



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

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
Salud Mental	\$20	\$35	\$50	\$65	\$80	100% de la visita
Quiropráctico**	\$56	\$58	\$60	\$65	\$67	\$71
Dental*	\$80*	30%*	40%*	60%*	70%*	100%* de la visita
Laboratorio y Radiología	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	100% de la visita
Médico	\$20	\$35	\$50	\$65	\$80	100% de la visita
Farmacia (Por Medicamento)	\$10	\$12	\$15	\$18	\$20	100% del costo
Insulina y EpiPens	\$15	\$15	\$15	\$15	\$15	100% del costo

* Para servicios dentales más complejos, su pago dependerá del servicio que reciba. Puede 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 |



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 |
|--|---|-------------------------------|

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