

El Centro Medico Pioneers/Meeker Family Health Center Programa de Asistencia Financiera provee descuentos en servicios medicos a individuos con bajos recursos basados en una escala.

Requisitos de Elegibilidad:

- * **Residente establecido** del Condado Rio Blanco. Un residente del Condado Rio Blanco es una persona que actualmente vive en el condado e intenta residir en el condado.
- * Cobertura es proporcionada a todos los miembros de la familia viviendo en la casa incluyendo estudiantes hasta la edad 21. Hijos que reciben pension alimenticia seran contados como miembros de la familia.
- * Debe de cumplir con las reglas de Ingresos monetarios.
- * Puede tener aseguranza de salud.
- * **No es eligible para Medicaid o CHP.**
- * Elegibilidad debe realizarse cada 6 meses.

Proceso de Aplicacion:

- * El Solicitante **debe hacer una cita** con uno de los miembros trabajadores para determinar si es elegible. Por favor llame 970-878-5047.

Costo:

- * Los solicitantes recibiran una tarifa basada en el total ingreso salarial del hogar; copagos seran determinados como resultado de una tarifa. Los solicitantes son eligibles en la fecha de la aplicacion.

Documentacion Requerida:

Se **require** que los solicitantes entreguen esta documentacion:

- *** Cuando menos **dos** de los tres
 - ****Licencia del Estado de Colorado, Identificacion de Colorado o ID con fotografia**
 - ** **Recibos de pagos de hipoteca o de renta por 6 meses. Los recibos deben tener direccion local. Si renta, porfavor indique el nombre, direccion, y numero de telefono de su arrendador.**
 - ****Titulo y Registro de vehiculo de auto (debe ser obtenido con los 30 dias de haber obtenido residencia)**
- * **Carta de Medicaid expedida por el Estado de Colorado que no califica para este servicio**
- * **Copia de los talones de cheques 3 meses y impuestos del ano anterior, y/o forma 1099. Ingresos Por cuenta propia, debe proveer una copia de su Anexo C.**
- * Documentacion de otros recursos salarios, incluyendo por cuenta propia, recursos sin empleo; i.e. desempleo o compensacion de trabajo, Pagos del Seguro Social, pagos de planes de retiro o pension, comisiones, propinas, pension alimenticia, cuentas de ahorro, ingresos de propiedades, ingresos de cuentas de ahorros, inversiones, cautiverios, etc.
- * **Documentacion de cuentas de cheques y ahorros**
Lo siguiente puede ser requerido:
 - * Si no trabaja, una copia de los 3 ultimos meses de los pagos en casa incluyendo utilidades
 - * Una copia de la aseguranza de salud

Copagos del Cliente:

- * Un cliente es responsable de pagar un porcion de sus pagos. Este es el "copago de cliente". **Copagos deben ser pagados el dia que se recibe el servicio. Servicios No-Urgentes pueden ser reprogramados si el paciente no puede pagar el copago.**
- * El copago del cliente sera basado en el Programa Indigente de Cuidado Colorado Tarifa "Abilidad para Pagar" .
- * Balances Negativos seran ajustados por servicios proporcionados 30 dias antes de firmar la aplicacion y todos los copagos vencen al tiempo de la aprobacion y completacion de la aplicacion
- * Los balances no pagados en los 120 dias seran transferidos a A-1 una Agencia de Coleccion. Constante fracaso en no pagar los copagos resultara en la terminacion de esta relacion.

Los siguientes procedimientos son **excluidos** del Programa de Asistencia Financiero:

1. Pre-registradas cirugias electivas las cuales nos son medicamente necesarias.
2. Asilo de Ancianos
3. Procedimientos Aesteticos/Cirugia Cosmetica

TABLA DE COPAGOS

(Efectivo 1/1/16)

Definiciones:

1. Paciente Interno, cirugía de emergencia (hecha para salvar la vida del paciente), y servicio de observación son los copagos para los servicios de la institución (no-médicos). **Cirugías electivas ambulatorias pre-registradas no son elegibles en el Programa de Asistencia Financiera.**
2. Copagos de Doctores en estados por Paciente Interno, Cirugía, y Observación son relacionados a servicios proporcionados por el doctor en el hospital.
3. Los copagos del Doctor y Clínica no-interno son cargos por el Doctor para primeros cuidados y servicios médicos preventivos y ER Servicios de Emergencias. En la clínica Pacientes No –Internos copagos incluyen terapia física, ocupacional, y terapia del lenguaje, y servicios proporcionados en el cuarto de tratamiento no-interno en el hospital .
4. Cargos de Servicios de Emergencia en el Hospital son cargos relacionados no- doctores (institución) solamente.
5. Copagos para MRIs, CT exploraciones, análisis, rayos x, y servicios cardiopulmonares hechos en el ER incluye el copago del ER.
6. Copago de Rayos x no incluye MRI y CT exploraciones magnéticas.

