



PO Box 490, 120 Jackson River Rd., Monterey VA 24465
 Ph: (540)468-6400 Fax: (540) 468-3301

Desde el 1 de enero del 2019 más adultos que viven en Virginia se hicieron elegibles para Medicaid. Aun si ha aplicado por Medicaid en el pasado, puede ser que está elegible ahora.

Abajo está la información para elegibilidad según sus ingresos. Si sus ingresos están en estas directrices, y tiene entre 19 y 64 años debe aplicar por Medicaid y después le consideraremos por un descuento en HMC.

Por favor provea a Highland Medical Center una copia de la carta de denegación de Medicaid si ha aplicado y recibido una denegación.

TAMAÑO DE FAMILIA		MENSUAL		ANUAL
1	\$	1,563.00	\$	18,755.00
2	\$	2,106.00	\$	25,269.00
3	\$	2,649.00	\$	31,782.00
4	\$	3,192.00	\$	38,296.00
5	\$	3,735.00	\$	44,810.00
6	\$	4,277.00	\$	51,323.00
7	\$	4,820.00	\$	57,837.00
8	\$	5,363.00	\$	64,350.00
Añada para cada miembro adicional	\$	543.00	\$	6,514.00

Estas son las opciones en como solicitar:

1. Vaya al Departamento de Servicios Sociales en su localidad
2. Complete una solicitud en papel y llévesela al Departamento de Servicios Sociales en su localidad
3. Llame al 1-855-242-8282 - opción 2 y opción 2 otra vez
4. Visite el sitio web <http://www.coverva.org/>

Las opciones 1 y 2 son las más rápidas para que su solicitud sea procesada. Llame a nuestro Departamento de Servicios Sociales local a 540-468-2199.

Gracias por escoger a Highland Medical Center por sus necesidades de asistencia médica.

Sinceramente,

Highland Medical Center

Highland Medical Center, Inc.
Aplicación/ Acuerdo para Tarifas de Descuento

- * Elegibilidad para descuento de cuotas médicas y dentales está basada en su ingreso familiar y el número de personas en su hogar de acuerdo con las pautas federales.
- * Puede calificar para el descuento aun si usted tiene Medicare, Medicaid, o seguro médico privado.
- * El descuento no aplica para la farmacia, algunos cobros del laboratorio, y consultas ópticas no médicas.
- * Usted puede calificar para programas por separado los cuales proporcionan descuentos en algunas recetas médicas.
- * Solicitudes externas del laboratorio no califican para este programa de descuentos.
- * Prueba de sus ingresos debe ser proveído dentro de 2 semanas de su solicitud.
- * **Por favor devuelva la solicitud completa con los documentos financieros a:**
Highland Medical Center, Attn: Vickie Hoover, PO Box 490, Monterey VA 24465
Tel# 540-468-6446, Fax# 540-468-3316 o vhoover@ourhmc.org

POR FAVOR LEA ESTA APLICACIÓN CUIDADOSAMENTE. Nuestro personal le ayudará a completar toda la información requerida, si sea necesario. Usted necesita traer todos los documentos requeridos y esta aplicación debe ser aprobada antes de que reciba descuentos. No hay descuentos retroactivos y no hay descuentos en cantidades ya adeudadas en su cuenta.

Nombre del Solicitante: _____
Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección de Correos: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Fijo: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
E-mail: _____

Si no tiene correo electrónico, por favor marque aquí:

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) (Circule Uno)

¿Veterano? _____ Sí _____ No

¿Seguro Médico? _____ Sí _____ No

Seguro: _____

¿Seguro Dental? _____ Sí _____ No

Seguro: _____

I. Liste todos los miembros de su hogar:

Esposo(a)

Nombre Com _____

Fecha de Nac _____ ¿Cubierto por seguro? _____ Sí _____ No

Hijo Menor de Edad:

Nombre Com _____

Fecha de Nac _____ ¿Cubierto por seguro? _____ Sí _____ No

Hijo Menor de Edad:

Nombre Com _____

Fecha de Nac _____ ¿Cubierto por seguro? _____ Sí _____ No

Hijo Menor de Edad:

Nombre Com _____

Fecha de Nac _____ ¿Cubierto por seguro? _____ Sí _____ No

Hijo Menor de Edad:

Nombre Com _____

Fecha de Nac _____ ¿Cubierto por seguro? _____ Sí _____ No

Liste todos los miembros de su hogar, independientemente de la relación:

Otros:

Nombre Compl _____
Relación: _____
Fecha de Nacir _____ ¿Cubierto por seguro? _____ Sí _____ No
¿Esta persona es su dependiente? _____ Sí _____ No
Si comparten gastos, por favor explique: _____

Otros:

Nombre Compl _____
Relación: _____
Fecha de Nacir _____ ¿Cubierto por seguro? _____ Sí _____ No
¿Esta persona es su dependiente? _____ Sí _____ No
Si comparten gastos, por favor explique: _____

II. Ingreso del Hogar

Necesitará proveer la siguiente documentación para estas cantidades: los 3 más recientes talones de pago de todos los sueldos y su declaración de impuestos federales más reciente.

