

Para personas que no viven con el VIH o no conocen su estado sobre el VIH

Tamaño del grupo familiar: _____ Escriba el número de la parte inferior de la **página 3** en su **solicitud de descuento de tarifa variable** aquí.

Ingresos anuales totales: \$ _____ Escriba la cantidad en dólares de la parte inferior de la **página 4** en su **solicitud de descuento de tarifa variable** aquí.

Cómo usar este cuadro:

Paso 1: Mire el **Cuadro 1A** que está abajo. Busque y encierre en un círculo el tamaño de su grupo familiar en la columna Tamaño del grupo familiar en el extremo izquierdo del cuadro, usando un bolígrafo o lápiz.

Si el tamaño de su grupo familiar es mayor a cinco, comuníquese con un asesor financiero para determinar la columna de grupo correcta para sus ingresos anuales totales.

Paso 2: Teniendo en cuenta las cantidades en dólares en los cuadros a la derecha del tamaño de su grupo familiar, busque y encierre en un círculo el cuadro que incluya sus ingresos anuales totales, usando un bolígrafo o lápiz. En la parte superior de esa columna, encontrará la letra de su grupo. Escriba esa letra aquí _____.

Paso 3: Vaya a la página siguiente. En el **Cuadro 1B**, busque y encierre en un círculo la columna con la letra de su grupo del Paso 2.

Paso 4: Siga cada servicio en la columna Tipo de servicio hasta la cantidad en dólares o el porcentaje en la columna que marcó con un círculo en el Paso 3. Esto es lo que pagará por esos servicios.

Cuadro 1A | Para personas que no viven con el VIH o no conocen su estado sobre el VIH

Tamaño del grupo familiar	Ingresos del grupo A	Ingresos del grupo B	Ingresos del grupo C	Ingresos del grupo D	Ingresos del grupo E ¹
1 - Anualmente	\$0 - 15,652	\$15,653 - 23,478	\$23,479 - 27,391	\$27,392 - 31,304	\$31,305+
1 - Mensualmente	\$0 - 1,304	\$1,305 - 1,957	\$1,958 - 2,283	\$2,284 - 2,609	\$2,610+
2 - Anualmente	\$0 - 21,150	\$21,151 - 31,725	\$31,726 - 37,013	\$37,014 - 42,300	\$42,301+
2 - Mensualmente	\$0 - 1,763	\$1,764 - 2,644	\$2,645 - 3,084	\$3,085 - 3,525	\$3,526+
3 - Anualmente	\$0 - 26,650	\$26,651 - 39,975	\$39,976 - 46,638	\$46,639 - 53,300	\$53,301+
3 - Mensualmente	\$0 - 2,221	\$2,222 - 3,331	\$3,332 - 3,886	\$3,887 - 4,442	\$4,443+
4 - Anualmente	\$0 - 32,150	\$32,151 - 48,225	\$48,226 - 56,263	\$56,264 - 64,300	\$64,301+
4 - Mensualmente	\$0 - 2,679	\$2,680 - 4,019	\$4,020 - 4,689	\$4,690 - 5,358	\$5,359+
5 - Anualmente*	\$0 - 37,650	\$37,651 - 56,475	\$56,476 - 65,888	\$65,889 - 75,300	\$75,301+
5 - Mensualmente*	\$0 - 3,138	\$3,139 - 4,706	\$4,707 - 5,491	\$5,492 - 6,275	\$ 6,276+

¹Si pertenece al grupo E, pagará el precio total de los servicios, a menos que tenga seguro médico.

Cuadro 1B | Lo que pagará

Tipo de servicio	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
Tarifa médica variable ¹	\$10	\$30	\$35	\$40	Precio total
Médica - todos los demás servicios	50% de descuento	50% de descuento	50% de descuento	50% de descuento	Precio total
MH- Tarifa móvil	\$10	\$30	\$35	\$40	Precio total
Dental- limpieza, exámenes y radiografías.	\$30	\$40	\$50	\$60	Precio total
Dental - todos los demás servicios ²	50% de descuento	50% de descuento	50% de descuento	50% de descuento	Precio total
Formulario de recetas: suministro para 30 días ³	\$10	\$15	\$20	\$25	Precio total
Formulario de recetas: suministro para 90 días ³	\$25	\$40	\$50	\$60	Precio total
Procedimiento del DIU ⁴	50% de descuento	50% de descuento	50% de descuento	50% de descuento	Precio total
DIU - <i>costo adicional</i>	Pregunta por tu dispositivo	Pregunta por tu dispositivo	Pregunta por tu dispositivo	Pregunta por tu dispositivo	Pregunta por tu dispositivo

¹ Incluye servicios de farmacia clínica

²Pago por separado para procedimientos dentales: los procedimientos dentales se cobrarán con un descuento del 50% sobre la lista de tarifas para todas las categorías de diapositivas. Se cobrará la tarifa completa por más del 200% del FPL.

