

HealthWorks

POLICY TITLE:
Sliding Fee Scale

NUMBER: 15 00 01

ORIGINATOR: BUSINESS OFFICE	POLICY APPLIES TO: Entire Organization and All Sites
APPROVED BY: Board of Directors (“Board of Directors” or Committee Name)	(“Entire Organization” or Department Name)
DATE APPROVED: 02/22/2022	EFFECTIVE DATE: 05/2005

POLICY

It is the policy of HealthWorks to provide the opportunity for individuals and families to qualify for reduced fees to ensure access to health care.

For the purposes of this policy the following definitions will apply:

Income: The Internal Revenue Service (IRS) definitions for Gross Income and Adjusted Gross Income (AGI) will be used to determine income. Income sources may include:

- Wages, Salaries, Tips and Unemployment Benefits (e.g., Form W-2, 1099 and 1099-G)
- Self-Employment Income (e.g., Form 1099, Schedules K-1, 1099-MISC or 1099-NEC)
- Additional Income and Adjustments to Income reported on FORM 1040, Schedule 1.
- Tax-Exempt and Taxable Interest (e.g., Form 1099-INT, 1099-OID)
- Qualified Dividends and Ordinary Dividends (e.g., Form 1099-DIV)
- IRA Distributions, Pensions and Annuities (e.g., Form 1099-R)
- Income from sales of stock or other property (e.g., 1099-B, 1099-S)
- Social Security Benefits or Railroad Retirement (e.g., SSA-1099, RRB-1099-R)
- Spousal Support/Alimony
- Veteran or military benefits
- Capital Gain or Loss (e.g., Form 8949, Schedule D)
- Trusts and Royalty Income (e.g., Schedules K-1, 1099-MISC or 1099-NEC)
- Rental Income (e.g., Form 1040-ES)
- Awards, prizes, gambling, lottery, and contest winnings (e.g., Form W-2G)
- Union strike benefits
- Jury Duty fees
- Statement of financial support

Family: Family/household size is defined as the primary taxpayer and all their tax dependents and/or any person of whom the patient is the legal guardian or is legally obligated to care for.

PROCEDURE

1. HealthWorks' sliding fee schedule is based on family household income. Eligibility will be determined utilizing the United States Department of Health and Human Services Federal Poverty Guidelines. The sliding fee schedule will be offered to family household incomes that are 200% or below the poverty income guidelines.
2. Patients must produce income documentation as requested to qualify for the "sliding scale" fee rates. Documentation may include information from the most recent tax return (signed and filed within the last twelve (12) months) if filed and/or the past thirty (30) days of current income via pay stubs, plus other documentation as needed to confirm other income types. Income from a tax return will be based on "Adjusted Gross Income" on IRS Form 1040.
3. If a patient has not filed a tax return, they may be asked to provide a verification of non-filing from the IRS and thirty (30) days of current income.
4. Patients whose legal status in the U.S. is not valid (undocumented), who do not file a tax return, and who are unable to produce a verification of non-filing from the IRS, must provide the following:
 - A signed statement stating the patient's current living situation and any financial support and/or declaration of current income; this information will be used to determine eligibility.
5. If the patient does not have any income, then they must provide at least one of the following:
 - A copy of the denied unemployment letter and copy of employment history from the Department of Workforce Services.
 - A printout of the "Benefit History" from the Department of Family Services that shows eligibility for the Wyoming SNAP program.
 - A letter verifying a recent stay at a shelter, or other type of public facility.
 - A written statement from their physician documenting a temporary disability.
 - If none of the above is available, then a patient may fill out a Homeless Attestation Form or statement of self-declared income.
6. All uninsured patients will be assessed for eligibility unless they refuse. Patients requesting the discount must complete the Sliding Fee Eligibility Application. The form will include a question asking the patient if they want more information about receiving services at reduced rates.
7. HealthWorks Board of Directors will establish a single nominal charge per visit for all patients that fall at or below 100% of the Federal Poverty Guidelines. Specifically, the nominal charge must be a fixed fee that does not reflect the true value of the service(s) provided and is considered nominal from the perspective of the patient. As they are not intended to create a payment threshold for patients to receive care, nominal charges are not "minimum fees," "minimum charges," or "co-pays." In addition, the nominal charge must be less than the fee paid by a patient in the first "sliding fee discount pay class" beginning above 100% of the Federal Poverty Guidelines. Patient surveys will be administered and reviewed to determine that the established nominal charge is not creating a barrier to care.

