



PROCEDIMIENTOS

Programa de Tarifa Variable de Descuento

NORMA: Community Health Programs, Inc. (CHP) se compromete a hacer accesibles los servicios del centro de salud al público en general, independientemente de su capacidad para pagar.

CHP reducirá la responsabilidad financiera de pacientes por tratamientos médicamente necesarios y adecuados cuando el individuo califique conforme a las directrices de esta norma y coopere con CHP en la aplicación de la misma y los procedimientos vinculados a los servicios de CHP.

Cada año, CHP evaluará su Programa de Tarifa Variable de Descuento (SFDP, por sus siglas en inglés) en sincronía con los indicadores monetarios de pobreza federal (FPG, por sus siglas en inglés) vigentes, para garantizar que el programa no esté creando ninguna barrera financiera para los cuidados de salud. CHP utilizará reportes del sistema UDS, otra información de ingresos del paciente y del tamaño de la familia que recopile, así como Encuestas de Satisfacción del Paciente para evaluar la utilización, efectividad y asequibilidad del SFDP. Anualmente, CHP presentará el programa actualizado a su Junta Directiva, que incorporará los indicadores FPG vigentes, así como los hallazgos de la evaluación anual y cualquier recomendación.

DEFINICIONES:

1. Para fines de esta norma, los términos "paciente", "pacientes" y "solicitante" se refieren a individuos y sus familias que reciben servicios de CHP.
2. Ingreso se define como sueldo de empleado y ganancias en efectivo, compensación por desempleo, indemnización por accidentes de trabajo, beneficios del Social Security, asistencia del programa Supplemental Security Income, asistencia económica pública, beneficios de los veteranos de guerra, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingreso de jubilación, intereses y dividendos de inversiones, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia de colegiaturas (becas y subsidios para gastos de habitación y vestido) y pensión de alimentos.
3. Ingreso bruto significa cantidades monetarias antes de la deducción de impuestos.
4. Beneficios no monetarios (tales como vales de alimentos y subsidios para vivienda) no se cuentan como ingreso, ni tampoco la pensión de manutención de los hijos.
5. La definición de "tamaño de unidad familiar" que usa CHP incluye: madre, padre, hijos, concubina, esposo, esposa y cualquier menor de edad dependiente que es mantenido por la unidad familiar y recibe provecho del ingreso familiar conjunto. *Compañeros de cuarto no clasifican como familiares.*

PROCEDIMIENTO:

A. La norma de tarifa variable de descuento de CHP estará bajo el manejo del Director de Facturas y Pagos. En general, se aplicarán los procedimientos siguientes:

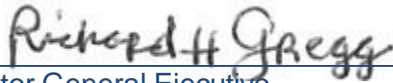
1. El coordinador de asistencia de pacientes/especialista en inscripciones de seguros hará una determinación de elegibilidad para la tarifa variable de descuento. Todas las aprobaciones o denegaciones de este programa de tarifa variable de descuento se notificarán por escrito al solicitante. La cuenta del paciente se documentará con el resultado de la determinación.

