

## Información y Aplicación para la escala móvil de descuento en tarifas

### ¿Qué es la escala móvil de descuento en tarifas?

La escala móvil de descuento en tarifas (abreviada «EMDT») es parte de un programa federal (Centros de Salud con Calificación Nacional [*Federally Qualified Health Centers*], abreviado en inglés FQHC) que permite que el Aviva Health provea descuentos sobre los cobros normales de las consultas médicas para los pacientes que califiquen según el tamaño de familia y los ingresos familiares. Para poder calificar en el programa, los pacientes deben presentar un comprobante de ingresos inferior al 200 % del nivel de pobreza nacional actual (ver tabla).

TAMAÑO DE LA FAMILIA	Escala móvil de descuentos NIVEL DE INGRESOS MENSUAL (Actualizado al 1 de febrero de 2024)				Pago Privado
	Hasta: \$1,255	Hasta: \$1,669	Hasta: \$2,196	Hasta: \$2,510	
1	\$1,703	\$2,265	\$2,981	\$3,407	Más de \$2,510
2	\$2,152	\$2,862	\$3,765	\$4,303	\$3,408
3	\$2,600	\$3,458	\$4,550	\$5,200	\$4,304
4	\$3,048	\$4,054	\$5,335	\$6,097	\$5,201
5	\$3,497	\$4,651	\$6,119	\$6,993	\$6,098
6	\$3,945	\$5,247	\$6,904	\$7,890	\$6,994
7	\$4,393	\$5,843	\$7,688	\$8,787	\$7,891
8					\$8,788
Escala móvil	A = \$25	B = \$40	C = \$70	D = \$90	*Tarifa Completa*

La escala de descuentos sobre los cobros está disponible para todos los pacientes. En caso de que tenga cobertura médica, que permite que el Aviva Health está obligado por el programa FQHC a cobrarle los cargos de la consulta médica a su compañía de seguros. En este caso, puede que sea responsable por el copago del seguro. Puede presentar una solicitud para que la escala móvil de descuentos aplique sobre la parte de responsabilidad de los cargos del paciente.

Según el tamaño y los ingresos de la familia, a los pacientes se les asigna un nivel de descuento del 0%, 20%, 40%, 70% o 100% de los cargos que se cobran con normalidad por una consulta médica, con un tarifa nominal de \$25 para el nivel del 100%. La siguiente tabla muestra los cargos por cada nivel:

Nivel de descuento	A (100%)	B (70%)	C (40%)	D (20%)	F (Private Pay=Sobre cualificado para la escala de descuentos)
Cargos nominales	\$25.00	\$40.00	\$70.00	\$90.00	\$100.00 si se paga en el momento en que se recibe el servicio*

**\*SI NO SE PAGA AL RECIBIR EL SERVICIO, APLICARÁN LOS CARGOS NORMALES DE LA CONSULTA**

Los pacientes que califiquen para recibir descuentos son únicamente responsables de pagar el cargo nominal de su nivel respectivo, y se espera que pague el cargo con descuento al momento de recibir el servicio, a menos que se haya arreglado de otra manera con anterioridad.

## ¿Cómo sé si califico para la escala móvil de descuentos sobre tarifas?

Conforme a la ley federal, la calificación a la escala móvil de descuentos se basa en dos factores: tamaño e ingresos familiares. Para poder determinar si califica para un descuento, siga las instrucciones que aparecen a continuación:

### 1. Ubique la fila en la tabla adjunta que enumera la cantidad de personas en su familia.

Este número debe incluirlo a usted, a su cónyuge o pareja, y a los niños. Si usted aporta *más del 50% en términos económicos para otros individuos relacionados que residen permanentemente en su hogar*, puede también incluirlos (nietos, abuelos, sobrinas/os, tías/os, etc.).

### 2. Luego, ubique su rango de ingresos brutos familiares (es decir, antes de las deducciones de impuestos) en la tabla adjunta, ya sea por mes, por semana o por año. Debe incluir todos los ingresos de todos los miembros familiares adultos (mayores de 18 años). Si un miembro de la familia adulto no recibe ingresos, se le solicitará a usted que firme una declaración formal como parte de la solicitud en la que debe declarar que esa persona no recibe ingresos.