*Z-Clasificación. Clientes sin hogar que viven en hogares transitorios o viven con otros. Estos clientes están exentos de copagos. Alguien sin hogar es quien no tiene un hogar regular o adecuado para pasar las noches.

Clasificación	Porcentaje Nivel de Pobreza	Paciente Interno Hospital , Emergencia quirúrgica, Observación (Estancia completa) (Cargos Institución) Copago (1)	Paciente Interno, Cirugía, Observación Doctor (Estancia Completa) (Cargos Dr.) Copago (2)	Doctor (inc ER) y No-Interno Clínica (PT, OT, ST, Cuarto Tratamiento,) (por visita) Copago (3)	Hospital Cuarto de Emergencia (por visita) (Cargos de la Institución) Copagos (4)	MRI, CT (por visita) Copago (5)	Análisis/Rayos X/Cardio Respiratorio (por visita) Copago (6)
N	40%	\$15	\$7	\$7	\$115	\$30	\$7
A	62%	\$65	\$35	\$15	\$125	\$90	\$10
B	81%	\$105	\$55	\$15	\$125	\$130	\$10
C	100%	\$155	\$80	\$20	\$130	\$185	\$15
D	117%	\$220	\$110	\$20	\$130	\$250	\$15
E	133%	\$300	\$150	\$25	\$135	\$335	\$20
F	159%	\$390	\$195	\$25	\$135	\$425	\$20
G	185%	\$535	\$270	\$35	\$145	\$580	\$30
H	200%	\$600	\$300	\$35	\$145	\$645	\$30
I	250%	\$630	\$315	\$40	\$150	\$680	\$35
Z*	40%	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

NOTIFICACION: ESTE NO ES UN PROGRAMA DE ASEGURANZA. EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE PIONEERS MEDICAL CENTER SE APLICA SOLAMENTE A SERVICIOS RECIBIDOS EN PMC Y MEEKER FAMILY HEALTH CENTER. NO APLICA A:

1. OTRAS INSTITUCIONES MEDICAS
2. FARMACIAS
3. TARIFAS PROFESIONALES DE ESPECIALIDAD, AUN CUANDO PROPORCIONEN SERVICIOS EN PMC. TENDARA QUE HACER ARREGLOS FINANCIEROS CON ESE DOCTOR PARA PODER PAGAR ESOS SERVICIOS PROFESIONALES.
4. SERVICIOS PATOLOGICOS (ST. MARY’S, VALLEY VIEW HOSPITAL, ETC)
5. SERVICIOS DE RADIOLOGIA PROPORCIONADOS POR MOUNTAIN RADIOLOGY



APLICACION PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE(NAME) _____

DIRECCION(ADDRESS) _____

CIUDAD(CITY) _____ ESTADO _____ CODIGO _____

TELEFONO _____ CELULAR _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE _____
NUMERO DE SEGURO DEL SOLICITANTE _____

MIEMBROS DE FAMILIA (incluya aquellos que reciben manutencion alimenticia)

_____ FDN _____

_____ FDN _____

_____ FDN _____

_____ FDN _____

DOCUMENTOS QUE DEBE PROVEER(No llenar esta area):

INGRESO NETO ANUAL (Empleo, No ganado, Por cuenta propia)	\$ _____
ESTADO DE CUENTA DE CHEQUES Y AHORROS	\$ _____
RENTA O PAGOS HIPOTECARIOS (12 MESES)	(\$ _____)
TOTAL	\$ _____

CLASIFICACION(RATING) _____

NOTAS _____

FIRMA DEL CLIENTE _____ FECHA _____

NOTA: ESTO NO ES UN PROGRAMA DE ASEGURANZA. SOLO SE APPLICA A PMC Y NO SERA ACEPTADA EN OTRAS INSTITUCIONES MEDICAS O FARMACIA. Pioneers Medical Ceenter se reserva el derecho de revocar la asistencia financiera si determina que la persona que solicita ayuda financiera / asistencia caritativa, ha mal representado sus necesidades financieras o cualquier otra información necesaria para determinar la situación financiera para los propósitos de esta política. **PORFAVOR ESCRIBA SUS INICIALES:** _____

FIRMA DE LA CONSEJERA FINACIAL _____ FECHA _____

Solo para Uso Interno:	
Rio Blanco County Resident _____	Health Insurance Card _____
State of Colorado Drivers License/ID Card _____	Medicaid Denial _____
Copy of check stubs/tax return or unearned income _____	
Current CICIP card _____	Issuing Facility _____