

Una atención de calidad es una atención asequible

Nuestro descuento de tarifa variable puede ayudar a que la atención que usted y su familia reciban en Equitas Health sea más asequible. El monto de descuento dependerá de si tiene VIH, de la cantidad de miembros en el hogar y de los ingresos anuales de su familia.

¿Qué servicios cubre el descuento de tarifa variable?

El descuento de tarifa variable reduce el costo de muchos servicios de Equitas Health, como los siguientes:

- Sesiones de asesoramiento individuales y grupales.
- Consultas con el proveedor de atención primaria y el dentista.
- Análisis de laboratorio (análisis de sangre).
- Medicamentos recetados.
· Se aplican algunas restricciones.

El descuento de tarifa variable no reducirá el costo de los servicios de otros proveedores, como los siguientes:

- Algunos análisis de laboratorio.
- Ciertos medicamentos recetados.
- Coronas dentales.
- Algunas radiografías.

¿Hasta cuánto dinero puedo ganar para continuar recibiendo el descuento de tarifa variable?

- Si no tiene VIH, sus ingresos anuales totales deben ser inferiores al 200 % o el doble de las pautas federales de pobreza.
- Si tiene VIH, sus ingresos anuales totales deben ser inferiores al 500 % o el quintuple de las pautas federales de pobreza.

¿Qué son las pautas federales de pobreza?

Muchos programas gubernamentales que reducen el costo de la atención médica establecen límites de ingresos. Las personas con ingresos superiores al límite no pueden presentar una solicitud para estos programas. Cada año, el Gobierno de los EE. UU. establece estos límites, a los que denomina pautas federales de pobreza.

¿Qué ocurre si el tamaño de mi familia o mis ingresos cambian?

Equitas Health revisará el descuento con usted cada seis meses o cada vez que cambien sus ingresos o el tamaño de su familia. Cada seis meses, deberá presentar pruebas de sus ingresos actuales ante Equitas Health.

¿Qué ocurre si mi estado en relación al VIH cambia?

Si recibe un resultado positivo en una prueba de VIH, hable con el asesor financiero. Actualizarán su archivo y revisarán cualquier otro descuento y financiación que pueda ayudarlo a pagar su atención.

Solicitud

Sus respuestas a las preguntas de este formulario nos ayudarán a determinar cuánto descuento puede recibir para nuestros servicios.

Estoy buscando:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención médica primaria | <input type="checkbox"/> Profilaxis posexposición (PEP)
(estuve expuesto al VIH) | <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Atención médica para VIH | <input type="checkbox"/> Profilaxis previa a la exposición
(PrEP) (prevención contra el VIH) | <input type="checkbox"/> Atención odontológica |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de VIH | | <input type="checkbox"/> Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de ITS | | <input type="checkbox"/> Terapia para salud mental |
| <input type="checkbox"/> Atención de confirmación de género | | |

Fecha de hoy: _____ / _____ / _____			
¿Cómo desea que le digamos?		Nombre: _____	
Nombre legal (obligatorio)		Apellido: _____	
Nombre legal (obligatorio)		Nombre: _____	Apellido: _____
Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____		Número de seguro social: _____	
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>El descuento no se aplicará para algunos planes de seguro médico.</i>		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Viudo	
¿Qué tipo de seguro para medicamentos recetados tiene? <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ninguno		Administrador de casos de Equitas Health (si corresponde): _____	
Dirección: _____		Número de dpto.: _____	
Ciudad: _____		Estado: _____	
Código postal: _____			
Mi vivienda es: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No tengo hogar		Creemos que es importante mantenernos en contacto, por lo que Equitas Health podría enviarle documentación por correo postal a la dirección indicada anteriormente.	
Número de teléfono Teléfono celular: _____ Hogar: _____ Trabajo: _____ <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto.		Portal para pacientes La forma más segura de comunicarse con nosotros es a través de nuestro portal para pacientes. Muéstranos su identificación e indique su dirección de correo electrónico para poder acceder. Dirección de correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir mensajes por correo electrónico.	
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre trans <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Queer/No binario <input type="checkbox"/> _____	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> _____ ¿Se identifica como transgénero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pronombres de género: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> _____	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> _____

Información del hogar

La cantidad de personas en su “hogar” nos ayudará a determinar de cuánto será el descuento.

