

Política de tarifas variables de Valley Health

PROPÓSITO

El propósito de esta política y programa es ofrecer descuentos significativos a las personas y familias que califican por tener ingresos limitados o por el tamaño de la familia. Valley Health se esfuerza por asegurarse de que la atención médica de calidad sea accesible a todos y atiende los pacientes sin importar su capacidad de pago. Esta póliza rige de manera uniforme para todos los pacientes y cubre todos los servicios incluidos.

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS VARIABLES

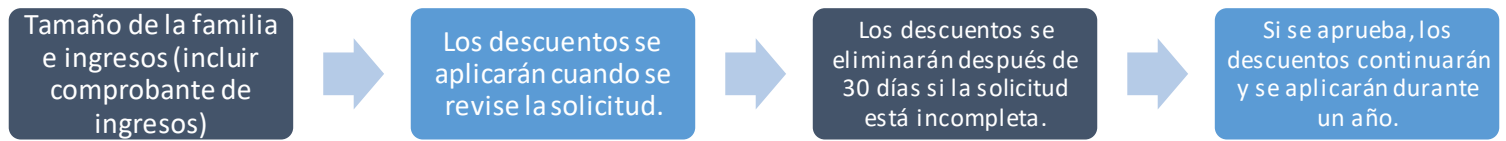
La política de tarifas variables y el programa de descuentos de Valley Health usa las directrices más actuales del Nivel federal de pobreza para revisar las solicitudes de personas con un FPL (Nivel federal de pobreza) igual o menor que 200 %. Esta determinación está basada en el ingreso de la familia (ajustado según el tamaño de la familia) con la documentación de apoyo correspondiente que entregó el paciente. Se ofrecen descuentos de tarifas variables para todas las personas y familias con ingresos anuales iguales o menores que 200 % del FPL. Los pacientes que superen el 200 % del FPL no son elegibles para recibir descuentos de tarifa variable. *Toda la documentación entregada en el proceso de solicitud debe ser legible. Después de 30 días, las solicitudes incompletas se vencen y los descuentos se eliminan.*

ELEGIBILIDAD PARA PACIENTES CON OTRO SEGURO

La política de tarifas variables y el programa de descuentos de Valley Health no excluyen a los pacientes que actualmente tengan una cobertura de atención médica. Los pacientes que cumplan las directrices de esta política y tengan un seguro comercial también pueden ser elegibles. El seguro primario del paciente se facturará y se aplicará un descuento de tarifa variable (como cubre esta política) al saldo que adeude el paciente después de que el seguro primario haya procesado el reclamo.

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS VARIABLES

Las directrices de la política de tarifas variables y el programa de descuentos de Valley Health están disponibles para que los pacientes puedan leerlas en todos los centros de Valley Health. Es política de Valley Health poner a disposición las solicitudes del programa de descuento de tarifas variables en todos los centros de Valley Health o en línea para que los pacientes las descarguen o impriman.



INCAPACIDAD DE PAGAR LA TARIFA NOMINAL

La política de tarifas variables y el programa de descuentos de Valley Health exigen que se hagan pagos nominales en el momento del servicio. Las tarifas nominales se consideran nominales desde la perspectiva del paciente de acuerdo con, por ejemplo, los resultados de encuesta a pacientes y grupos de enfoque. Las tarifas nominales no reflejan el costo de los servicios prestados. Los pacientes que no puedan pagar la tarifa nominal en el momento del servicio serán responsables de cumplir esta obligación a tiempo, según las políticas de facturación. Si el paciente no se esfuerza por pagar en un plazo de 90 días ni se comunica con el Departamento de Facturación (Billing Department) para acordar un plan de pago formal, es política de Valley Health remitir la cuenta o saldo no pagado a cobros. Es política de Valley Health exigir el pago de tarifas nominales o con descuento por los servicios listados en la Escala de Otros Servicios para ayudar a cubrir el costo del material o los productos que compra Valley Health para prestar el servicio y que puede dar como resultado que se reprogramen citas que entren en esta categoría, hasta que la tarifa nominal o con descuento pueda pagarse.

DEFINICIONES

TAMAÑO DE LA FAMILIA	INGRESOS DE LA FAMILIA	INGRESOS BRUTOS	TARIFA NOMINAL/ ESTABLECIDA	NIVEL DE DESCUENTO EN SF
Contribuyente (incluye contribuyentes casados que hagan la presentación de forma conjunta) y todos los dependientes fiscales reclamados. *	Incluye los ingresos brutos de todas las personas incluidas en Tamaño de la familia. (Pueden aplicarse exclusiones definidas a nivel federal).	Los sueldos y salarios brutos, pensiones, pagos del gobierno, seguro social, venta de bienes y el valor de los servicios que se intercambiaron.	La cantidad del pago esperada en el momento en que se prestan los servicios. **	La categoría (A, B, C o D) en la escala variable de tarifas a la que se asignan los participantes que se aprobaron según el tamaño de la familia y los ingresos.

No se aplican descuentos para mejoras de lentes ni baterías para audífonos. | Las devoluciones de equipos adquiridos con el descuento (como aparatos auditivos) se reembolsarán al paciente menos una tarifa de devolución de \$200. | Las categorías de nivel de pago se basan en los Niveles federales de pobreza más recientes.

