



# MISSION EAST DALLAS

---

## FAMILY HEALTH CLINIC

### MED Sliding Fee Application Process

(Aplicacion para el plan de descuento)

Nos comprometemos a ayudar a nuestros pacientes a recibir atención de calidad que sea razonable. Queremos ofrecerle diferentes opciones de cobertura de atención médica a nuestros pacientes. Para hacer esto, **checamos a TODO** paciente para ver si ay opciones disponibles con Medicaid / Medicare, CHIP, Healthy Texas Women, SNAP y el Affordable Care Act antes de solicitar nuestro programa de descuento. Toda documentación adicional solicitada por Medicaid, después que se haya enviado la aplicacion, será la responsabilidad del paciente preveerlo a Texas Health and Human Services.

Para determinar su elegibilidad, existen algunos requisitos mínimos:

- Identificación válida para cualquier persona que desea ser un paciente de MED (cualquier identificación con una foto y el nombre de la persona indicada, que no sea expirada mas de 5 años)
- Comprobante de ingresos (2 comprobantes de pago consecutivos o declaración de impuestos del año en curso: 1040, W2, 1099 o verificación de empleo completada por el empleador y enviada por correo electrónico o por fax a el trabajador/(a) del plan de descuento)
- Tamaño del hogar
- Aplicacion completada (s)

\*\* Algunas aplicaciones, **pero no las evaluaciones**, pueden requerir requisitos adicionales más estrictos. Por decir, dar su número de seguro social, una identificación no expirada, etc. \*\*

Por favor, traiga la información solicitada a su cita de Inscripción. Una vez que haya sido evaluado para todos los programas en que puede ser elegible, puede elegir por continuar al programa de descuento de MED.

**Ya que haya completado este proceso, tendrá su cita médica o dental programada.** Si hay más preguntas con respecto a su descuento, envíe un correo electrónico a [enrollmentinfo@missioneastdallas.org](mailto:enrollmentinfo@missioneastdallas.org).

Si no tiene los documentos requeridos, puede retrasar el proceso de el plan de cobertura / descuento y resultar que le manden un bill de el precio total de los servicios Mission East Dallas.

Si por algún motivo un proveedor lo ve antes de que su plan de cobertura / descuento esté en vigencia, usted puede ser elegible para aplicar su descuento a cualquier visita al consultorio y / o tratamiento que haya ocurrido 30 días antes de la fecha de vigencia de su plan de descuento. Usted, el paciente es responsable de comunicarse con nuestro Departamento de Facturación al 972.682.8917 ext. 7029 o 7018 o envíe un correo electrónico a [billinginfo@missioneastdallas.org](mailto:billinginfo@missioneastdallas.org) para aplicar su descuento a las visitas y / o tratamientos elegibles. Cualquier reembolso estará disponible en 5-7 días hábiles.