

Programa de descuento de tarifa movil



Nuestro proposito

Rural Health Group cree que el acceso a la atención medica es un derecho fundamental que no debe limitarse por la capacidad de un individuo para pagar. La intención y el propósito del programa de tarifa movil de RHG es garantizar que todos los pacientes tengan acceso a atención medica de calidad, independientemente de su capacidad para pagar por dichos servicios. La incapacidad de pago se define como aquellos pacientes con ingresos familiares anuales del 200% y por debajo de las pautas federales de pobreza.

Solicitud de Descuento

Los pacientes, familiares, administradores de casos u otro personal pueden solicitar servicios de descuento. Los pacientes pueden solicitar el programa de descuento de tarifa movil independientemente del estado del seguro.

Verifique sus Ingresos

Debe proporcionar uno de los siguientes:

1. W-2 Mas Recientes
2. Los talones de pago mas recientes
3. Carta de la Seguridad Social
4. Estados de cuenta bancarios que muestran los ingresos
5. Carta del empleador
6. Formulario 4506-T (si no se archiva W-2)

Los trabajadores independientes deberan presentar ingresos y gastos para los dos meses mas recientes de negocios.

Llenar la solicitud

El paciente/parte responsable debe completar la solicitud de tarifa movil en su totalidad. Al firmar la solicitud, esta persona autoriza el acceso de RHG para confirmar los ingresos como se indica en el formulario de solicitud. Si no se completa la solicitud y/o no se proporciona informacion sobre los ingresos dentro de los 30 dfas, el paciente no podra recibir descuentos en los servicios.

¿Quien es elegible?

Los descuentos estarán para las familias que se encuentran dentro del 200% de las pautas federales de pobreza disponibles.

**El programa de descuentos de la escala movil
Las pautas federales de pobreza para 2025
Porcion de los cargos totals que es responsabilidad del paciente**

Percentage of Federal Income Guidelines	A 0% - 100% (Nominal Fee)	B 101% - 133%	C 134% - 166%	D 167% - 200%
Medical/Behavioral Flat Fee per Visit	\$10.00	\$15.00	\$20.00	\$25.00
Dental Preventive Services	\$35.00	\$40.00	\$45.00	\$50.00
Dental Additional Services	\$50.00	30% {min. nominal fee +\$1}	35% {min. scale B+\$1}	40% {min. scale C +\$1}
Household Size				
1	\$ 0 - \$15,650	\$15,651 - \$20,815	\$20,816 - \$25,979	\$25,980 - \$31,300
2	\$ 0 - \$21,150	\$21,151 - \$28,130	\$28,131 - \$35,109	\$35,110 - \$42,300
3	\$ 0 - \$26,650	\$26,651 - \$35,445	\$35,446 - \$44,239	\$44,240 - \$53,300
4	\$ 0 - \$32,150	\$32,151 - \$42,760	\$42,761 - \$53,369	\$53,370 - \$64,300
5	\$ 0 - \$37,650	\$37,651 - \$50,075	\$50,076 - \$62,499	\$62,500 - \$75,300
6	\$ 0 - \$43,150	\$43,151 - \$57,390	\$57,391 - \$71,629	\$71,630 - \$86,300
7	\$ 0 - \$48,650	\$48,651 - \$64,705	\$64,706 - \$80,759	\$80,760 - \$97,300
8	\$ 0 - \$54,150	\$54,151 - \$72,020	\$72,021 - \$89,889	\$89,890 - \$108,300
For more than 8 persons	Add \$5,500/person	Add \$7,315/person	Add \$9,130/person	Add \$11,000/person

Para más de 8 miembros de la familia, sume estas cantidades por cada persona adicional para determinar el 100% del FPG para ese tamaño de familia