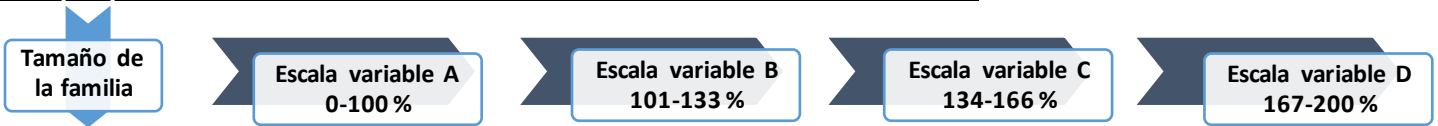
**Fuente de la definición de tamaño de la familia: El Mercado de Seguros; en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov)*

***Las cantidades de las tarifas nominales y establecidas, que se vencen en la fecha de servicio para los participantes de tarifas variables, no reflejan el valor real de los servicios que se prestan, sino que se establecieron en función de encuestas a pacientes, comentarios de pacientes o miembros de la Junta Directiva y una expectativa razonable para una parte del reembolso de los costos.*

TIPOS DE VERIFICACIONES DE INGRESOS APROBADAS

W-2 * 1 mes de recibos de sueldo * 1 talonario de desempleo
Declaración de ayudas del gobierno * Pensión alimenticia * Denegación de otros tipos de ayudas

DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE DE DESCUENTO DE LA TARIFA VARIABLE



Tamaño	≤ 100%	101 %-133 %		134 %-166 %		167 %-200 %		
1	≤	\$15,060	\$15,061	\$20,030	\$20,031	\$25,000	\$25,001	\$30,120
2	≤	\$20,440	\$20,441	\$27,185	\$27,186	\$33,930	\$33,931	\$40,880
3	≤	\$25,820	\$25,821	\$34,341	\$34,342	\$42,861	\$42,862	\$51,640
4	≤	\$31,200	\$31,201	\$41,496	\$41,497	\$51,792	\$51,793	\$62,400
5	≤	\$36,580	\$36,581	\$48,651	\$48,652	\$60,723	\$60,724	\$73,160
6	≤	\$41,960	\$41,961	\$55,807	\$55,808	\$69,654	\$69,655	\$83,920
7	≤	\$47,340	\$47,341	\$62,962	\$62,963	\$78,584	\$78,585	\$94,680
8	≤	\$52,720	\$52,721	\$70,118	\$70,119	\$87,515	\$87,516	\$105,440

Haga coincidir el tamaño de la familia (primera columna) con el rango de los ingresos de la familia para determinar el índice de descuento de la tarifa variable.

FPL 2024

Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona más.

Servicios incluidos en el ámbito de aplicación- <i>Se espera que pague la consulta.</i>	A <i>(Tarifa nominal)</i>	B	C	D
Consejería de grupo e individual DBT/MAT	\$5	\$6	\$7	\$8
Médicos/de Laboratorio y Radiología/Conductual/Audiología	\$20	\$40	\$60	\$75
De la vista	\$50	\$60	\$70	\$80
Pruebas odontológicas y psicológicas básicas	\$85	\$90	\$100	\$115
Quirúrgicas	\$100	\$200	\$300	\$400
Servicios no incluidos: <i>El paciente paga la cantidad mayor entre la tarifa nominal y con descuento.</i>				
Care Connect	\$1	\$1.25	\$1.50	\$1.75
Recetas (pacientes de VH)	\$4 o 50 % de descuento	40 % de descuento	30 % de descuento	20 % de descuento
Recetas (públicas)	\$4 o 30 % de descuento	25 % de descuento	20 % de descuento	15 % de descuento
Suministros de odontología	\$15 o 30 % de descuento	25 % de descuento	20 % de descuento	15 % de descuento
Lentes (no incluye los de contacto)	\$39 o 50 % de descuento	40 % de descuento	30 % de descuento	20 % de descuento
Aparatos dentales	\$500 o 30 % de descuento	25 % de descuento	20 % de descuento	15 % de descuento
Aparatos auditivos (no incluye las baterías)	\$500 o 40 % de descuento	35 % de descuento	30 % de descuento	25 % de descuento

AVISO DE APROBACIÓN O DENEGACIÓN DEL PROGRAMA

Una vez que la elegibilidad se revise, el paciente recibirá una carta para informarlo de la aprobación o de la denegación. Si se aprueba, el paciente también recibirá una tarjeta de tarifa variable por correo, que será válida durante **un año** a partir de la fecha de la solicitud. Valley Health ajustará las tarifas generadas en los tres meses anteriores a la fecha de aprobación. (Los pacientes recibirán una carta **un**

En vigor a partir de marzo de 2024

mes antes de finalizar el período de un año que detallará los pasos a seguir para la renovación/reevaluación). No entregar la documentación para la elegibilidad o falsificar la información que se presente en una solicitud cancelará la elegibilidad para el programa de forma automática. Los pacientes que no estén en el programa de descuento y expresen de forma oral que se niegan a pagar o que abandonen el centro médico sin pagar los servicios recibirán una solicitud del programa de descuento de tarifas variables. Si un paciente no se esfuerza por solicitar el programa o pagar su saldo total en un plazo de 90 días (que puede incluir el acuerdo de un plan de pago formal), esto significa que se niega a pagar. Valley Health remitirá al paciente a cobros, según las políticas de facturación.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Puede encontrar más información, incluyendo ayudas para completar esta solicitud, en los procedimientos del Programa de Descuento de Tarifa Variable de Valley Health (Valley Health Sliding Fee Discount Program). Esta póliza y la solicitud de tarifa variable también están disponibles en español y en chino, y pueden conseguirse en otros idiomas si se solicitan.