³La mitad del cargo de los servicios (parte de responsabilidad del paciente) por el procedimiento se pagará al programar la cita y el saldo restante se pagará al registrarse para el procedimiento programado.

³ Para que un cliente de farmacia califique para el programa de tarifas variables, el cliente debe ser paciente del centro de salud. Si el precio del medicamento es más barato que la tarifa variable, el paciente solo pagará hasta el precio máximo del medicamento.

⁴Pago separado por la unidad/producto del DIU, los pacientes sin seguro por debajo del 200% solo pagan el costo del producto

Para las personas que viven con el VIH

Tamaño del grupo familiar: _____ Escriba el número de la parte inferior de la **página 3** en su **solicitud de descuento de tarifa variable** aquí.

Ingresos anuales totales: \$ _____ Escriba la cantidad en dólares de la parte inferior de la **página 4** en su **solicitud de descuento de tarifa variable** aquí.

Cómo usar este cuadro:

Paso 1: Mire el **Cuadro 2A** en la parte superior de la página siguiente. Busque y encierre en un círculo el tamaño de su familiar debajo de la columna **Tamaño del grupo familiar** en el extremo izquierdo del cuadro, usando un bolígrafo o lápiz.

Si el tamaño de su grupo familiar es mayor a cinco, comuníquese con un asesor financiero para determinar la columna de grupo correcta para sus ingresos anuales totales.


Paso 2: Teniendo en cuenta las cantidades en dólares en los cuadros a la derecha del tamaño de su grupo familiar, busque y encierre en un círculo el cuadro que incluya sus ingresos anuales totales, usando un bolígrafo o lápiz. En la parte superior de esa columna, encontrará la letra de su grupo. Escriba esa letra aquí _____.

Paso 3: Continúe navegando por la página, y busque y encierre en un círculo la columna en el **Cuadro 2B** con la misma letra de grupo del Paso 2.

- La cantidad en dólares en el primer cuadro es la cantidad que pagará por los servicios médicos, dentales y de salud mental y recuperación.
- Usará el porcentaje (5%, 7% o 10%) en el segundo cuadro para calcular su límite anual total, que es la mayor cantidad de dinero que puede gastar en gastos médicos de bolsillo en un año. Una vez que gaste más que su límite total anual, Equitas Health no le cobrará ningún otro servicio durante el resto del año.

Paso 4: Para calcular su límite anual total, multiplique sus ingresos anuales totales por el porcentaje en el segundo cuadro de la columna Lo que pagará que marcó en el Paso 3. Para obtener ayuda para calcular su límite anual total, consulte la hoja de trabajo en la parte de atrás de esta página.

Nota: Si encerró en un círculo el Grupo A o el Grupo H, entonces no tendrá un límite anual total.

Vea el cuadro en la página siguiente. 

Cuadro 2A | Para las personas que viven con el VIH

Tamaño del grupo familiar	Ingresos del grupo A	Ingresos del grupo B	Ingresos del grupo C	Ingresos del grupo D	Ingresos del grupo E ¹	Ingresos del grupo F	Ingresos del grupo G	Ingresos del grupo H ^{**}
1 - Anualmente	\$0 - 15,652	\$15,653 - 23,478	\$23,479 - 31,304	\$31,305 - 39,130	\$39,131 - 46,956	\$46,957 - 62,608	\$62,609 - 78,260	\$78,261+
1 - Mensualmente	\$0 - 1,304	\$1,305 - 1,957	\$1,958 - 2,609	\$2,610 - 3,261	\$3,262 - 3,913	\$3,914 - 5,217	\$5,218 - 6,522	\$6,523+
2 - Anualmente	\$0 - 21,150	\$21,151 - 31,725	\$31,726 - 42,300	\$42,301 - 52,875	\$52,876 - 63,450	\$63,451 - 84,600	\$85,601 - 105,750	\$105,751+
2 - Mensualmente	\$0 - 1,763	\$1,764 - 2,644	\$2,645 - 3,525	\$3,526 - 4,406	\$4,407 - 5,288	\$5,289 - 7,050	\$7,051 - 8,813	\$8,814+
3 - Anualmente	\$0 - 26,650	\$26,651 - 39,975	\$39,976 - 53,300	\$53,301 - 66,625	\$66,626 - 79,950	\$79,951 - 106,600	\$106,601 - 133,250	\$133,251+
3 - Mensualmente	\$0 - 2,221	\$2,222 - 3,331	\$3,332 - 4,442	\$4,443 - 5,552	\$5,553 - 6,663	\$6,664 - 8,883	\$8,884 - 11,104	\$11,105+
4 - Anualmente	\$0 - 32,150	\$32,151 - 48,225	\$48,226 - 64,300	\$64,301 - 80,375	\$80,376 - 96,450	\$96,451 - 128,600	\$128,601 - 160,750	\$160,751+
4 - Mensualmente	\$0 - 2,679	\$2,680 - 4,019	\$4,020 - 5,358	\$5,359 - 6,698	\$6,699 - 8,038	\$8,039 - 10,717	\$10,718 - 13,396	\$13,397+
5 - Anualmente	\$0 - 37,650	\$37,651 - 56,475	\$56,476 - 75,300	\$75,301 - 94,125	\$94,126 - 112,950	\$112,951 - 150,600	\$150,601 - 188,250	\$188,251+
5 - Mensualmente	\$0 - 3,138	\$3,139 - 4,706	\$4,707 - 6,275	\$6,276 - 7,844	\$7,845 - 9,413	\$9,414 - 12,550	\$12,551 - 15,688	\$15,689+

