

Programa de escala móvil de Sawtooth Mountain Clinic

¿Qué es el programa de escala móvil 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 otros 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, Rayos X, Ultrasonido
- Odontología
- Visión

El programa Sliding Fee Scale también reduce los costos para lo siguiente **con una referencia de su proveedor médico:**

- Fisioterapia
- Salud mental/conductual
- Consulta inicial con un especialista
- Terapia ocupacional
- Audífonos

¿Cuánto pagará por los servicios si estoy en el programa de escala móvil de honorarios?

Lo que pague por los servicios dependerá de su nivel de pago como paciente del programa de escala móvil y de los servicios que haya realizado. Esto se puede encontrar en la página cuatro. El personal de Sawtooth Mountain Clinic hace la determinación final de su nivel usando la información que usted proporciona en su solicitud. La siguiente tabla le ayudará a determinar el nivel que le corresponde en el programa:

Tamaño de la familia/hogar	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D	El paciente paga el 100% del coste
1	\$0-15,650	15,651-20,783	20,784-26,083	26,084-31,300	31,301+
2	\$0-21,150	21,151-28,200	28,201-35,250	35,251-42,300	42,301+
3	\$0-26,650	26,651-35,533	35,534-44,417	44,418-53,300	53,301+
4	\$0-32,150	32,151-42,867	42,868-53,583	53,584-64,300	64,301+
5	\$0-37,650	37,651-50,200	50,201-62,750	62,751-75,300	75,301+
6	\$0-43,150	43,151-57,533	57,534-71,917	71,918-86,300	86,301+
7	\$0-48,650	48,651-64,867	64,868-81,083	81,084-97,300	97,301+
8	\$0-54,150	54,151-72,200	72,201-90,250	90,251-108,300	108,301+

Unidades familiares de más de 8 miembros: añada la cantidad de 5.500 por cada persona.

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

¿Cómo se solicita el programa?

Solicitar el programa de Tarifa Móvil es muy fácil. Sólo tiene que recoger una solicitud, rellenarla y devolverla a la ica junto con un justificante de sus ingresos. El personal revisará su solicitud y determinará si usted califica para el programa y en qué nivel.

Prueba de ingresos

Con el fin de calificar para el programa de escala de honorarios, usted tendrá que proporcionar información sobre su familia y sus ingresos. El comprobante de ingresos debe ser devuelto a Sawtooth Mountain Clinic dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la solicitud completa. Si usted no provee prueba de ingresos, su elegibilidad para el programa de escala de honorarios terminará. **Si declara impuestos, necesitaremos una copia de su último formulario 1040.** Si no declara impuestos, póngase en contacto con el coordinador del Programa de escala móvil de tarifas para obtener ayuda.

¿Cuánto tiempo permanezco en el programa de escala móvil de tarifas una vez que me aprueban?

La inscripción en el programa de escala móvil de tarifas es válida desde el 1 de junio de un año determinado hasta el 31 de mayo siguiente. Todos los participantes necesitan volver a solicitar y actualizar sus ingresos cada primavera para permanecer en el programa. Si usted tiene cambios durante el año con el tamaño de su hogar y / o cobertura de ingresos, por favor póngase en contacto con Sawtooth Mountain Clinic y pida hablar con el coordinador del Programa Sliding Fee Scale.

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

Tomografía computarizada: Cuando se hace en North Shore Health Hospital y ordenado por un proveedor de SMC

Consulta (Inicial ambulatoria): Cuando es referido por un proveedor del SMC

Dental: Para servicios médicamente necesarios proporcionados por Grand Marais Family Dentistry

Pruebas de Laboratorio: En el Hospital North Shore Health, deben ser ordenados por un Proveedor del SMC

Servicios de salud mental/salud conductual: Con una referencia de un proveedor del SMC, las visitas pueden ser programadas con Kelly Senty, MS en Steps of Change.

Resonancia magnética: con Unidad Móvil disponible en North Shore Health Hospital, cuando sea ordenado por un Proveedor de SMC.

Terapia Física y Ocupacional: En North Shore Health Hospital o con Becky Stoner, PT en Grand Marais Wellness Center; PT y OT deben ser ordenados por un Proveedor de SMC.

Medicamentos recetados: Recetas obtenidas en la farmacia de Sawtooth Mountain Clinic en Grand Marais y Essentia Health Clinic en Silver Bay son cubiertas cuando un proveedor de SMC escribe la receta. Las recetas no están cubiertas si son escritas para artículos disponibles sin receta, excepto para suministros diabéticos - éstos están cubiertos con una receta escrita (anualmente) de un proveedor del SMC.

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

Radiografías y pruebas diagnósticas: En North Shore Health Hospital, debe ser ordenado por un proveedor de SMC

Cuidado de la vista: Exámenes básicos de la vista hasta dos veces al año según sea necesario cuando sean realizados por St. Luke's Ophthalmology Associates. La escala móvil de honorarios **NO** cubrirá anteojos o lentes de contacto.