8. The Board of Directors will review the plan annually and adjust, as necessary. The nominal fee will be evaluated and re-approved at least once per year. Evaluation will be conducted from the patient's perspective by collecting patient feedback once every year, with the goal of reducing financial barriers to care.
9. Patients qualifying for a sliding fee discount will be expected to pay the minimum established fee at the time they check in for their appointment.
10. When a patient demonstrates eligibility for the sliding fee discount, income documentation must be verified annually. However, if proof of income is unusual or a change in the level of income in the near future is probable, the patient may be asked to verify their income eligibility sooner than one (1) year.
11. Patients with third party insurance that does not cover or only partially covers fees for certain health center services may also be eligible for the sliding fee discount based on income and family size. In such cases, subject to potential legal and contractual limitations, the charge for each sliding fee discount pay class is the maximum amount an eligible patient in that pay class is required to pay for a certain service, regardless of insurance status.
12. Patients may request reconsideration of their eligibility for the sliding fee discount at any time.
13. Notice of the sliding fee discount will be posted prominently in the patient waiting room. The notice will indicate that payment (after discount and adjustments) is expected at the time of service and all requests for financial arrangements will be discussed confidentially with billing staff. The notice will also indicate that no one will be denied services based on inability to pay. The notice will be posted in English and Spanish.
14. All requests for income determination will be made in a manner that preserves the patients' privacy and dignity.
15. If a new patient is triaged for a same day or next day appointment and cannot complete the eligibility process prior, he or she can complete the one-day self-declaration of income form. This form is valid for one (1) day of service and cannot be completed again for 365 days.
16. HealthWorks will allow retroactive sliding fee scale designation for up to ten (10) business days after a clinic, dental, or behavioral health visit. This applies to both new patients and patients that have an expired approved sliding fee scale designation.
 - a. To qualify for the retroactive sliding fee scale, the patient must be approved through HealthWorks Intake process within ten (10) business days after their visit.
 - b. Depending on the patient's sliding fee scale level, their billing charges will be reduced to the qualifying fee scale.
 - c. If the patient fails to be processed through the Intake process or does not qualify for the slide, they will be billed the full self-pay charges for their visit.

Key Words: sliding fee, income, federal poverty, discount, eligibility, non-filing, IRS, household, tax return, guardian
Review Period: 1 year
Staff Policy Committee Revision Dates: 02/04/2021, 03/05/2020, 02/07/19

HealthWorks								
Sliding Fee Scale - Annual Income								
The Nominal Charge is Collected at Check-in								
Fee Scale effective January 12, 2022	A	B	C	D	E	F	G	
	0% - 33%	34% - 66%	67% - 100%	101-125%	126-150%	151-175%	176-200%	Over 200%
Medial Visits w/Provider (1)	Patient pays \$10 Nominal Charge			Patient pays \$20 Nominal Charge	Patient pays \$30 Nominal Charge	Patient pays \$40 Nominal Charge	Patient pays \$50 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Medical Procedure Visit w/ Provider (2)	Patient pays \$30 Nominal Charge			Patient pays \$50 Nominal Charge	Patient pays \$100 Nominal Charge	Patient pays \$150 Nominal Charge	Patient pays \$200 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Nurse Visit (3)	Patient pays \$0 Nominal Charge			Patient pays \$0 Nominal Charge	Patient pays \$0 Nominal Charge	Patient pays \$0 Nominal Charge	Patient pays \$0 Nominal Charge	Patient pays 0% of the billed charges
Behavioral Health Individual session (4)	Patient pays \$4 Nominal Charge			Patient pays \$10 Nominal Charge	Patient pays \$16 Nominal Charge	Patient pays \$22 Nominal Charge	Patient pays \$28 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Behavioral Health Group Session (4)	Patient pays \$2 Nominal Charge			Patient pays \$5 Nominal Charge	Patient pays \$8 Nominal Charge	Patient pays \$11 Nominal Charge	Patient pays \$14 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Behavioral Health Psychiatric Visit (4)	Patient pays \$10 Nominal Charge			Patient pays \$20 Nominal Charge	Patient pays \$30 Nominal Charge	Patient pays \$40 Nominal Charge	Patient pays \$50 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Preventive Dental Services (5)	Patient pays \$10 Nominal Charge			Patient pays \$20 Nominal Charge	Patient pays \$30 Nominal Charge	Patient pays \$40 Nominal Charge	Patient pays \$50 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Restorative Dental Services (6)	Patient pays \$30 Nominal Charge per tooth			Patient pays 25% of billed charges	Patient pays 50% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 100% of the billed charges
Dental Services Crowns Root Canals (7)	Patient pays \$100 Nominal Charge per tooth			Patient pays 25% of billed charges	Patient pays 50% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 100% of the billed charges
Dental Services Dentures (8)	Patient pays \$200 (acrylic) \$250 (cast) Nominal Charge per each denture (upper / lower)			Patient pays 25% of billed charges	Patient pays 50% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 100% of the billed charges