Cuadro 2B | Para las personas que viven con el VIH

Tarifas médicas, dentales y de salud mental	\$0	\$2	\$3	\$4	\$5	\$7	\$9	Precio total
Límite anual total	Ninguno	5% de los ingresos totales anuales	5% de los ingresos totales anuales	7% de los ingresos totales anuales	10% de los ingresos totales anuales	10% de los ingresos totales anuales	10% de los ingresos totales anuales	Precio total
Farmacia: Asegurado (EPAP o MOU)	100% de cobertura	100% de cobertura	100% de cobertura	100% de cobertura	100% de cobertura	50% de cobertura	50% de cobertura	Precio total
Farmacia: Sin seguro (SS)	80% de cobertura	60% de cobertura	60% de cobertura	40% de cobertura	40% de cobertura	20% de cobertura	20% de cobertura	Precio total

*Agregue \$5,550 por cada persona con un grupo familiar mayor de 5 a la cantidad más grande en dólares en los rangos de ingresos a la derecha del número "5" en la columna "Tamaño del grupo familiar".

**Si pertenece al grupo H, pagará el precio total de los servicios, a menos que tenga seguro médico.

Nombre del paciente _____

Email del paciente _____

Dirección del paciente _____

Hoja de trabajo de límite anual total | Para las personas que viven con el VIH

Lo que necesitará:

- ✓ Una calculadora
- ✓ Sus ingresos anuales totales de la última página: \$ _____
- ✓ El porcentaje que marcó con un círculo en el cuadro de la última página: _____ %

Primero, veamos un ejemplo:

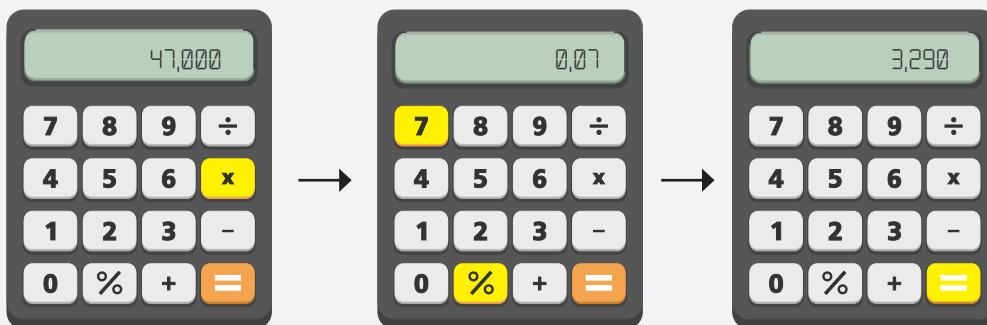
Juanita tiene un tamaño de grupo familiar de **2** con ingresos anuales totales de **\$47,000**. Según el **Cuadro 2A**, esto significa que Juanita está en el **Grupo D**.

Según el **Cuadro 2B**, ella tendría un **límite anual total del 7%** de sus ingresos anuales totales.

