

Política de tarifas móviles de Valley Health

PROPÓSITO

El propósito de esta política y programa es dar 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 garantizar que la atención médica de calidad sea accesible a todos y atiende los pacientes sin importar su capacidad de pago.

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS MÓVILES

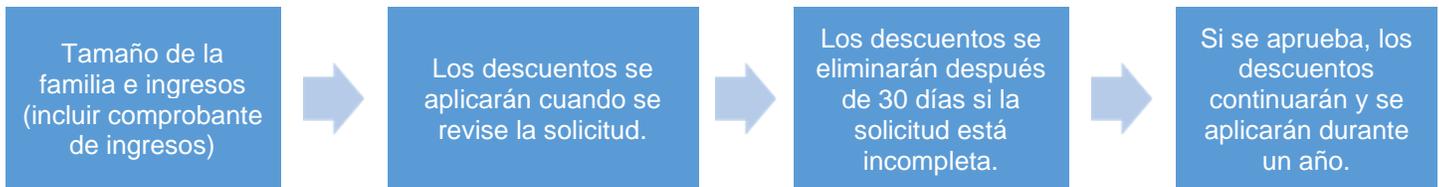
La política de tarifas móviles y el programa de descuentos de Valley Health utiliza las directrices más actuales del Índice federal de pobreza (FPL) para revisar las solicitudes de personas con un FPL igual o menor que 200 %. Esta determinación se basa en el ingreso de la familia (ajustado según el tamaño de la familia) con la documentación de apoyo correspondiente que entregó el paciente. Los pacientes que superen el 200 % del FPL no son elegibles para recibir descuentos de tarifas móviles. 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 móviles 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 móvil (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 MÓVILES

Las directrices de la política de tarifas móviles 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 móviles 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 móviles y el programa de descuentos de Valley Health exigen que se hagan pagos nominales en el momento del servicio. 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 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 hacer que se reprogramen citas que entren en esta categoría, hasta que la tarifa nominal o con descuento pueda pagarse.

DEFINICIONES

TAMAÑO DE LA FAMILIA	INGRESO DE LA FAMILIA	INGRESOS BRUTOS	TARIFA NOMINAL O ESTABLECIDA	ÍNDICE 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 federalmente).	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 de tarifas móviles a la que se asignan los participantes que se aprobaron según el tamaño de la familia y los ingresos.

*Fuente de la definición de tamaño de la familia: *The Marketplace (El Mercado)*; en healthcare.gov

**Las cantidades de las tarifas nominales y establecidas, que se vencen en la fecha de servicio para los participantes de tarifas móviles, 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

Declaración de ingresos más reciente * W-2 * 1 mes de recibos de sueldo * 1 talonario de desempleo
 Declaración de ayudas del gobierno * Pensión alimenticia * Rechazos de otros tipos de ayudas

DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE DE DESCUENTO DE LA TARIFA MÓVIL

Variable A

Variable B

Variable C

Variable D

Size	≤ 100%	101%-133%	134%-166%	167%-200%
1	≤ \$13,590	\$13,591 - \$18,075	\$18,076 - \$22,559	\$22,560 - \$27,180
2	≤ \$18,310	\$18,311 - \$24,352	\$24,353 - \$30,395	\$30,396 - \$36,620
3	≤ \$23,030	\$23,031 - \$30,630	\$30,631 - \$38,230	\$38,231 - \$46,060
4	≤ \$27,750	\$27,751 - \$36,908	\$36,909 - \$46,065	\$46,066 - \$55,500
5	≤ \$32,470	\$32,471 - \$43,185	\$43,186 - \$53,900	\$53,901 - \$64,940
6	≤ \$37,190	\$37,191 - \$49,463	\$49,464 - \$61,735	\$61,736 - \$74,380
7	≤ \$41,910	\$41,911 - \$55,740	\$55,741 - \$69,571	\$69,572 - \$83,820
8	≤ \$46,630	\$46,631 - \$62,018	\$62,019 - \$77,406	\$77,407 - \$93,260

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 móvil. FPL 2022

Visitas - (Tarifas nominales)	A	B	C	D
Consejería grupal e individual para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT)	\$5	\$6	\$7	\$8
Médicas/Laboratorio y radiología/Conductuales/Audiología	\$20	\$40	\$60	\$75
De la vista	\$50	\$60	\$70	\$80
Pruebas odontológicas/Psicológicas básicas	\$85	\$90	\$100	\$115
Quirúrgicas	\$100	\$200	\$300	\$400
Otros servicios: - El paciente paga la cantidad mayor entre la tarifa nominal y con descuento.				
CareConnect	\$1	\$1.25	\$1.50	\$1.75
Prescripciones (pacientes de VH)	\$4 or 50% off	40% off	30% off	20% off
Prescripciones (públicas)	\$4 or 30% off	25% off	20% off	15% off
Suministros de odontología	\$15 or 30% off	25% off	20% off	15% off
Anteojos o monturas	\$39 or 50% off	40% off	30% off	20% off
Aparatos dentales	\$500 or 30% off	25% off	20% off	15% off
Audífonos	\$500 or 40% off	35% off	30% off	25% off

AVISO DE APROBACIÓN O RECHAZO DEL PROGRAMA

Una vez que la elegibilidad se revise, el paciente recibirá una carta para informarlo de la aprobación o del rechazo. Si se aprueba, el paciente también recibirá una tarjeta de tarifa móvil 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. 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 de salud sin pagar los servicios recibirán una solicitud del programa de descuento de tarifas móviles. 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.

Aprobado por la Junta Directiva de VH el 2/27/2022; En vigor desde el 3/1/2022