1. Includes employment, school, sports physicals, adult immunizations, birth control
2. Medical Procedures- IUD insertion/removal, Nail Removal, Wart Removal, Skin Tag Removal, Joint/Trigger Injections, Colposcopy
3. Blood pressure checks, glucose checks, INR, wound care, care management
4. Telepsychiatry or in office setting
5. Preventive Dental Services- Oral Examinations, X-rays, Cleanings, Flouride Treatments & Sealants
6. Restorative Dental Services- Fillings, Extractions, add tooth to existing partial denture, reline or adjust per denture
7. Dental Services Dentures- Complete, Immediate, Partial, Interim Partial, Night Guard
Denture adjustment will be no charge for 6 months after patient receives dentures. Thereafter, denture adjustments are a Restorative service.
8. Complex dental and oral pathology services will not be provided, which includes bridges, molar or pre-molar root canal.

HealthWorks								
Sliding Fee Scale - Annual Income								
The Nominal Charge is Collected at Check-in								
Fee Scale effective January 12, 2022				Based on 2022 DHHS Federal Poverty Guidelines				
Note: for family units with more than 8 members, add \$4,720 for each additional member.								
	A	B	C	D	E	F	G	
	0-33	33.0001-66	67.0001-100	100.0001-125	125.0001-150	150.0001-175	175.0001-200	
Family Size	0% - 33%	34% - 66%	67% - 100%	101-125%	126-150%	151-175%	176-200%	Over 200%
	0	4484.71	8969.41	13590.01	16987.51	20385.01	23782.51	27180.01
	4484.70	8969.40	13590.00	16987.50	20385.00	23782.50	27180.00	
2	0	6042.31	12084.61	18310.01	22887.51	27465.01	32042.51	36620.01
	6042.30	12084.60	18310.00	22887.50	27465.00	32042.50	36620.00	
3	0	7599.91	15199.81	23030.01	28787.51	34545.01	40302.51	46060.01
	7599.90	15199.80	23030.00	28787.50	34545.00	40302.50	46060.00	
4	0	9157.51	18315.01	27750.01	34687.51	41625.01	48562.51	55500.01
	9157.50	18315.00	27750.00	34687.50	41625.00	48562.50	55500.00	
5	0	10715.11	21430.21	32470.01	40587.51	48705.01	56822.51	64940.01
	10715.10	21430.20	32470.00	40587.50	48705.00	56822.50	64940.00	
6	0	12272.71	24545.41	37190.01	46487.51	55785.01	65082.51	74380.01
	12272.70	24545.40	37190.00	46487.50	55785.00	65082.50	74380.00	
7	0	13830.31	27660.61	41910.01	52387.51	62865.01	73342.51	83820.01
	13830.30	27660.60	41910.00	52387.50	62865.00	73342.50	83820.00	
8	0	15387.91	30775.81	46630.01	58287.51	69945.01	81602.51	93260.01
	15387.90	30775.80	46630.00	58287.50	69945.00	81602.50	93260.00	
Medical Visits w/Provider (1)	Patient pays \$10 Nominal Charge			Patient pays \$20 Nominal Charge	Patient pays \$30 Nominal Charge	Patient pays \$40 Nominal Charge	Patient pays \$50 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Medical Procedure Visit w/Provider (2)	Patient pays \$30 Nominal Charge			Patient pays \$50 Nominal Charge	Patient pays \$100 Nominal Charge	Patient pays \$150 Nominal Charge	Patient pays \$200 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Nurse Visit (3)	Patient pays \$0 Nominal Charge			Patient pays \$0 Nominal Charge	Patient pays \$0 Nominal Charge	Patient pays \$0 Nominal Charge	Patient pays \$0 Nominal Charge	Patient pays 0% of the billed charges