Cuadro 2A Para las personas que viven con el VIH								
Tamaño del grupo familiar	Ingresos del grupo A	Ingresos del grupo B	Ingresos del grupo C	Ingresos del grupo D	Ingresos del grupo E	Ingresos del grupo F	Ingresos del grupo G	Ingresos del grupo H*
1 - Anualmente	\$0 -15,652	\$15,653 - 23,478	\$23,479 - 31,304	\$31,305 - 39,130	\$39,131 - 46,956	\$46,957 - 62,608	\$62,609 - 78,260	\$78,261+
1 - Mensualmente	\$0 -1,304	\$1,305 - 1,957	\$1,958 - 2,609	\$2,610 - 3,261	\$3,262 - 3,913	\$3,914 - 5,217	\$5,218 - 6,522	\$6,523+
2 - Anualmente	\$0 -21,150	\$21,151 - 31,725	\$31,726 - 42,300	\$42,301 - 52,875	\$52,876 - 63,450	\$63,451 - 84,600	\$85,601 - 105,750	\$106,751+
2 - Mensualmente	\$0 -1,763	\$1,764 - 2,644	\$2,645 - 3,525	\$3,526 - 4,406	\$4,407 - 5,288	\$5,289 - 7,050	\$7,051 - 8,813	\$8,814+
3 - Anualmente	\$0 -26,650	\$26,651 - 39,975	\$39,976 - 53,300	\$53,301 - 66,625	\$66,626 - 79,950	\$79,951 - 106,600	\$106,601 - 133,250	\$133,251+
3 - Mensualmente	\$0 -2,221	\$2,222 - 3,321	\$3,322 - 4,442	\$4,443 - 5,552	\$5,553 - 6,663	\$6,664 - 8,883	\$8,884 - 11,104	\$11,105+
4 - Anualmente	\$0 -32,150	\$32,151 - 48,225	\$48,226 - 64,300	\$64,301 - 80,375	\$80,376 - 96,450	\$96,451 - 128,600	\$128,601 - 160,750	\$160,751+
4 - Mensualmente	\$0 -2,679	\$2,680 - 4,019	\$4,020 - 5,358	\$5,359 - 6,698	\$6,699 - 8,038	\$8,039 - 10,717	\$10,718 - 13,396	\$13,397+
5 - Anualmente	\$0 -37,650	\$37,651 - 56,475	\$56,476 - 75,300	\$75,301 - 94,125	\$94,126 - 112,950	\$112,951 - 150,600	\$150,601 - 188,250	\$188,251+
5 - Mensualmente	\$0 -3,138	\$3,139 - 4,706	\$4,707 - 6,275	\$6,276 - 7,844	\$7,845 - 9,413	\$9,414 - 12,550	\$12,551 - 15,688	\$15,689+

Cuadro 2B Para las personas que viven con el VIH								
Tarifas médicas, dentales y de salud mental	\$0	\$2	\$3	\$4	\$5	\$7	\$9	Precio total
Límite anual total	Ninguno	5% de los ingresos totales anuales	5% de los ingresos totales anuales	7% de los ingresos totales anuales	10% de los ingresos totales anuales	10% de los ingresos totales anuales	10% de los ingresos totales anuales	Precio total
Farmacia: Asegurado (EPAP o MOU)	100% de cobertura	100% de cobertura	100% de cobertura	100% de cobertura	100% de cobertura	50% de cobertura	50% de cobertura	Precio total

Para calcular su límite anual total, Juanita multiplicaría **\$47,000** por **7%** en una calculadora.



Primero, Juanita presionaría [4]-[5]-[0]-[0]-[0] y luego [X]

Después, presionaría [7] y luego [%].

El número en la pantalla - **3,290** - significa que lo máximo que Juanita gastará de su propio dinero en costos médicos durante el año es **\$3,290**.

Ahora, vamos a hallar su límite anual total:

\$ _____ X _____ % = Su límite anual total
Ingresos totales anuales Porcentaje

En su calculadora:

Paso 1 – escriba sus ingresos totales anuales

Paso 2 – presione el símbolo de multiplicación: [X]

Paso 3 – presione el número de su porcentaje (ver arriba)

Paso 4 – presione el símbolo de porcentaje: [%]

Paso 5 – presione el signo igual: [=]

Paso 6 – el número que aparece en la pantalla después de presionar el signo igual es su límite anual total

Escriba ese número aquí: \$ _____ es mi **límite anual total**.

Después de gastar esta cantidad en sus facturas médicas en el mismo año, Equitas Health no le cobrará por ninguno de sus servicios durante el resto de ese año.

Cosas para tener en cuenta:

- ✓ Su límite anual total es la cantidad que usted paga de su bolsillo por los servicios. No es el costo real de los servicios.

Ejemplo:

Usted paga \$5 por una visita al dentista cuyo precio total sería \$75. Gastó \$5 para su límite anual total, no \$75.

- ✓ Su límite anual total incluye lo que paga por los servicios en Equitas Health y en cualquier otro lugar donde reciba atención médica.
- ✓ Mantenga todos sus recibos y facturas de sus costos médicos en un solo lugar.
- ✓ Su asesor financiero de Equitas Health revisará sus recibos y facturas para asegurarse de que cuenten para su límite anual total.
- ✓ Avise a su asesor financiero cada vez que cambie el tamaño de su grupo familiar o sus ingresos.

Si tiene preguntas sobre su límite anual total, cómo usar el Cuadro 2A o el Cuadro 2B, o cualquiera de las instrucciones de esta página, comuníquese con un asesor financiero.