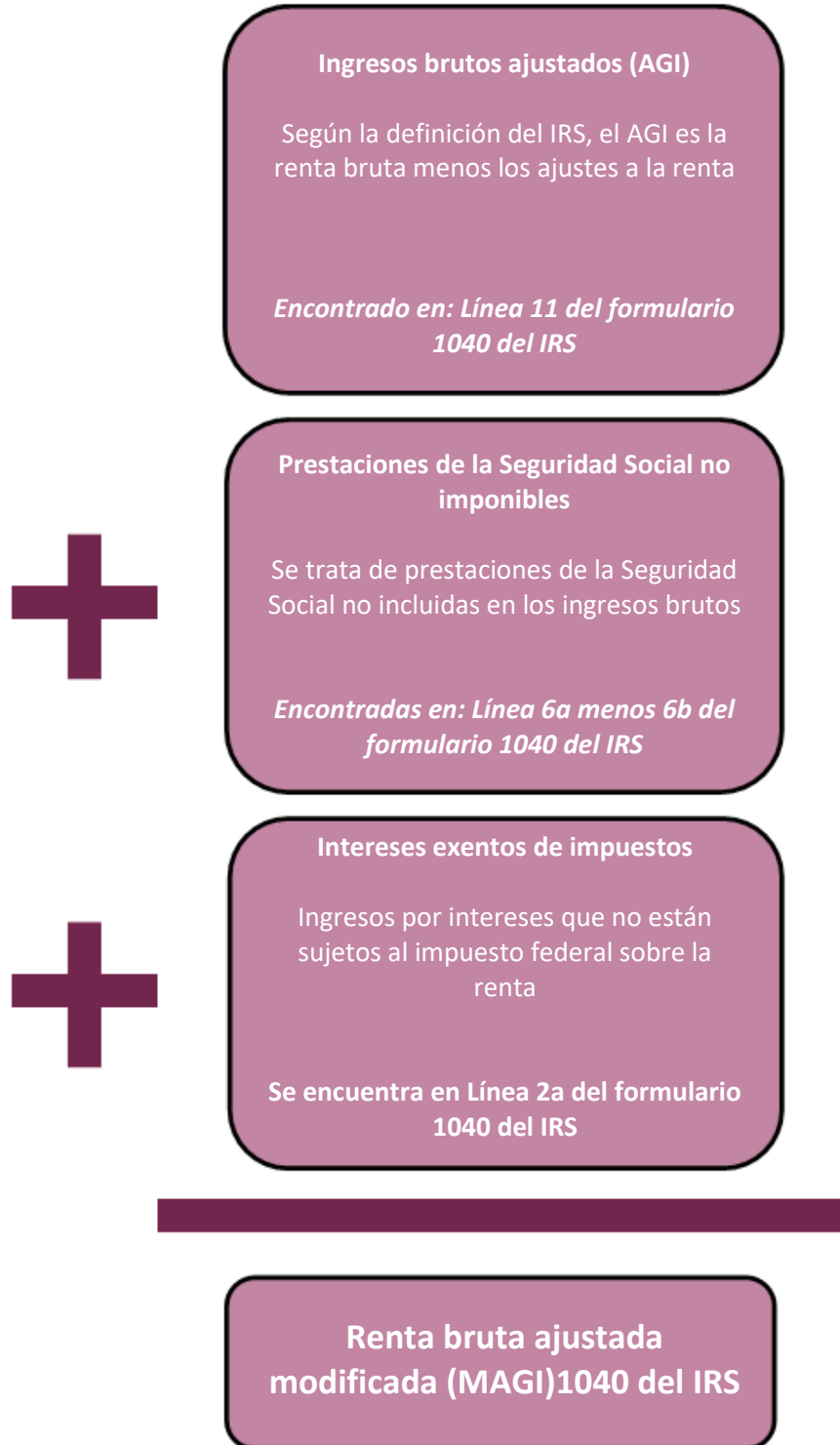
**INGRESOS ANUALES TOTALES DE TODOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE TRABAJAN: \$** (debe rellenarse)

\*si no puede aportar pruebas de ingresos hoy, una estimación está bien pero se requieren pruebas en un plazo de 30 días

