

Programa de escala móvil de tarifas de Sawtooth Mountain Clinic

¿Qué es el programa de tarifas variables de Sawtooth Mountain Clinic?

El programa de escala móvil de tarifas es un programa federal que permite a Sawtooth Mountain Clinic reducir los costos normales de los servicios médicos, dentales, de salud mental y otros servicios para los pacientes que reúnen los requisitos. Se anima a todos los pacientes a que soliciten el programa de escala móvil de tarifas, independientemente de si tienen seguro o no y de su situación migratoria. La elegibilidad para el programa de escala móvil de tarifas 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 costo de las visitas a Sawtooth Mountain Clinic, así como el de los siguientes servicios (consulte la página siguiente para ver los proveedores de servicios específicos):

- Farmacia
- Laboratorio, rayos X, ecografía
- Dental
- Visión

El programa de escala móvil de tarifas también reduce los costos para lo siguiente con **una remisión de su proveedor médico**:

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

¿Cuánto tendré que pagar por los servicios si estoy inscrito en el programa de escala móvil de tarifas?

El importe que pagará por los servicios depende de su nivel de pago como paciente según la escala móvil de tarifas y de los servicios que haya recibido. Puede encontrar esta información en la página cuatro. El personal de Sawtooth Mountain Clinic tomará la decisión final sobre su nivel utilizando la información que usted proporcione en su solicitud. La siguiente tabla le ayudará a determinar el nivel al que tiene derecho:

TAMAÑO DEL HOGAR		A - 0%		B - 10%		C - 15%		D - 20%	
		0%	100%	100.1%	133.3%	133.4%	166.7%	166.7%	200%
1	\$15,960	\$0	\$15,960	\$15,961	\$21,280	\$21,281	\$26,600	\$26,601	\$31,920
2	\$21,640	\$0	\$21,640	\$21,641	\$28,853	\$28,854	\$36,067	\$36,068	\$43,280
3	\$27,320	\$0	\$27,320	\$27,321	\$36,427	\$36,428	\$45,533	\$45,534	\$54,640
4	\$33,000	\$0	\$33,000	\$33,001	\$44,000	\$44,001	\$55,000	\$55,001	\$66,000
5	\$38,680	\$0	\$38,680	\$38,681	\$51,573	\$51,574	\$64,467	\$64,468	\$77,360
6	\$44,360	\$0	\$44,360	\$44,361	\$59,147	\$59,148	\$73,933	\$73,934	\$88,720
7	\$50,040	\$0	\$50,040	\$50,041	\$66,720	\$66,721	\$83,400	\$83,401	\$100,080
8	\$55,720	\$0	\$55,720	\$55,721	\$74,293	\$74,294	\$92,867	\$92,868	\$111,440

Para hogares con más de 8 personas, añada 5680 \$ por cada persona adicional.

¿Cómo puedo solicitar el programa?

¡Solicitar el programa de escala móvil de tarifas es muy fácil! Solo tiene que recoger una solicitud, rellenarla y devolverla a la clínica junto con una prueba de sus ingresos. El personal revisará su solicitud y determinará si reúne los requisitos para participar en el programa y en qué nivel.

Prueba de ingresos

Para poder optar al programa de escala móvil de tarifas, deberá proporcionar información sobre su familia y sus ingresos. La prueba de ingresos debe enviarse 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 la escala móvil de tarifas finalizará. **Si presenta la declaración de impuestos, necesitaremos una copia de su último formulario 1040.** Si no presenta la declaración de impuestos, póngase en contacto con el coordinador del programa de escala móvil de tarifas para obtener ayuda.

¿Cuánto tiempo permaneceré en el programa de escala móvil de tarifas una vez que sea aprobado?

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 del año siguiente. Las pautas federales de pobreza se actualizan anualmente el 1 de febrero, lo que puede afectar su nivel en la escala móvil de tarifas. Todos los participantes deben volver a presentar su solicitud y actualizar sus ingresos cada primavera para permanecer en el programa. Si se producen cambios en el tamaño de su hogar o en sus ingresos, o si desea que se vuelva a determinar su situación en cualquier momento, póngase en contacto con Sawtooth Mountain Clinic y pida hablar con el coordinador del programa de escala móvil de tarifas.

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

Tomografía computarizada: cuando se realiza en el North Shore Health Hospital y la solicita un proveedor de SMC.