Behavioral Health Individual Session (4)	Patient pays \$4 Nominal Charge			Patient pays \$10 Nominal Charge	Patient pays \$16 Nominal Charge	Patient pays \$22 Nominal Charge	Patient pays \$28 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Behavioral Health Group Session (4)	Patient pays \$2 Nominal Charge			Patient pays \$5 Nominal Charge	Patient pays \$8 Nominal Charge	Patient pays \$11 Nominal Charge	Patient pays \$14 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Behavioral Health Psychiatric Visit (4)	Patient pays \$10 Nominal Charge			Patient pays \$20 Nominal Charge	Patient pays \$30 Nominal Charge	Patient pays \$40 Nominal Charge	Patient pays \$50 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Preventive Dental Services (5)	Patient pays \$10 Nominal Charge			Patient pays \$20 Nominal Charge	Patient pays \$30 Nominal Charge	Patient pays \$40 Nominal Charge	Patient pays \$50 Nominal Charge	Patient pays 100% of the billed charges
Restorative Dental Services (6)	Patient pays \$30 Nominal Charge per tooth			Patient pays 25% of billed charges	Patient pays 50% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 100% of the billed charges
Dental Services Crowns Root Canals (7)	Patient pays \$100 Nominal Charge per tooth			Patient pays 25% of billed charges	Patient pays 50% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 100% of the billed charges
Dental Services Dentures (8)	Patient pays \$200 (acrylic) \$250 (cast) Nominal Charge per each denture (upper/lower)			Patient pays 25% of billed charges	Patient pays 50% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 75% of billed charges	Patient pays 100% of the billed charges

- Includes employment, school, sports physicals, adult immunizations, birth control
- Medical Procedures- IUD insertion/removal, Nail Removal, Wart Removal, Skin Tag Removal, Joint/Trigger Injections, Colposcopy
- Blood pressure checks, glucose checks, INR, wound care, care management
- Telepsychiatry or in office setting
- Preventive Dental Services- Oral Examinations, X-rays, Cleanings, Fluoride Treatments & Sealants
- Restorative Dental Services- Fillings, Extractions, add tooth to existing partial denture, reline or adjust per denture
- Dental Services Dentures- Complete, Immediate, Partial, Interim Partial, Night Guard
Denture adjustment will be no charge for 6 months after patient receives dentures. Thereafter, denture adjustments are a Restorative service.
- Complex dental and oral pathology services will not be provided, which include bridges, molar or pre-molar root canal.

HealthWorks**TITULO DE LA POLIZA:****NUMERO:15 00 01****Escala de Tarifas**

CREADOR: OFICINA DE NEGOCIOS	POLIZAS SE APPLICAN A: Organización Entera y todos los sitios “Organización entera” o Nombre de Departamento)
APPROBADO POR: Junta Directiva (“Junta Directiva” o nombre del comité)	
FECHA APPROBADO: 02/22/2022	FECHA EFFECTIVO:05/2005

Póliza

Es la póliza de HealthWorks a proveer la oportunidad a personas y familias para calificar por nominas reducidas para asegurar acceso al cuidado de la salud.

