

Para personas que <u>no</u> viven con el VIH o <u>no</u> 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.

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. ²	\$30	\$40	\$50	\$60	Precio total
Dental- todos los demás servicios	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 - costo adicional	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

² Pago 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.

³ La 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.

⁴ 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.

⁵ Pago separado por la unidad/producto del DIU, los pacientes sin seguro por debajo del 200% solo pagan el costo del producto. Por favor pregunte por el precio del dispositivo deseado.

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+

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.