La columna que une el número de familiares que califican con los ingresos brutos mostrará el descuento al que califica. El cobro nominal para esa categoría de descuento aparece al final de la columna.

**Nota:** Si actualmente califica y, en efecto, recibe beneficios de la Asistencia Temporal de Oregon para Familias en Necesidad [en inglés *Oregon's Temporary Assistance for Needy Families (TANF)*] o el Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria [en inglés *Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)*], califica automáticamente para un descuento del 20% (cuota nominal de \$90,00) una vez completada la EMDT. Si califica para un descuento mayor basado en el tamaño y los ingresos de la familia, necesitará incluir un comprobante de ingresos tal como se detalla debajo. Asegúrese de traer consigo una copia de su carta de beneficios de TANF o SNAP cuando presente su solicitud de EMDT, ya que puede que califique para un descuento mayor (cuota nominal mas baja).

**Nota:** Aquellos pacientes que califican tanto para los beneficios de MEDICARE Y MEDICAID, califican automáticamente para un cargo nominal de \$25 luego de completar la solicitud de EMDT. Para poder recibir el cargo nominal de \$25, se requiere una solicitud de EMDT en su expediente. Por favor, solicite hablar con nuestra recepcionista si cree que puede calificar para este descuento adicional.

## ¿Con qué frecuencia tengo que volver a presentar mi solicitud para seguir recibiendo escala móvil de descuento en tarifas?

Una vez aprobado por que permite que el Aviva Health, su elegibilidad tendrá validez durante un año a partir de la fecha de solicitud. En el caso de que cambie el tamaño o los ingresos de su familia, deberá actualizar su información. Como mínimo, deberá completar una nueva solicitud cada 12 meses para continuar recibiendo el descuento.

Nótese que, conforme con la ley federal que permite que el Aviva Health no puede permitirle a los pacientes reclamar el descuento sobre los cargos sin presentar un comprobante de ingresos. Se nos exige que tengamos comprobantes en el expediente que verificamos los ingresos para cada solicitante de EMDT que reciba descuentos sobre las tarifas. Asimismo, estamos sujetos a auditorías nacionales que verifican el cumplimiento con esta norma. Si no logramos verificar sus ingresos dentro de los 30 días de presentada su solicitud, usted será responsable de pagar el costo total de su consulta médica. Si tiene alguna pregunta acerca de la escala móvil de descuento en tarifas u otros programas de asistencia, solicite hablar con una de nuestras recepcionistas.

## ¿Cómo me inscribo para la escala móvil de descuentos sobre tarifas?

1. En primer lugar, complete la solicitud de la escala móvil de descuentos incluida en este folleto informativo. La solicitud cuenta con instrucciones. No dude en hacerle preguntas a la recepcionista si tiene alguna cuestión relacionada con la solicitud.
2. En segundo lugar, necesitará presentar un comprobante de sus ingresos. Puede incluir los siguientes, si corresponden:
  - Sueldos de formulario W-2, propinas
  - Ayuda de familiares y no parientes
  - Ingresos por negocios
  - Beneficios por condición de veterano
  - Licencia por enfermedad
  - Ingresos de seguridad social
  - Indemnización por accidente de trabajo
  - Pensiones/Jubilaciones
  - Pensión alimenticia
  - Manutención
  - Seguro de desempleo
  - Discapacidad o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
  - Rentas recibidas (neto)
  - Regalías recibidas
  - Ingresos por inversiones (incluidas las rentas, los intereses, los dividendos o las rentas anuales recibidas)
  - Carta de elegibilidad de TANF o SNAP
  - Carta de otorgamiento económico Y presupuesto aprobado por la escuela (Solo se considerará el monto remanente neto, esto es, el «reembolso» que reciba de la escuela).
  - Deducciones comúnmente tomadas de los ingresos antes de que el cliente las reciba. A saber:
    - Impuestos nacionales, estatales y municipales
    - Pagos de seguridad social
    - Deducciones de bonos de ahorros, otros planes de ahorro o cuotas sindicales
3. Adjuntar comprobante de ingresos. A continuación figuran ejemplos de comprobantes válidos (se aceptan copias):
  - Declaración de sueldo del formulario W-2 para el año anterior
  - Declaración del formulario 1099 para el año anterior
  - Últimos 30 días de recibos de sueldo
  - Declaración de impuestos para el año más reciente
  - **O IMPORTANTE: SI UTILIZA SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, TIENE QUE INCLUIR LA DECLARACIÓN COMPLETO CON TODAS LAS HOJAS ADJUNTAS**
  - Verificación de desempleo (declaración de beneficios)
  - Documentos del juzgado (pensión alimenticia o manutención)
  - Carta de la agencia que establezca el nivel de beneficio (para beneficiarios de TANF o SNAP)
  - Carta de beneficios (para beneficiarios de SSI y seguridad social)
4. Presente su solicitud con las pruebas adjuntas a la recepcionista en que permite que el Aviva Health o envíelas por correo a:

