



Hola,

Thundermist presta atención a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Le escribimos para recordarle el Programa de Descuentos de Thundermist en función de la capacidad de pago, que está disponible para todos los pacientes elegibles, con o sin seguro. El programa garantiza a todos los pacientes asegurados, no asegurados o insuficientemente asegurados que puedan recibir atención sin una barrera financiera.

Para saber si puede acogerse al programa, por favor, rellene el Formulario de Elegibilidad adjunto a este mensaje, fírmelo electrónicamente y envíenoslo por correo electrónico/o envíelo. Si opta por el correo electrónico, por favor envíelo a medicalrecords@thundermisthealth.org.

Aunque estamos obligados a informarle sobre el Programa, usted no tiene que inscribirse si no lo desea. Si no desea hacerlo, simplemente haga clic en la casilla del formulario que dice que no desea inscribirse, fírmelo electrónicamente y envíenoslo por correo electrónico/o envíelo. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: Aunque tenga seguro, puede optar a descuentos en determinados copagos y otros honorarios.

Si necesita ayuda adicional para solicitar el Programa de Descuentos en función de la capacidad de pago o tiene más preguntas, por favor llámenos al 401-767-4100. Estaremos encantados de ayudarle. También puede encontrar información adicional en nuestro sitio web.

Saludos cordiales,

WOONSOCKET

Medical

450 Clinton St.
Woonsocket, RI 02895

Phone: 401-767-4100

Fax: 401-235-6896

Dental & WIC

25 John A. Cummings Way
Woonsocket, RI 02895

Dental Phone: 401-767-4161

Dental Fax: 401-767-5441

WIC Phone: 401-767-4109

WIC Fax: 401-235-6883

WEST WARWICK

Medical

186 Providence St.
West Warwick, RI 02893

Phone: 401-615-2800

Fax: 401-615-2805

Dental

5 Washington St.
West Warwick, RI 02893

Phone: 401-615-2804

Fax: 401-352-6248

SOUTH COUNTY

Medical & Dental

1 River St.
Wakefield, RI 02879

Phone: 401-783-0523

Fax: 401-783-9448

Dental Phone: 401-783-5646

Dental Fax: 401-284-2081

Pediatrics

360 Kingstown Rd.
Narragansett, RI 02882

Phone: 401-789-6492

Fax: 401-783-9448

Solo para uso de la oficina: [casilla de verificación] ¿Es la autorización para un servicio dental de fase II? S N

Si la respuesta es sí, el personal debe recopilar la verificación de ingresos.



Formulario del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Le proporcionaremos atención, aunque no pueda pagarla. Podría ser elegible para recibir descuentos según sus ingresos y el tamaño familiar. Hay descuentos disponibles, incluso si tiene seguro.

Nombre del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento del/la paciente: _____

1. ¿Cuál es el tamaño de su familia, incluido/a usted? (Use la definición a continuación).

2. ¿Cuál es el ingreso total anual de las personas incluidas en su familia en la pregunta 1?

\$ _____ Semanal Quincenal Mensual Anual

3. Seleccione 1 (una) opción a continuación:

Certifico que la información ingresada anteriormente es correcta a mi leal saber y entender. Acepto informarle a Thundermist si el tamaño de mi familia cambia. Entiendo que los cambios en el tamaño de mi familia o en mis ingresos podrían modificar mi elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.

No quiero participar en el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.

Nombre de la parte responsable en letra de imprenta (si no es el/la paciente)

Fecha

Firma de la parte responsable

Fecha

* Tamaño familiar: Inclúyase e incluya a otras personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan con usted. La familia también incluye a las personas que no son parientes, pero viven en la misma casa y forman parte de la familia, ya sea como dependientes o sostén de esta. Los niños y las niñas de acogida no se incluyen en el tamaño familiar.