2. Si, como resultado de la revisión financiera, el paciente no califica para la tarifa variable de descuento, se le aconsejará al paciente/garante acordar un plan de pago según la norma de pagos por cuenta propia de CHP.
3. El nivel de asistencia a otorgar, ya sea **total o parcial**, se determinará según una evaluación y análisis del ingreso del paciente y tamaño de su familia. Los indicadores FPG vigentes que emite el Departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS, por sus siglas en inglés), darán las bases para determinar la capacidad para pagar de un individuo.
4. A todo paciente cuyo ingreso no rebase el 100% de los indicadores FPG sólo se le cobrará un honorario nominal.
5. A fin de garantizar la aplicación uniforme de esta norma, todos los cargos por servicios se registrarán conforme al procedimiento normal usado para todos los pacientes. Dichos cargos no serán retenidos. La aplicación del Programa de Tarifa Variable de Descuento será igual para todos los pacientes que califiquen para el programa.
6. Trimestralmente, se requerirá a cada solicitante completar de manera confidencial una **solicitud para el programa de tarifa variable de descuento** y proporcionar tanta información como CHP lo considere necesario. Por lo menos, se le requerirá al paciente dar como prueba de ingreso: copias de talonarios o colillas de pago de cuatro semanas recientes; su declaración de impuestos sobre la renta federal del año anterior pero no más de 24 meses atrás; o una declaración por escrito del patrón o empleador que describa el salario y los términos del empleo. Los estados de cuentas bancarias no son forma aceptable de verificación de ingresos.
7. La solicitud completada y los documentos justificativos deben presentarse directamente al coordinador de asistencia de pacientes/especialista en inscripciones de seguros de CHP o enviarse por correo a la atención de dicha persona a Community Health Programs, Inc., P.O. Box 30, Great Barrington, MA 01230. A su recepción, la solicitud será revisada y procesada conforme a los criterios de elegibilidad.
8. Se podrá conceder la tarifa variable de descuento a los pacientes en su primera visita con base en la declaración de ingresos por propia cuenta (no se necesita documentación). Sin embargo, la documentación sobre ingresos será necesaria para descuentos posteriores a la primera visita.
9. En todos los centros de salud de CHP se colocarán muy a la vista letreros en el idioma apropiado para pacientes de la comunidad, donde se explique la disponibilidad de Tarifas Variables de Descuento para pacientes elegibles que estén ya sea sin seguro o con seguro insuficiente.
10. Este programa SFDP se aplica a todos los servicios de salud requeridos y adicionales dentro del alcance del proyecto aprobado por HRSA, para los cuales hay tarifas distintas. Para aquellas situaciones en las que CHP tenga un convenio de referencias por escrito con una tercera parte proveedora, cuyo programa de tarifa de descuento de atención de beneficencia sea más favorable para el paciente que lo que descuenta CHP, se incluirá con la presente norma una copia de la norma de descuento ofrecido por ese tercer proveedor. Los pacientes de CHP recibirán el mismo o mejor descuento de cualquier referencia formal bajo convenio por escrito. Actualmente, no hay convenios de esa naturaleza más favorables que lo que concede CHP.
11. La tarifa variable de descuento no está disponible para ciertas partes físicas dentales, tales como puentes y dentaduras postizas.

ANEXOS:

1. Tabla de Tarifa Variable de Descuento 2023
2. Formulario de solicitud para el Programa de Tarifa Variable de Descuento

Aprobado por:



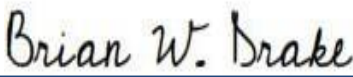
Director General Ejecutivo

3/9/23
Fecha de la firma



Director General Financiero

3/9/23
Fecha de la firma



Presidente de la Junta Directiva

3/9/23
Fecha de la firma

**TARIFA VARIAB
LE DE DESCUENTO 2023**
(Límites de ingreso anual)

En calidad de organización de salud comunitaria con financiamiento federal y con el **respaldo de HRSA**, CHP es capaz de proporcionar asistencia financiera a **todos los pacientes que califiquen**, mediante el uso de la tarifa variable de descuento siguiente:

Tamaño de unidad familiar	Honorario nominal de \$10.00	Paga 20%	Paga 40%	Paga 60%	Paga 80%	Paga 100%
Nivel de pobreza	100%	125%	150%	175%	200%	201%
1	\$14,580	\$18,225	\$21,870	\$25,515	\$29,160	\$29,306
2	\$19,720	\$24,650	\$29,580	\$34,510	\$39,440	\$39,637
3	\$24,860	\$31,075	\$37,290	\$43,505	\$49,720	\$49,969
4	\$30,000	\$37,500	\$45,000	\$52,500	\$60,000	\$60,300
5	\$35,140	\$43,925	\$52,710	\$61,495	\$70,280	\$70,631
6	\$40,280	\$50,350	\$60,420	\$70,490	\$80,560	\$80,963
7	\$45,420	\$56,775	\$68,130	\$79,485	\$90,840	\$91,294
8	\$50,560	\$63,200	\$75,840	\$88,480	\$101,120	\$101,626

Nota: El tope de ingreso para la categoría de pago de honorario nominal es equivalente al nivel federal de pobreza. Los indicadores monetarios de pobreza federal de 2023 se incrementan por \$5,140 por cada miembro familiar adicional.

