



Cooperativa Eau Claire Centros De Salud

Plan El Buen Samaritano

Cooperativa Eau Claire ofrece asistencia financiera a los pacientes y miembros familiares que califiquen para visitas y recetas médicas en cualquiera de nuestras clínicas y farmacias. Todos los laboratorios serán procesados de acuerdo al nivel financiero. Todos los pacientes en el plan tendrán que proveer identificación apropiada.

¡Asistencia financiera puede comenzar hoy!

Para ver si califica, repase la siguiente información

Cualificar es tan fácil como 123 ó ABCD

Encuentre su Número Familiar e Ingreso Mensual en el cuadro.

Paso 1. Circule el Número Familiar

Paso 2. Circule el Ingreso Mensual (en la misma línea A) por el número familiar que elija.

El Ingreso del hogar tendrá que estar en rango de calificación.

Paso 3. Circule la categoría A, B, C, ó D que quede en su rango de ingreso.

CUADRO # 1-Encuentre Su Nivel Financiero

Número familiar	Ingreso De ó Menos De	Ingreso	Mensual	Ingreso De ó Mas De
	A –35%	B –50%	C –75%	D –100%
1	1148	1149-1276	1277-1488	1489
2	1540	1541-1711	1712-1996	1997
3	1931	1931-2146	2147-2504	2505
4	2323	2324-2581	2582-3011	3012
5	2715	2716-3016	3017-3519	3520
6	3106	3107-3451	3452-4026	4027
7	3498	3499-3886	3887-4534	4535
8	3889	3890-4321	4322-5041	5042
9	4281	4282-4756	4757-5549	5550
10	4672	4673-5191	5192-6056	6057

Ingreso Por Encima De El 75% (Nivel D) Paga El 100%

Si Circula A – B – C – D

Esto Pagara Por Los Siguietes Servicios:

Cuadro # 2 - Su Categoría De Nivel Financiero

Categoría De Nivel Financiera	Visitas Médicas	MD Durante Hospitalización (Por Día)	Procedimiento Médicos (Por \$100)	Servicio De Laboratorio (Por Examen)
A	35%	35%	35%	35%
B	50%	50%	50%	50%
C	75%	75%	75%	75%
D	100%	100%	100%	100%

Por Ejemplo:

Paso 1. Si su Número Familiar es 4 (Circule el 4)

Paso 2. Si su Ingreso Mensual es \$2251 (Circule el rango 2324 – 2581)

Paso 3. Su rango de ingreso debe estar en Categoría B, (Circule B) todos los pagos serán marcados en la línea B del cuadro.

Para mas información sobre el Plan del Buen Samaritano, favor de ponerse en contacto con el Coordinador del Plan, (803) 733-5969 extensión 4129

Para Aplicar Para El Buen Samaritano, Necesitamos Saber Lo Siguiente... Fecha: ____/____/____

Información Familiar:

Nombre Del Apicante _____ # Seguro Social _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
 Teléfono (Hogar) _____ Teléfono (Trabajo) _____

Por favor numere todos los miembros del hogar (Incluya su nombre)

# de personas	Nombre y Apellido (Indicar padres e hijos)	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Número del Seguro Social	Alumno	Empleado	Otro	Uso De Oficina
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Para asistencia financiera mas allá de hoy, Identificación e verificación de ingreso son requeridas... El paciente no debe tener seguro comercial.

<p>¡Solo una de las siguientes Documentación De Ingreso e Identificación Vigente Es Necesaria! Traer una antes de su siguiente visita</p>		<p>De acuerdo con las leyes federales, Yo certifico que la información sometida es verdad. La información deberá ser verificada y cambiada anualmente o cada vez que sea necesario</p>	
1	<p>Talones de cheque para un mes completo Fecha: _____ Semanal \$ _____ O Cada (2) semanas \$ _____ O mensual \$ _____</p>	<p>_____</p> <p>Firma Del Apicante Fecha</p> <p><i>Pacientes que no provean la documentación requerida tendrán que pagar los cargos completos en la siguiente vista</i></p>	
2	Carta de Beneficios de Desempleo		
3	Forma 1040 de Impuestos IRS		
4	Talón de Cheque de Seguro Social o carta de beneficios	<i>Uso de Oficina</i>	
5	Carta de asistencia Publica	Approved _____ Level _____ Date _____	
6	Otra Prueba de Ingreso	Disapproved _____ Reason _____	
<p>Identificación Vigente para todos los miembros</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p>		<p>CSR/CSTL SIGNATURE _____</p> <p>Weekly _____ Monthly _____ Yearly _____</p>	

Para mas información sobre el Plan del Buen Samaritano, favor de ponerse en contacto con el Coordinador del Plan, (803) 733-5969 extensión 4129