Aviva Health Attn: Patient Accounting  
150 Kenneth Ford Drive  
Roseburg, OR 97470

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

**Solicitud para la escala móvil de descuento en tarifas** La política que permite que el Aviva Health es brindar atención médica centrada en el paciente, independientemente de su capacidad de pago. Los descuentos se ofrecen según los ingresos familiares y la cantidad de personas que residan en el hogar. Se utiliza una escala móvil para calcular los descuentos básicos y se actualiza anualmente mediante pautas de pobreza a nivel nacional. Una vez aprobado, y basado en el tipo de ingreso el descuento se garantizará hasta un año a partir de la fecha de solicitud. Luego de un año, el paciente deberá volver a solicitarlo.

Se requiere una aplicación completa en el expediente que incluya la verificación de los ingresos y deberá ser aprobada por la oficina central antes de aplicar el descuento. Si el solicitante califica para otros programas de asistencia, tal como el Plan de Salud Oregon [*Oregon Health Plan*], El personal de Aviva está disponible para ayudar a los solicitantes para estos programas, en adición a la escala móvil de descuentos ofrecida por Aviva Health.

Por favor, complete la siguiente información:

### I. Información del paciente

Nombre del paciente:	Apellido	Nombre	2da inicial	
Domicilio:	Calle	Ciudad	Estado	Cód. postal
Fecha de nac.:	Médico de atención primaria (PCP)			

### II. Información del garante

Nombre:	Apellido	Nombre	2da inicial	
Domicilio:	Calle	Ciudad	Estado	Cód. postal
N° de teléfono:	Casa/Móvil:	Trabajo	F. de Nac.:	N° de Seg. Social:

### III. Información familiar – Enumere a todas las personas del hogar \*

1.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad	4.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad
2.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad	5.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad
3.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad	6.Nombre/Relación	F. de Nac	Edad

**\* Favor de agregar otra pagina si necesita agregar dependientes adicionales.**

<b>(For Office Use Only)</b>	Sliding discount rate: A B C D F Z
Self-Declared _____	Applied for OHP Y N Date _____
Application date: _____	Expiration Date: _____ Mercy Slide _____
Total Mo. Income: _____	# of Household Members _____
Staff member completing form: _____	Date: _____



## AVIVA HEALTH

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN ECONÓMICA

Entiendo que, una vez aprobada, esta solicitud para reducción de cargos puede calificar a los miembros de mi familia para el programa de beneficencia a través del Centro Médico Mercy (*Mercy Medical Center*).

- Autorizo a los representantes que permite que el Aviva Health a divulgar todo tipo de información, incluso los comprobantes de ingresos, a los representantes del Centro Médico Mercy, con el objeto de verificar la aptitud para el programa de beneficencia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Persona encargada)

O

- Renuncio a la oportunidad de ser considerado para el programa de beneficencia a través del Centro Médico Mercy en esta ocasión.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Persona encargada)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Personal del Aviva Health que ayudó a completar este formulario)