Por la presente afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si se obtiene la aceptación al programa Sliding Fee Scale bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones del programa. Sawtooth Mountain Clinic no será responsable de las facturas en las que pueda incurrir que estén fuera del ámbito del programa de escala móvil de honorarios. Sawtooth Mountain Clinic, Cook County North Shore Health y Oral Health Task Force pueden compartir mi información para determinar la elegibilidad para el programa. Por la presente reconozco que he leído la divulgación anterior y la entiendo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Cómo calcular su Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) de su declaración de impuestos 1040 de 2023



## Tabla de servicios de la escala móvil de tarifas - 2024

### Servicios médicos, de salud mental y otros servicios aprobados (excepto farmacia y odontología) - Escala móvil de tarifas

	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D
<b>Todos los cargos de la clínica</b>	0% de carga	10% de carga	15% de carga	20% de carga

\*Tenga en cuenta que para cada nivel se cobra una cuota mínima por cita: una cuota nominal de 5 dólares para el nivel A y más de la cuota nominal para los niveles B, C y D.

### Escala móvil de tarifas de farmacia - Pacientes sin seguro

	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D
<b>Suministro para 30 días</b>	Coste de adquisición + 5	Coste de adquisición + 10	Coste de adquisición + 15	Coste de adquisición + 20 \$.
<b>Suministro para 90 días</b>	Coste de adquisición + 8	Coste de adquisición + 15	Coste de adquisición + 20 \$.	Coste de adquisición + 25

### Escala móvil de tarifas de farmacia - Pacientes con seguro Cargos superiores a 30 dólares

<b>Todas las recetas</b>	5% del cargo en exceso de 30 dólares	10% del cargo en exceso de \$30	15% del cargo en exceso de 30	20% del cargo en exceso de 30
--------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

### Servicios dentales Escala móvil de tarifas

	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D	
Servicios de categoría 1	Exámenes, revisiones dentales básicas y recomendaciones de intervención preventiva	0%	10%	15%	20%
	Profilaxis (limpiezas)	0%	10%	15%	20%
	Mantenimiento periodontal (limpiezas cuando la enfermedad de las encías es presente)	0%	10%	15%	20%
	Aplicación tópica de fluoruros y prescripción de fluoruros para uso sistémico cuando no estén disponibles en el suministro de agua	0%	10%	15%	20%
	Rayos X	0%	10%	15%	20%
	Sellantes	0%	10%	15%	20%
Servicios de categoría 2	Restauración (empastes)	10%	20%	30%	40%
	Endodoncia anterior (frontal) y los dientes premolares	10%	20%	30%	40%
	Raspado y alisado radicular (limpieza del sarro por debajo de la línea de las encías - requiere anestesia local)	10%	20%	30%	40%
	Extracciones	10%	20%	30%	40%
Servicios de categoría 3	Endodoncia posterior (molar) dientes	40%	50%	60%	70%
	Coronas	40%	50%	60%	70%
	Parciales	40%	50%	60%	70%
	Dentaduras postizas	40%	50%	60%	70%
	Reline Dentaduras postizas, Protector oclusal, Athlete Multiguard, Aire Ease (apnea del sueño)	40%	50%	60%	70%
Servicios de categoría 4					
Puentes	50%	60%	70%	80%	

\*Tenga en cuenta que para cada nivel se cobra una tarifa mínima por cita: una tarifa nominal de 5 dólares para el nivel A y más de la tarifa nominal para los niveles B, C y D.

\*\*Los servicios de categoría 3 y 4 requieren un prepago del 50% por parte del paciente a Grand Marais Family Dentistry

### Tabla de ingresos y tamaño de la familia/hogar

Tamaño de la familia	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D
1	\$0-15,060	15,061-20,783	20,784-25,100	25,101-30,120
2	\$0-20,440	20,441-27,253	27,254-34,067	34,068-40,880
3	\$0-25,820	25,821-34,487	34,428-43,033	43,034-51,640
4	\$0-31,200	31,201-41,600	41,601-52,000	52,001-62,400
5	\$0-36,580	36,581-48,773	48,774-60,967	60,968-73,160
6	\$0-41,960	41,961-55,947	55,948-69,933	69,934-83,920
7	\$0-47,340	47,341-63,120	63,121-78,900	78,901-94,680
8	\$0-52,720	52,721-70,293	70,294-87,867	87,868-105,440

\*Unidades familiares de más de 8 personas, añada la cantidad de 5.380 por cada persona.

**Certified Translation**  
**Translation Shop**  
 ATA Member ID : 271236