Por el propósito de esta póliza los siguientes procedimientos aplicaran:

Ingresos: Las definiciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS) para el Ingreso Bruto y el Ingreso Bruto Ajustado (AGI) se utilizarán para determinar los ingresos. Las fuentes de ingresos pueden incluir:

- Salarios, salarios, propinas y beneficios de desempleo (por ejemplo, Formulario W-2, 1099 y 1099-G)
- Ingresos del trabajo por cuenta propia (por ejemplo, Formulario 1099, Anexos K-1, 1099-MISC o 1099-NEC)
- Ingresos adicionales y ajustes a los ingresos reportados en el FORMULARIO 1040, Anexo 1.
- Intereses exentos de impuestos e impuestos (por ejemplo, Formulario 1099-INT, 1099-OID)
- Dividendos calificados y dividendos ordinarios (por ejemplo, Formulario 1099-DIV)
- Distribuciones, pensiones y anualidades de IRA (por ejemplo, Formulario 1099-R)
- Ingresos por ventas de acciones u otros bienes (por ejemplo, 1099-B, 1099-S)
- Beneficios del Seguro Social o Jubilación Ferroviaria (por ejemplo, SSA-1099, RRB-1099-R)
- Manutención conyugal/Pensión alimenticia
- Beneficios para veteranos o militares
- Ganancia o pérdida de capital (por ejemplo, Formulario 8949, Anexo D)
- Fideicomisos e ingresos por regalías (por ejemplo, Anexos K-1, 1099-MISC o 1099-NEC)
- Ingresos por alquiler (por ejemplo, Formulario 1040-ES)
- Premios, premios, juegos de azar, lotería y ganancias de concursos (por ejemplo, Formulario W-2G)
- Beneficios de la huelga sindical

- Honorarios de derechos de jurado
- Estado de apoyo financiero

Familia: El tamaño de la familia/hogar se define como el contribuyente primario y todos sus dependientes de impuestos y/o cualquier persona de quien el paciente es el guardián legal o está legalmente obligado a cuidar.

PROCEDIMIENTO

1. El horario de la escala de tarifas de los descuentos de HealthWorks está basada en los ingresos del hogar. Elegibilidad se determinará utilizando los límites federales de pobreza por el departamento de Cuidado y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El horario de la escala de tarifas será ofrecido a los miembros del hogar con ingresos del 200% o menos de la línea federal de pobreza.
2. Los pacientes deben de demostrar documentación de ingresos que es requerida para los cargos nominales de la “escala de tarifas”. La documentación debe incluir información de los impuestos más recientes (firmados y hechos en los últimos 12 meses) si se hicieron, y los ingresos de los últimos 30 días sea por talon de cheque y otros documentos necesitados para confirmar los tipos de ingresos. Los ingresos de los impuestos se basan Ingreso Bruto Adjustado de la en IRA forma 1040.
3. Si el paciente no ha hecho impuestos, se le pedirá que proporcione la forma verificación de no presentación de impuestos que se puede pedir en edificio de Servicios de Impuestos Internos (IRS), y 30 días de ingresos recientes.
4. Pacientes que su estatus migratorio en EE. UU. no es válido (indocumentados), quienes no hicieron los impuestos, y no tienen manera de tramitar la forma verificación de no presentación de impuestos del Departamento de Servicios de Impuestos, deben de proveer lo siguiente:
 - Una declaración firmada indicando situación de vida actual del paciente y cualquier apoyo financiero y/o declaración de ingresos recientes; esta información se utilizará para determinar la elegibilidad.
5. Si el paciente no tiene ningún ingreso, deben de proveer una copia de los impuestos más recientes (firmados y hechos en los últimos 12 meses) o la forma verificación de no presentación de impuestos y por lo menos unos de los siguientes documentos:
 - Una copia de negación de desempleo y copia de la historia laboral del departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services).
 - Una copia de El Departamento de Servicios Familiares (Department of Family Services) que muestre la elegibilidad para el programa de asistencia suplementar de nutrición (SNAP) del estado de Wyoming.
 - Una carta verificando que se está quedando en un albergue, o otro tipo de instalación pública.
 - Un documento firmado por su médico documentando discapacidad temporal.
 - Si ningunos de los anteriores son disponibles, necesitaremos una declaración firmada indicando la situación actual del paciente y cualquier apoyo financiero será aceptada.