Ingreso mensual de todos los miembros del hogar:

Salario Bruto:	\$ _____	Nombre: _____
	\$ _____	Nombre: _____
Trabajo Por Cuenta P	\$ _____	Nombre: _____
	\$ _____	Nombre: _____
Seguro Social:	\$ _____	Nombre: _____
	\$ _____	Nombre: _____
Incapacidad:	\$ _____	Nombre: _____
	\$ _____	Nombre: _____
Desempleo:	\$ _____	Nombre: _____
	\$ _____	Nombre: _____
Asistencia Pública:	\$ _____	Nombre: _____
	\$ _____	Nombre: _____
Pensión/Retiro:	\$ _____	Nombre: _____
	\$ _____	Nombre: _____
A anualidades:	\$ _____	Nombre: _____
	\$ _____	Nombre: _____
Interés/Dividendos:	\$ _____	Nombre: _____
	\$ _____	Nombre: _____
Manutención:	\$ _____	Nombre: _____
Pensión Alimenticia:	\$ _____	Nombre: _____
Ingresos por Alquiler:	\$ _____	Nombre: _____
Otro Ingreso:	\$ _____	Nombre: _____

Describa: _____

Si no tiene ninguna fuente de ingresos, por favor explique quien paga sus facturas y gastos de vida:

Explicación de los Documentos Requeridos como Prueba de Ingresos

*****Este programa de descuentos no tomará efecto hasta que la prueba de ingresos ha sido proveída.***
*****La prueba de ingresos debe ser proveída dentro de 2 semanas de su solicitud*******

Se requiere una copia de su declaración de impuestos del año pasado. Si no la provea, su solicitud no será procesada. Si no declaró impuestos, por favor firme abajo.

Si trabaja, por favor provee los siguientes documentos adicionales:

- 1) Una copia de los 3 últimos talones de pago

Si está empleado por cuenta propia, se requiere una copia de su declaración de impuestos más reciente.

Por favor provea los siguientes documentos si usted está jubilado o incapacitado:

- 1) Una copia de su declaración de beneficios del seguro social
- 2) Una copia de su estado bancario que muestra su depósito directo mensual

Si usted no tiene ingreso, usted tendrá que preguntar por una forma de Auto Declaración de Ingresos.

I, _____, did not file taxes last year.

Sign: _____

Date: _____

**HIGHLAND MEDICAL CENTER
2023-2024**

COBROS CON DESCUENTO DE LA ESCALA MÓVIL MEDICAL, DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO, & TERAPIA FÍSICA

CATEGORIA DE LA ESCALA ----->	A		B		C		D		No Descuento
% DE LAS PAUTAS FEDERALES DE LA POBREZA	100%		150%		175%		200%		Más de 200%
PAGOS ESPERADOS AL MOMENTO DE LA VISITA --->	Medical, SC, TP: cobro de \$10,		Medical, SC, TP: cobro de \$15,		Medical, SC, TP: cobro de \$20,		Medical, SC, TP: cobro de \$25,		Pague 100% si sus ingresos son más de o igual a:
Tamaño de Familia	Rango de Ingresos:		Rango de Ingresos:		Rango de Ingresos:		Rango de Ingresos:		
1	\$0	\$ 14,580	\$14,581	\$21,870	\$21,871	\$25,515	\$25,516	\$29,160	\$29,161
2	\$0	\$ 19,720	\$19,721	\$29,580	\$29,581	\$34,510	\$34,511	\$39,440	\$39,441
3	\$0	\$ 24,860	\$24,861	\$37,290	\$37,291	\$43,505	\$43,506	\$49,720	\$49,721
4	\$0	\$ 30,000	\$30,001	\$45,000	\$45,001	\$52,500	\$52,501	\$60,000	\$60,001
5	\$0	\$ 35,140	\$35,141	\$52,710	\$52,711	\$61,495	\$61,496	\$70,280	\$70,281
6	\$0	\$ 40,280	\$40,281	\$60,420	\$60,421	\$70,490	\$70,491	\$80,560	\$80,561
7	\$0	\$ 45,420	\$45,421	\$68,130	\$68,131	\$79,485	\$79,486	\$90,840	\$90,841
8	\$0	\$ 50,560	\$50,561	\$75,840	\$75,841	\$88,480	\$88,481	\$101,120	\$101,121
Para familias con más de 8, añade esta cantidad para cada persona adicional de 8		\$ 5,140		\$ 5,140		\$ 5,140		\$ 5,140	

A los pacientes del descuento de la escala móvil se cobrarán una tarifa fija para los servicios del laboratorio y radiología. Solicitudes de proveedores no HMC no son elegibles para el descuento.

Cobros por servicios del laboratorio/Rayos X	\$-	\$5.00	\$10.00	\$10.00	
--	-----	--------	---------	---------	--

Hay que pagar todos los cobros a la prestación de servicios.

