

SOLICITUD DE ESCALA DE TARIFAS VARIABLES

Palms Medical Group tiene como política proveer servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos con base en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y entréguela en la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para recibir un descuento.

Nombre del jefe del grupo familiar:		Lugar de empleo		
Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Número total de miembros de la familia adultos:		Número total de miembros de la familia niños:		

Ingresos familiares anuales

Origen	Yo	Cónyuge	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, declaración de impuestos del año anterior				
Ingresos de un negocio, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, Compensación de los trabajadores, Ingresos de seguridad complementaria del Seguro Social, Asistencia pública, Pagos para los veteranos, Beneficios para sobrevivientes, Ingresos por jubilación o retiro				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de bienes raíces, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de afuera del grupo familiar y otras fuentes misceláneas				
Total de ingresos				

Nota: se requieren copias de las declaraciones de impuestos del año anterior, los tres recibos de pago más recientes u otra información de verificación de ingresos antes de aprobar el descuento.

Certifico que la información del tamaño del grupo familiar y de los ingresos que se muestra antes es correcta.

Firma _____

Fecha: _____

Aprobado por la Junta Directiva el 4 de marzo de 2016

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Categoría de descuento aprobado de SF: _____ Vencimiento de SF: _____

N.º de cuenta del paciente _____

Aprobado por: _____

Fecha de aprobación: _____

Programa de tarifas variables, responsabilidad de pago del paciente					
Variable	Servicios médicos	Quiropráctico	Salud conductual	Dental	
A	Copago de \$20	Copago de \$30	Copago de \$30	\$35-preventivo \$50-no preventivo	
B	Copago de \$30	Copago de \$40	Copago de \$40	70% de todos los cargos	
C	Copago de \$40	Copago de \$50	Copago de \$50	80% de todos los cargos	
D	Copago de \$50	Copago de \$60	Copago de \$60	90% de todos los cargos	

REGLAS DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE ESCALA DE TARIFAS VARIABLES

Su solicitud NO será procesada sin la información solicitada. Toda la información entregada a Palms Medical Group se mantendrá confidencial. Si la información resulta ser FRAUDULENTE nos reservamos el derecho a cancelar su estado de Escala de tarifas variables y facturarle el monto total de las consultas anteriores.

Antes de inscribirse en el Programa de escala de tarifas variables, lea las reglas siguientes.

ESTAS REGLAS SE DEBEN SEGUIR SIN EXCEPCIÓN:

1. DEBE NOTIFICAR A PALMS MEDICAL GROUP DE INMEDIATO SI:

- a. hay un cambio en los ingresos de cualquiera de los miembros del grupo familiar;
- b. cualquiera de los miembros del grupo familiar obtiene seguro de cualquier tipo;
- c. hay un cambio en el número de miembros del grupo familiar;
- d. hay un cambio en la dirección de correo.

2. DEBE CALCULAR SU TARIFA CALCULADA EN EL MOMENTO DE CADA CONSULTA.

Si usted no paga su tarifa calculada en el momento de recibir el servicio, debe pagar el saldo de su cuenta en un plazo de 15 días hábiles después de recibir el estado de cuenta. Si no recibimos el pago en un plazo de 90 días, Palms Medical Group se reserva el derecho de CANCELAR su elegibilidad en el Programa de escala de tarifas variables y realizar esfuerzos de cobro adicionales.

Yo, _____, he leído las reglas anteriores y acepto cumplirlas. También entiendo que si no cumpla con las reglas establecidas, mi participación en el programa será cancelada.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL EXAMINADOR

FECHA

Aprobado por la Junta Directiva el 4 de marzo de 2016