6. Todos los pacientes sin seguro médico se evaluarán para elegibilidad al menos de que se nieguen. Los pacientes solicitando el descuento deben de completar la aplicación de escala de tarifas. La forma incluirá preguntas al paciente si quieren más información acerca de recibir más servicios a precio reducido.
7. La Junta Directiva de HealthWorks establecerá un cargo nominal mínimo por cada visita para todos los pacientes que demuestren ingresos bajo el 100% de la línea federal de pobreza. En concreto el cargo nominal debe ser una cuota fija que no refleja el verdadero valor de servicio proveído y se considera nominal desde la perspectiva del paciente. Ya que no están destinados a crear un límite de pago para los pacientes para recibir cuidado, los cargos nominales no son “cargos mínimos”, “cargos nominales”, “cuotas mínimas” o “copagos”. Adicionalmente, los cargos nominales deben ser menos de la cuota pagada por el paciente en el primer “clase de pago de la escala de tarifas de descuento” empezando arriba del 100% de la línea federal de pobreza. Las encuestas de los pacientes serán administradas y revisadas para determinar que el cargo nominal establecido no está creando una barrera cuidado.
8. La Junta Directiva revisara el cargo nominal anualmente y lo ajustara si es necesario. El cargo nominal será evaluado y re-aprobado por lo menos una vez al año. Evaluación se conducida por la perspectiva del paciente colectando los comentarios de los pacientes una vez al año, con la meta de reducir obstáculos financieros para al cuidado.
9. Los pacientes que califican para la escala de tarifa de descuentos se espera que paguen el mínimo cargo nominal al momento de registrarse para su cita.
10. Cuando un paciente demuestra elegibilidad para la escala de tarifas del descuento los ingresos de elegibilidad deben de ser verificados anualmente. Sin embargo, si la prueba de ingresos es raro o un cambio en la cantidad de ingresos es probable en el futuro cercano al paciente se le puede pedir verificación de ingresos elegibles antes de un año.
11. Pacientes con seguro médico que no cubre o solamente cubre una porción de los cargos para ciertos servicios para el centro de salud también pueden ser elegibles para la tarifa de descuentos basado en sus ingresos y tamaño de hogar. En estos casos, sujeto a posibles limitaciones legales y contractuales, el cargo por cada descuento de la escala de tarifas, el cargo por cada nivel de la escala de tarifas es la máxima cantidad que un paciente elegible en ese nivel es requerido pagar por cierto servicios, independientemente de su estado de seguro.
12. Los pacientes pueden solicitar reconsideración de su elegibilidad para la escala de tarifas de descuento a cualquier tiempo.
13. La póliza de la escala de tarifas de HealthWorks será publicada en la sala de espera de los pacientes. La noticia indicara los pagos (después del descuento y ajustamientos) serán esperados al momento de los servicios y todos los planes de pagos serán hablados confidencialmente con el departamento de pagos. La noticia también indicará que ninguna persona será rechazada a nuestros servicios basados a su incapacidad para pagar. La noticia será pública en inglés y en español.
14. Todas las solicitudes de determinación de ingresos serán hechas de una manera que preserva la privacidad y dignidad de los pacientes.

15. Si un nuevo paciente es triplicado para una cita el mismo día o al día siguiente y no puede completar el proceso de elegibilidad antes, él o ella puede completar el formulario de autodeclaración de un día de ingresos. Este formulario es válido para un día de servicio y no se puede completar de nuevo por 365 días.
16. HealthWorks permitirá la designación retroactiva de la escala de tarifas móviles hasta diez (10) días hábiles después de una visita a la clínica, dental o de salud conductual. Esto se aplica tanto a los pacientes nuevos como a los pacientes que tienen una designación de escala de tarifa móvil aprobada vencida.
- Para calificar para la escala de tarifas móvil retroactiva, el paciente debe ser aprobado a través del proceso de admisión de HealthWorks dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a su visita.
 - Dependiendo del nivel de la escala de tarifas móvil del paciente, sus cargos de facturación se reducirán a la escala de tarifas que califique.
 - Si el paciente no puede ser procesado a través del proceso de admisión o no califica para la diapositiva, se le facturarán los cargos completos de autopago por su visita.

