

Aviso de aprobación del Programa de Asistencia Financiera
Este aviso también le sirve como recibo de su aplicación

Nombre del Paciente: _____
 Dirección: _____ Dr, Houston, TX 770_____
 Número de identificación del Paciente: _____
 Centro de Elegibilidad: _____ HCHD Acres Eligibility
 Asesor de Elegibilidad: _____
 Fecha: _____ 11/19/2019

Usted ha sido aprobado(a) para el Programa de Asistencia Financiera

Los siguientes copagos se le pedirán al recibir servicios solo de Harris Health System. Añ cuando no pueda hacer su copago, recibirá los servicios. Si tiene seguro médico, por favor traiga su tarjeta de identificación del seguro.

Area de Servicio	Copago
Visita a la Clínica	\$3.00
Visita al laboratorio o rayos- X sin consulta médica	\$3.00
Receta Médica- si tiene Medicare, su cuota puede ser más o menos de esta cantidad	1-30 días = \$8 31-60 días = \$16 61-90 días = \$24 \$10 para medicinas de la lista de 90 días
Visita Dental	\$8.00
Dentaduras postizas o parciales	Pago de acuerdo a las cuotas dentales
Visita al Centro de Emergencia	\$25.00
Cirugía el mismo día	\$25.00
Hospitalización	\$50.00

El Sistema de Harris Health tiene contrato con **varios planes de seguros médicos** y también participa en el programa de Medicare y también acepta **Medicare tradicional**. Por favor visite el sitio <https://www.socialsecurity.gov/medicare/apply.html> para obtener más información como aplicar para Medicare o visite la oficina del Seguro Social más cercana. Después que haya obtenido beneficios de Medicare, el Sistema de Harris Health continuará prestandole sus servicios médicos.

Los cargos de medicinas se hacen a los planes de Medicare Parte-D. Si no tiene la Parte D de Medicare, tendrá que pagar el total por todas las medicinas.

El Sistema de Harris Health participa en **planes administrados de Medicare**: (planes estan sujetos a cambios sin previo aviso).

AARP Aetna Amerigroup Molina Pacificare Secure Horizons Superior United Healthcare BCBS of TX

Nombre del miembro de la familia	# de identificación del paciente	Sexo	Fecha Efectiva	Fecha de Vencimiento	Otra Cobertura Médica
_____	_____	F	_____	11/18/2020	
_____	_____	M	_____	11/18/2020	

El Programa de asistencia de Harris Health no es un plan de seguro médico. Harris Health no provee cobertura de seguro de salud, bajo el intercambio del Mercado de Seguro de Salud Federal.

Printed versions of this document are uncontrolled. Please go to the Harris Health Document Control Center to retrieve an official controlled version of the document.

<https://apps.hchd.local/sites/dec>