



# SALUD REPRODUCTIVA

## Normas e información sobre la escala móvil de descuento en tarifas

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

La escala móvil de descuento en tarifas (abreviada «SDS») es parte de un programa federal, que cuenta con el financiamiento de Título X y del Programa de Cuidados Anticonceptivos de Oregon (en inglés *Oregon Contraceptive Care (CCare) Program*), lo que permite que el Centro de Salud Comunitario de Aviva Health realice descuentos sobre los cobros normales de las consultas médicas para los pacientes que califiquen según el tamaño de la familia y ingresos del paciente (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: \$1,883	Hasta: \$2,510	Hasta: \$3,138	
1	\$1,703	\$2,555	\$3,407	\$4,258	Más de \$3,138
2	\$2,152	\$3,228	\$4,303	\$5,379	\$4,259
3	\$2,600	\$3,900	\$5,200	\$6,500	\$5,380
4	\$3,048	\$4,573	\$6,097	\$7,621	\$6,501
5	\$3,497	\$5,245	\$6,993	\$8,742	\$7,622
6	\$3,945	\$5,918	\$7,890	\$9,863	\$8,743
7	\$4,393	\$6,590	\$8,787	\$10,983	\$9,864
8					\$10,984
Escala móvil	A = 0.00	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, el Aviva Health está obligado por el programa Salud Reproductiva (en inglés *Reproductive Health*) a cobrar los cargos de consulta médica a su compañía de seguros, (a menos que usted indique que requiere un trato especial de confidencialidad). 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 de la familia y los ingresos propios del paciente, 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. 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)
Tarifa de descuento	\$0.00	\$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 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 con 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 (es decir, antes de las deducciones de impuestos) en la tabla adjunta, ya sea por mes, por semana o por año.**

La columna que une el número de familiares que califican con los su ingresos brutos mostrará el descuento al que califica. El valor nominal que se cobra por esa categoría de descuento aparece al final de la columna.

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

Una vez aprobado por 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 su 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 no se necesita comprobante de ingresos para recibir los servicios de Título X.

## ¿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. Presente su solicitud a la recepcionista en el Aviva Health o envíelas por correo a:

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



**AVIVA** HEALTH

# Formulario de inscripción de horario de tarifa de descuento deslizante

La política del Aviva Health es brindar atención médica centrada en el paciente, independientemente de su capacidad de pago. Los descuentos se ofrecen según los ingresos del paciente 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, el descuento se garantizará por un año a partir de la fecha de solicitud. Luego de un año, el paciente deberá volver a solicitarlo.

Un formulario de inscripción completado debe estar en el archivo antes de que se aplique un descuento. Si el solicitante califica para otros programas de asistencia, tal como el Plan de Salud Oregon [*Oregon Health Plan*], la oficina de finanzas asistirá al solicitante a que aplique para estos programas, en adición a la escala móvil de descuentos ofrecida por el 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
Nº de teléfono:	Casa/Móvil:	Trabajo	F. de Nac.:	Nº 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.

(For Office Use Only)

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: \_\_\_\_\_