Key Words: Escala de tarifas, limites federales de pobreza, reducidas, elegibilidad, verificacion de no presentacion de impuestos,

Período de revisión: 1 año

Fechas de revisión del Comité de Políticas del Personal: 02/04/2021, 03/05/2020, 02/07/2019

HealthWorks								
Escala de Tarifas- Ingresos Anuales								
Tarifa Nominal Se Recojeran al Momento de Registrarse								
Escala sera effective 13 de enero de 2021	A	B	C	D	E	F	G	
	0% - 33%	34% - 66%	67% - 100%	101-125%	126-150%	151-175%	176-200%	Over 200%
Visitas Médicas con el Proveedor (1)	El Paciente paga \$10 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$20 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$30 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$40 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$50 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Visitas para Procedimientos Médicos con el Proveedor (2)	El Paciente paga \$30 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$50 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$100 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$150 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$200 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Visita de Enfermera (3)	El Paciente paga \$0 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$0 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$0 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$0 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$0 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 0% de los cargos totales
Sesión individual de salud conductual (4)	El Paciente paga \$4 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$10 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$16 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$22 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$28 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Sesión del grupo de salud conductual(4)	El Paciente paga \$2 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$5 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$8 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$11 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$14 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Visita psiquiátrica de salud conductual (4)	El Paciente paga \$10 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$20 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$30 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$40 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$50 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Servicios Dentales Preventivos (5)	El Paciente paga \$10 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$20 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$30 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$40 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$50 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Servicios Dentales Restaurativos (6)	El Paciente paga \$30 Tarifa Nominal por diente			El Paciente Paga 25% de los cargos totales	El Paciente Paga 50% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Servicios Dentales Coronas Conductos radiculares (7)	País del paciente Carga por diente \$100 nominal			El paciente paga el 25% de los cargos facturados	paciente paga el 50% de los cargos facturados	El paciente paga el 75% de los cargos facturados	El paciente paga el 75% de los cargos facturados	El paciente paga el 100% de los cargos facturados
Servicios Dentales de Dentaduras (8)	El Paciente paga \$200 (acrílico) \$250 (metal fundido) Tarifa Nominal por dentadura (arriba/abajo)			El Paciente Paga 25% de los cargos totales	El Paciente Paga 50% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 100% de los cargos totales

1. Incluye empleo, escuela, deportes físicos, vacunas para adultos, control de la natalidad.

2. Procedimientos médicos: inserción / extracción del DIU, extracción de uñas, eliminación de verrugas, eliminación de marcas cutáneas, inyecciones de articulaciones / disparadores, colposcopia

3. Controles de la presión arterial, controles de glucosa, INR, cuidado de heridas, manejo de la atención.

4. Telepsiquiatría o en consultorio

5. Servicios dentales preventivos: exámenes orales, radiografías, limpiezas, tratamientos con flúor y selladores

6. Servicios dentales restaurativos: empastes, extracciones, agregar dientes a la dentadura postiza parcial existente, volver a alinear o ajustar por dentadura

7. Dentaduras de servicios dentales: completa, inmediata, parcial, parcial parcial, guardia nocturna

El ajuste de la dentadura no tendrá costo durante 6 meses después de que el paciente reciba la dentadura. A partir de entonces, los ajustes de prótesis son un servicio restaurativo.

8. No se proporcionarán servicios complejos de patología dental y oral, que incluyen puentes, conducto radicular molar o premolar.

