



Olá,

A Thundermist presta cuidados a todos os pacientes, independentemente dos seus recursos financeiros. Escrevemos-lhe para o lembrar do Programa de Desconto de Taxa Variável de Thundermist, que está disponível para todos os pacientes elegíveis, com ou sem seguro. O programa garante que todos os pacientes com seguro, sem seguro ou com seguro insuficiente possam receber cuidados sem entraves financeiros.

Para saber se é elegível para o programa, preencha o Formulário de Elegibilidade anexo a esta carta, assine-o eletronicamente e envie-o para nós por e-mail. Se optar por enviar por e-mail, envie para medicalrecords@thundermisthealth.org.

Embora sejamos obrigados a informá-lo sobre o Programa, não é obrigado a inscrever-se caso não queira. Se não quiser, basta marcar o campo no formulário que diz que não quer inscrever-se, assiná-lo eletronicamente e enviá-lo de volta para nós. Nota: Mesmo que tenha um seguro, pode ter direito a descontos em determinados co-pagamentos e outras taxas.

Se precisar de ajuda adicional para se candidatar ao Programa de Desconto por Taxa Variável ou se tiver mais perguntas, contacte-nos através do número 401-767-4100. Teremos todo o gosto em ajudá-lo. Poderá também encontrar informações adicionais no nosso website.

Com os melhores cumprimentos,

Thundermist Health Center

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

Apenas para Uso Administrativo: isto é para um serviço dentário fase II? S N

Se sim - é necessário funcionários para recolher a verificação dos rendimentos.



Formulário do Programa de Desconto de Taxa Móvel

Cuidaremos de si, mesmo que não possa pagar. Poderá ser elegível para descontos com base no rendimento e no tamanho da família. Os descontos estão disponíveis, mesmo que tenha seguro.

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento do Paciente: _____

1. Incluindo-se a si, qual é o tamanho da sua família? (Escreva abaixo)

2. Qual é o rendimento anual total das pessoas incluídas na Pergunta nº 1 da sua família?

\$ _____ Semanalmente Bi-semanalmente Mensalmente Anualmente

3. Por favor selecione 1 (uma) opção abaixo:

Eu certifico que a informação introduzida acima está correta tanto quanto é do meu conhecimento. Concordo em informar Thundermist se o tamanho da minha família ou os meus rendimentos mudarem. Entendo que as alterações ao tamanho da minha família ou rendimentos podem mudar se eu for elegível para o Programa de Desconto de Taxa Móvel Thundermist.

Não quero participar no Programa de Desconto de Taxa Móvel Thundermist.

Nome da Parte Responsável Impresso (Se não for o Paciente)

Data

Assinatura da Parte Responsável

Data

*Tamanho da Família: Incluir a si próprio e outras pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção que vivam juntos. A família inclui também pessoas não relacionadas que vivem no mesmo agregado familiar e que são sustentadas por um membro da família ou que apoiam um membro da família. Os filhos adotivos não estão incluídos em Tamanho da Família.