- CHP dará un **descuento total** a pacientes y sus familias con ingresos anuales que no excedan el 100% de los indicadores monetarios de pobreza federal y sólo se les cobrará un *honorario nominal de \$10.00*.
- CHP dará un **descuento parcial** a pacientes y sus familias con ingresos anuales entre el 100% y el 200% de los indicadores monetarios de pobreza federal. Los cargos por honorarios se calcularán con la tabla de tarifa variable de descuento arriba mostrada.

- No se podrá dar descuentos a pacientes con ingresos superiores a 200% de los indicadores monetarios de pobreza federal.
- La elegibilidad se debe verificar antes de la inscripción y, posteriormente, una vez cada tres meses. Cuando el coordinador de asistencia de pacientes/especialista en inscripciones de seguros haya concluido la verificación, las tarifas de descuento serán vigentes al momento de la inscripción, o bien para aquellas personas ya inscritas, la vigencia será en el primer día del mes siguiente al de la verificación de ingresos. **Las tarifas de descuento pueden ser retroactivas hasta 6 meses.**
- Al momento de la verificación, se notificará al paciente en qué nivel califica para la tarifa variable de descuento. CHP redactará una carta compromiso llamada “SLIDING FEE SCALE LETTER AND WAIVER” con la información pertinente de servicios, incluyendo la tarifa de descuento, para que la firme el paciente.
- Aparte del Programa de Tarifa Variable de Descuento, CHP tiene una norma sobre Exención de Honorarios, cuyo manejo está a cargo del Director de Ciclo de Ingresos o del Subdirector de Finanzas y el Director General Financiero.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE TARIFA VARIABLE DE DESCUENTO

Estimado(a) solicitante:

Community Health Programs (CHP) ofrece una tarifa variable de descuento a pacientes y sus familias sin seguro o con seguro insuficiente. La elegibilidad para la tarifa variable de descuento se basa en el tamaño de la unidad familiar del paciente y el ingreso anual del hogar. Por favor, complete esta solicitud tanto como pueda. **La elegibilidad debe verificarse antes de la inscripción y una vez trimestralmente a partir de entonces.** Una vez verificado por el Coordinador de Asistencia de Pacientes / Especialista en Inscripciones de CHP, las tarifas reducidas entrarán en vigencia al momento de la inscripción o, para aquellos que ya están inscritos, el 1er día del mes siguiente a la verificación de ingresos. En caso de que una familia experimente una baja sustancial en los ingresos, tiene la opción de pasar de nuevo por el proceso de verificación en cualquier momento. Gracias por su ayuda.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre de pila _____ Apellido(s) _____
SS# (opcional) _____ Fecha de nac. _____ Residente de los Berkshires? **SÍ / NO**
Dirección de casa: _____ Sin hogar? **SÍ / NO**
Dirección postal, si es diferente: _____
Tel. (casa/trabajo) _____ (Marque en círculo: Masculino / Femenino)

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (cónyuge o niños menores de 19 años que vivan en casa)

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____

SITUACIÓN DE EMPLEO

¿Está desempleado(a)? **SÍ / NO**

¿Recibe compensación por desempleo? **SÍ / NO** ¿Cuánto a la semana? \$ _____

¿Quién trabaja en la familia? *

1. _____ (Marque en círculo: tiempo completo / tiempo parcial)

Número de horas a la semana: _____ Pago por hora: \$ _____

Nombre/dirección/tel. de empleador: _____

2. _____ (Marque en círculo: tiempo completo / tiempo parcial)

Número de horas a la semana: _____ Pago por hora: \$ _____

Nombre/dirección/tel. de empleador: _____

SI TRABAJA POR SU CUENTA, ingreso anual después de deducciones: \$ _____

*** Favor de traer 2 colillas de pago recientes, declaración federal de impuestos o carta del empleador.**

INGRESOS VARIOS

- Tiene Ud. o un miembro de su familia otros ingresos (Social Security, pensión, indemnización por accidente laboral, pensión de los hijos, etc.)? **SÍ / NO** (De ser sí, ¿cuánto? \$ _____)
- ¿Tiene alguna cobertura de seguro (Medicare, MassHealth, ConnectorCare)? **SÍ / NO**

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____