Consulta (paciente ambulatorio inicial): cuando la derivación la realiza un proveedor de SMC.

Servicios dentales: para servicios médicamente necesarios prestados por Grand Marais Family Dentistry, esto no incluye aparatos ortodónticos.

Pruebas de laboratorio: en el North Shore Health Hospital, deben ser solicitadas por un proveedor de SMC.

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

Resonancia magnética: con unidad móvil disponible en North Shore Health Hospital, cuando lo solicite un proveedor de SMC.

Fisioterapia y terapia ocupacional: en North Shore Health Hospital o con Becky Stoner, fisioterapeuta en Grand Marais Wellness Center; la fisioterapia y la terapia ocupacional deben ser solicitadas por un proveedor de SMC.

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

Servicios de atención médica primaria: Debe acudir a un proveedor o enfermero de SMC

Radiografías y pruebas diagnósticas: En el North Shore Health Hospital, deben ser solicitadas por un proveedor de SMC

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

Asistencia para audífonos: Para la compra de audífonos de bajo coste cuando se acuerde con proveedores de audífonos que trabajen con SMC; la asistencia se revisará caso por caso y deberá ser aprobada previamente.

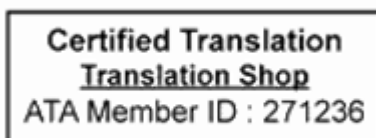
EL PROGRAMA DE ESCALA DE TARIFAS VARIABLE NO CUBRE masajes, servicios homeopáticos, sala de emergencias, rehabilitación cardíaca, suministros, terapia intravenosa, infusiones, hospitalización u observación en el hospital, gastos de residencias de ancianos, parto y alumbramiento, recetas médicas mientras se encuentre en el North Shore Health Care Center o como paciente hospitalizado. El North Shore Health Hospital cuenta con un programa de atención comunitaria disponible para los pacientes que cumplan los requisitos.

¿Cómo funciona la facturación?

Sawtooth Mountain Clinic facturará a su seguro (si lo tiene). Una vez que se haya procesado el seguro, usted será responsable del importe resultante tras aplicar la escala móvil de tarifas al coste total. A continuación, Sawtooth Mountain Clinic le facturará el importe que adeude. 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 con la traducción, hay servicios de interpretación disponibles en cualquier idioma.



**Para obtener más información sobre el programa de escala móvil de tarifas,
llame a Sawtooth Mountain Clinic al 218-387-2330 y pregunte por Lynnea.**

Solicitud de escala móvil de tarifas 2026/2027

Información para el paciente				
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Nombres anteriores:	
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono móvil: () -		Teléfono fijo: () -		
Fecha nacimiento: / /	Seguro Social #	¿Tiene seguro médico? Si // No		Nombre del seguro:

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

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán en nuestros archivos y serán tratadas con estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año. Su declaración anual de impuestos 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 una declaración de impuestos federales el año pasado?	Si // No	
2	En caso afirmativo, ¿cuál fue su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI)? (consulte las instrucciones sobre el MAGI al dorso)	\$	
3	¿Esperas que tu MAGI sea el mismo este año?	Si // No	
Miembro del hogar	Importe	Frecuencia (marque con un círculo)	Fuente de ingresos
Usted	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
¿Es temporal?	Si // No	Si es así, ¿cuántos meses?	
Cónyuge/Otro	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
¿Es temporal?	Si // No	Si es así, ¿cuántos meses?	
Otro	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
¿Es temporal?	Si // No	Si es así, ¿cuántos meses?	
INGRESOS ANUALES TOTALES* DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR: \$			(Se debe completar el total.)

*Si no puede proporcionar una prueba de ingresos hoy, una estimación es suficiente, pero se requiere una prueba en un plazo de 30 días.

SOLO PARA USO OFICIAL
 Nivel deslizamiento: _
 Fecha inicio: __/__/____
 Fecha final: __/__/____
 Notas: _____

 Inicial personal: _____

Por la presente, afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Si se obtiene la aceptación en el programa de escala móvil de tarifas en virtud de esta solicitud, cumpliré con todas las normas y reglamentos del programa. Sawtooth Mountain Clinic no se hará responsable de las facturas en las que pueda incurrir y 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 sumar su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) de su declaración de impuestos de 2025 (formulario 1040)