**HIGHLAND MEDICAL CENTER
2023-2024
COBROS CON DESCUENTO DE LA ESCALA MÓVIL DENTAL**

Categoría de la Escala----->	A		B		C		D		No Descuento
% DE LAS PAUTAS FEDERALES DE LA POBREZA	0-100%		> 100 to 150%		>150 to 175%		> 200%		Más de 200%
PAGOS ESPERADOS AL MOMENTO DE LA VISITA --->	\$15 por Servicio Preventivo \$30 por Servicio Básico \$90 por Servicio Intermedio más cobro del laboratorio \$270 por Servicio Complejo más cobro del laboratorio		\$20 por Servicio Preventivo \$40 por Servicio Básico \$120 por Servicio Intermedio más cobro del laboratorio \$360 por Servicio Complejo más cobro del laboratorio		\$25 por Servicio Preventivo \$50 por Servicio Básico \$150 por Servicio Intermedio más cobro del laboratorio \$450 por Servicio Complejo más cobro del laboratorio		\$30 por Servicio Preventivo \$60 por Servicio Básico \$180 por Servicio Intermedio más cobro del laboratorio \$540 por Servicio Complejo más cobro del laboratorio		Pague 100% si sus ingresos son más de o igual a:
Tamaño de Familia	Rango de Ingresos:		Rango de Ingresos:		Rango de Ingresos:		Rango de Ingresos:		
1	\$0	\$14,580	\$14,581	\$21,870	\$21,871	\$25,515	\$25,516	\$29,160	\$29,161
2	\$0	\$19,720	\$19,721	\$29,580	\$29,581	\$34,510	\$34,511	\$39,440	\$39,441
3	\$0	\$24,860	\$24,861	\$37,290	\$37,291	\$43,505	\$43,506	\$49,720	\$49,721
4	\$0	\$30,000	\$30,001	\$45,000	\$45,001	\$52,500	\$52,501	\$60,000	\$60,001
5	\$0	\$35,140	\$35,141	\$52,710	\$52,711	\$61,495	\$61,496	\$70,280	\$70,281
6	\$0	\$40,280	\$40,281	\$60,420	\$60,421	\$70,490	\$70,491	\$80,560	\$80,561
7	\$0	\$45,420	\$45,421	\$68,130	\$68,131	\$79,485	\$79,486	\$90,840	\$90,841
8	\$0	\$50,560	\$50,561	\$75,840	\$75,841	\$88,480	\$88,481	\$101,120	\$101,121
Para familias con más de 8, añada esta cantidad para cada persona adicional de 8		\$5,140		\$5,140		\$5,140		\$5,140	

La Escala Móvil de Descuentos no cubre el especialidades dentales como: ordoncia, cirugías periodontales, endodoncia implantes dentales, biopsia, retiro de lesión, extracciones quirúrgicas
O cualquier otro servicio que se refiere a una especialista.

Se espera que los pacientes paguen sus copagos antes de sentarse para su servicio.

Se requiere que los cobros para los procedimientos intermedios y complejos y 1/2 del cobro del laboratorio sean pagados completamente antes de que se envíe las fundiciones al laboratorio para el aparato dental específico al paciente.

Cobros del laboratorio para la creación de aparatos dentales específicos al paciente deben ser pagados completamente por el paciente antes de la entrega del aparato dental.

Preventivo: Exámen dental comprensivo, periódico, o limitado; radiografía de aleta mordida y/o bitewing and/or periapical; serie de radiografías de la boca completa; rayos x panorámico; profilaxis rutinario; mantenimiento periodontal; disposición de sellador dental; disposición de fluoruro de plata diamina

Básico: Desbridamiento de la boca completat; extracción dental por diente; un empaste dental por diente; pulpotomía vital; desbridamento pulpar total; pulpotomía directa o indirecta; moldes diagnósticos; cementación de corona o puente; reparación menor cumplida en la oficina; ajuste de dentadura; ajuste o extracción de dientes postizos

Intermedio: Incisión & drenaje; tratamiento de conducto (uno solo) no quirúrgico; limpieza profunda de un cuadrantet; forrar nuevamente la dentadura o dientes postizos extraíbles cumplida en la oficina; guardia oclusal/de noche; reparación de la base de la dentadura quebrada; reemplazar/ reparar diente quebrada de la dentadura- hasta 3 dientes; reparar la estructura colada; reparar/reemplazar cierre; añadir cierre a dientes postizos extraíbles

Complejo: Corona de una sola unidad; Dientes postizos reparados por unidad (puente); dientes postizos extraíbles; dentadura completa; forrar nuevamente o reparación de base de la dentadura o dientes postizos extraíbles enviados a un laboratorio external.

HIGHLAND MEDICAL CENTER
2023-2024
COBROS CON DESCUENTO DE LA ESCALA MÓVIL FARMACIA

CATEGORIA	% DE LAS PAUTAS FEDERALES DE LA POBREZA	30 DÍAS	90 DÍAS
A	0 to 100%	\$ 1	\$ 3
B	>100 to 150%	\$ 3	\$ 6
C	>150 TO 175%	\$ 5	\$ 9
D	>175 to 200%	\$ 8	\$ 12
No Descuento	>200%	\$ 10	\$ 15

(POR RECETA)