



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE NORTHPOINT

Nombres y Apellido(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hemos revisado su solicitud para el Programa de Descuento de NorthPoint. Nuestra decisión está explicada en una de las siguientes secciones:

Ha sido aprobado /  
a con un nivel de  
cobertura:

Nivel A

Nivel B

Nivel C

Nivel D

Nivel E

Nivel F

1

Su nivel de Descuento determina los montos a pagar por sus visitas. **Por favor, en su próxima visita, traiga este formulario y el monto a pagar.**

Departamento	Pago de Nivel A	Pago de Nivel B	Pago de Nivel C	Pago de Nivel D	Pago de Nivel E	Pago de Nivel F
<b>Salud Mental</b>	\$20	\$35	\$50	\$65	\$80	100% of visita
<b>Quiropráctico**</b>	\$56	\$58	\$60	\$65	\$67	\$71
<b>Dental*</b>	\$80*	30%*	40%*	60%*	70%*	100%* of visita
<b>Laboratorio y Radiología</b>	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	100% of visita
<b>Médico</b>	\$20	\$35	\$50	\$65	\$80	100% of visita
<b>Farmacia (Por Medicamento)</b>	\$10	\$12	\$15	\$18	\$20	100% of costo
<b>Insulina y EpiPens</b>	\$15	\$15	\$15	\$15	\$15	100% of costo

\* Para servicios dentales más complejos, su pago dependerá del servicio que reciba. Pueda que no sea la misma cantidad siempre.

\*\* Comenzando el 1 de enero de 2026, Medical Assistance (MA) y MinnesotaCare no van a cubrir citas de quiropráctico/a para personas mayores de 21 años.

**Su solicitud  
sigue  
pendiente.**

Necesitamos más información para terminar de revisar su solicitud. Por favor, proporcione la siguiente información:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prueba de ingresos económicos | <input type="checkbox"/> Copia de la declaración de impuestos del año pasado | <input type="checkbox"/> Copia de ingresos por Seguro Social | <input type="checkbox"/> Cuenta bancaria (cuenta corriente / ahorros) |
| <input type="checkbox"/> Formulario de apoyo firmado   | <input type="checkbox"/> Resultados de la solicitud para Medicaid            | <input type="checkbox"/> Formulario de solicitud completo    | <input type="checkbox"/> Otro   |

2

**Su solicitud  
ha sido  
denegada.**

No pudimos aprobar su solicitud por lo siguiente:

- |  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Su ingreso es mayor que el nivel requerido. | <input type="checkbox"/> Tiene cobertura de un seguro médico. | <input type="checkbox"/> Otro |
|--|---|-------------------------------|

3

¿Necesita ayuda para hacer sus pagos? Pregunte cómo hacer planes de pago.