HealthWorks								
Escala de Tarifas- Ingresos Anuales								
Tarifa Nominal Se Recojeran al Momento de Registrarse								
Escala sera effective 12 de enero de 2022			Basado en 2022 Pautas Federales de Pobreza DHHS					
Nota: Para la unidades con mas de 8 miembros de familia, anadir \$4,720 por cada miembro adicional.								
	A	B	C	D	E	F	G	
	0-33	33.0001-66	67.0001-100	100.0001-125	125.0001-150	150.0001-175	175.0001-200	
Familia	0% - 33%	34% - 66%	67% - 100%	101-125%	126-150%	151-175%	176-200%	Over 200%
1	0	4484.71	8969.41	13590.01	16987.51	20385.01	23782.51	27180.01
	4484.70	8969.40	13590.00	16987.50	20385.00	23782.50	27180.00	
2	0	6042.31	12084.61	18310.01	22887.51	27465.01	32042.51	36620.01
	6042.30	12084.60	18310.00	22887.50	27465.00	32042.50	36620.00	
3	0	7599.91	15199.81	23030.01	28787.51	34545.01	40302.51	46060.01
	7599.90	15199.80	23030.00	28787.50	34545.00	40302.50	46060.00	
4	0	9157.51	18315.01	27750.01	34687.51	41625.01	48562.51	55500.01
	9157.50	18315.00	27750.00	34687.50	41625.00	48562.50	55500.00	
5	0	10715.11	21430.21	32470.01	40587.51	48705.01	56822.51	64940.01
	10715.10	21430.20	32470.00	40587.50	48705.00	56822.50	64940.00	
6	0	12272.71	24545.41	37190.01	46487.51	55785.01	65082.51	74380.01
	12272.70	24545.40	37190.00	46487.50	55785.00	65082.50	74380.00	
7	0	13830.31	27660.61	41910.01	52387.51	62865.01	73342.51	83820.01
	13830.30	27660.60	41910.00	52387.50	62865.00	73342.50	83820.00	
8	0	15387.91	30775.81	46630.01	58287.51	69945.01	81602.51	93260.01
	15387.90	30775.80	46630.00	58287.50	69945.00	81602.50	93260.00	
Visitas Medicas con el Proveedor (1)	El Paciente paga \$10 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$20 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$30 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$40 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$50 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Visitas para Procedimientos Médicos con el Proveedor (2)	El Paciente paga \$30 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$50 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$100 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$150 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$200 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Visita de Enfermera (3)	El Paciente paga \$0 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$0 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$0 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$0 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$0 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Sesión individual de salud conductual (4)	El Paciente paga \$4 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$10 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$16 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$22 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$28 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Sesión del grupo de salud conductual(4)	El Paciente paga \$2 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$5 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$8 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$11 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$14 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Visita psiquiátrica de salud conductual(4)	El Paciente paga \$10 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$20 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$30 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$40 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$50 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Servicios Dentales Preventivos (5)	El Paciente paga \$10 Tarifa Nominal			El Paciente Paga \$20 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$30 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$40 Tarifa Nominal	El Paciente Paga \$50 Tarifa Nominal	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Servicios Dentales Restaurativos (6)	El Paciente paga \$30 Tarifa Nominal por diente			El Paciente Paga 25% de los cargos totales	El Paciente Paga 50% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Servicios dentales Coronas Endodoncias (7)	El Paciente paga \$100 Tarifa Nominal por diente			El Paciente Paga 25% de los cargos totales	El Paciente Paga 50% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 100% de los cargos totales
Servicios Dentales de Dentaduras (8)	El Paciente paga \$200 (acrílico) \$250 (metal fundido) Tarifa Nominal por dentadura (arriba/abajo)			El Paciente Paga 25% de los cargos totales	El Paciente Paga 50% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 75% de los cargos totales	El Paciente Paga 100% de los cargos totales

- Incluye empleo, escuela, deportes físicos, vacunas para adultos, control de la natalidad.
 - Procedimientos médicos: inserción / extracción del DIU, extracción de uñas, eliminación de verrugas, eliminación de marcas cutáneas, inyecciones de articulaciones / disparadores, colposcopia
 - Controles de la presión arterial, controles de glucosa, INR, cuidado de heridas, manejo de la atención.
 - Telepsiquiatría o en consultorio
 - Servicios dentales preventivos: exámenes orales, radiografías, limpiezas, tratamientos con flúor y selladores
 - Servicios dentales restaurativos: empastes, extracciones, agregar dientes a la dentadura postiza parcial existente, volver a alinear o ajustar por dentadura
 - Dentaduras de servicios dentales: completa, inmediata, parcial, parcial parcial, guardia nocturna
- El ajuste de la dentadura no tendrá costo durante 6 meses después de que el paciente reciba la dentadura. A partir de entonces, los ajustes de prótesis son un servicio restaurativo ".
- No se proporcionarán servicios complejos de patología dental y oral, que incluyen puentes, conducto radicular molar o premolar.