Asistencia para audífonos: Para la compra de audífonos cuando se arregla a través de proveedores de audición que visitan SMC; la asistencia será revisada caso por caso y debe ser pre-aprobada.

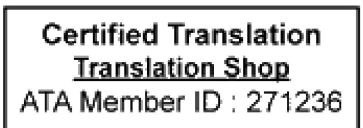
EL PROGRAMA DE LA ESCALA DE TARIFAS DESLIZABLES NO CUBRE la sala de emergencias, rehabilitación cardíaca, suministros, terapia intravenosa, hospitalización u observación en el hospital, cargos del hogar de ancianos, recetas mientras esté en el Centro de Atención Médica North Shore o como paciente hospitalizado. El hospital North Shore Health del condado de Cook 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 el seguro haya sido procesado, usted será responsable de la cantidad después de que la escala móvil de honorarios se aplique al cargo total. Entonces Sawtooth Mountain Clinic le facturará lo que debe. Consulte la página de beneficios de la escala móvil de honorarios por servicio para obtener más información.

Los términos y limitaciones del programa Sliding Fee Scale están sujetos a cambios en cualquier momento.

Si necesita asistencia de traducción, disponemos de servicios de interpretación en cualquier idioma.



Para más información sobre el programa Sliding Fee Scale, póngase en contacto con Sawtooth Mountain Clinic en el 218-387-2330 y pregunte por Lynnea Morse.

Escala móvil de tarifas Aplicación 2025/2026

Información para el paciente			
Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Nombres Anteriores:
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono móvil: () -	Teléfono particular: () -		
Fecha de nacimiento: / /	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	¿Trabaja?
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NOTA: Para cumplir la normativa federal, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivadas y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año.

Su declaración anual de la renta será prueba suficiente. Su renta anual 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	¿Hizo la declaración de renta el año pasado?	Sí // No
2	En caso afirmativo, ¿cuál era su renta bruta ajustada modificada (MAGI)? (véanse las instrucciones MAGI al dorso)	\$
3	¿Espera que su IMG sea el mismo este año?	Sí // No

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Nivel de diapositivas: _____

Fecha de inicio: 7 ___ / ___

Fecha de finalización: ___ / ___

_____/_____/_____
Notas:

Iniciales del personal: _____

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

INGRESOS ANUALES TOTALES DE TODOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE TRABAJAN: \$	(debe rellenarse)
*Si no puede presentar pruebas de sus ingresos hoy, puede hacer una estimación, pero deberá presentarlas 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. En caso de ser aceptado en el 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 tarifas. 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 Renta bruta ajustada modificada (RBAM)
de su declaración de impuestos 2024 1040**



**Ingresos brutos ajustados
(AGI es la renta bruta menos
los ajustes de la renta)**

Se encuentra en: Línea 11 del formulario del IRS



**Prestaciones de la Seguridad Social no imponibles
(Prestaciones de la Seguridad
Social no incluidas en la renta bruta)**

**Tome: Línea 6a menos 6b del formulario
1040 del IRS**

**Intereses exentos de impuestos
(Ingresos por intereses no
sujetos al impuesto federal sobre la renta)**

Se encuentra en: Línea 2a del formulario del IRS

Renta bruta ajustada modificada (RBAM)

Tabla de servicios con escala móvil de tarifas - 2025/2026

Servicios médicos, de salud mental y otros servicios aprobados (no farmacéuticos ni dentales) - Escala móvil de tarifas

	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D
Todos los gastos de clínica	0% de gastos	10% de cargo	15% de recargo	20% de carga

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

Escala móvil de tarifas de farmacia - Pacientes no asegurados

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

Escala móvil de tarifas de farmacia - Pacientes con gastos de seguro superiores a 30 \$.

Todas las recetas	5% de los gastos superiores a 30	10% de los gastos superiores a 30	15% de los gastos superiores a 30	20% de los gastos superiores a 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 enfermedad de las encías)	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 premolares	10%	20%	30%	40%
	Raspado y alisado radicular (limpieza del sarro por debajo de la línea de las encías - requiere tratamiento local). anestesia)	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, 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 \$ para el nivel A y una tarifa superior a la nominal para los niveles B, C y D.

**Los servicios de categoría 3 y 4 requieren un prepagó 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	\$0-15,650	15,651-20,783	20,784-26,083	26,084-31,300
2	\$0-21,150	21,151-28,200	28,201-35,250	35,251-42,300
3	\$0-26,650	26,651-35,533	35,534-44,417	44,418-53,300
4	\$0-32,150	32,151-42,867	42,868-53,583	53,584-64,300
5	\$0-37,650	37,651-50,200	50,201-62,750	62,751-75,300
6	\$0-43,150	43,151-57,533	57,534-71,917	71,918-86,300
7	\$0-48,650	48,651-64,867	64,868-81,083	81,084-97,300
8	\$0-54,150	54,151-72,200	72,201-90,250	90,251-108,300

*Unidades familiares de más de 8 personas: añadir el importe de 5.500 por cada persona.

Certified Translation
Translation Shop
 ATA Member ID : 271236