Estas son las personas que cuentan en su “hogar”:

- los hijos legales;
- la pareja de hecho;
- el cónyuge casado (esposo o esposa);
- los dependientes legales.

Use la siguiente tabla para registrar a todas las personas de su hogar.

	Nombre de las personas que viven en el hogar (incluido usted mismo)	Fecha de nacimiento	Parentesco
	Ejemplo: Antoine Anderson	01/01/09	Hijo
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Cuente la cantidad de personas que anotó en la tabla anterior y escriba ese número aquí:

Este es el número total de personas en su hogar. Necesitará este número más adelante cuando use la calculadora de descuento de tarifa variable.

Ingresos familiares anuales

Los ingresos familiares anuales hacen referencia al dinero que usted y las personas de su hogar reciben cada año.

Complete la siguiente tabla:

1. En la columna “Monto”, escriba el monto en dólares de TODOS los ingresos que usted y las personas de su hogar obtienen cada año.
2. Sume todos los valores en la columna “Monto”. Este valor representa su ingreso anual total.
3. Escriba los ingresos anuales totales en la casilla ubicada al lado de la flecha.

Tipo de ingreso	Monto
Salario/remuneración obtenidos antes de deducir los impuestos	
Ingresos de negocios, trabajos por cuenta propia y dependientes	
Manutención de los hijos/manutención del cónyuge	
Jubilación o pensión, pagos para veteranos, beneficios para sobrevivientes	
Seguro social (Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI]/Seguro por Incapacidad del Seguro Social [SSDI]/Administración del Seguro Social [SSA])	
Desempleo	
Indemnización laboral	
Intereses de ahorros/fideicomisos/patrimonios, dividendos de inversiones, ingresos por alquiler	
Ingresos por empleos estacionales	
Asistencia pública (tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios [EBT] del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP])	
Asistencia financiera de fuentes externas al hogar	
Cualquier otra fuente de dinero que su familia utilice para vivir	
Ingresos anuales totales —————▶	\$

Estos son sus ingresos anuales totales. Necesitará este número más adelante cuando use la calculadora de descuento de tarifa variable.

NOTA: Deberá proporcionar copias de declaraciones de impuestos, recibos de pago o cualquier otra prueba que muestre los ingresos de todas las personas en su hogar antes de que aprobemos el descuento.

Nombre legal (letra de imprenta) _____

Firma del nombre legal _____ Fecha _____

Nombre elegido (letra de imprenta) _____

Firma del nombre elegido _____ Fecha _____

ESTA PÁGINA ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA					
Ingreso anual del paciente:		Tamaño de la familia del paciente:		Porcentaje de FPL del paciente:	
Tipo de seguro para medicamentos recetados:		Tipo de paciente:			
Ingreso Anual x	Porcentaje de cargo =	Tope anual			
LISTA DE VERIFICACIÓN					
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, factura de servicio público, identificación de empleo u otra identificación <input type="checkbox"/>					
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, los dos recibos de pago más recientes u otro documento <input type="checkbox"/>					
Seguro: Tarjetas del seguro <input type="checkbox"/>					
Facturas/recibos de gastos médicos <input type="checkbox"/>					
APROBACIÓN					
Categoría de asistencia:	<input type="checkbox"/> Categoría 0 (cuota mínima)		<input type="checkbox"/> Categoría 1		<input type="checkbox"/> Categoría 2
	<input type="checkbox"/> Categoría 3		<input type="checkbox"/> Categoría 4		<input type="checkbox"/> Categoría RW
Copago del médico:		Copago de salud mental:		Copago de atención odontológica:	
Tipo de asistencia con receta médica:	<input type="checkbox"/> ECare	<input type="checkbox"/> EPAP100 <input type="checkbox"/> EPAP50	<input type="checkbox"/> MOU100 <input type="checkbox"/> MOU50	<input type="checkbox"/> SS80%C <input type="checkbox"/> SS60%C <input type="checkbox"/> SS40%C <input type="checkbox"/> SS20%C	
Copago del formulario para recetas por 30 días:		Copago del formulario para recetas por 90 días:			
Fecha de inicio:		Fecha finalización:			
Aprobado por:					
Firma:	X	Fecha:			

1. El recepcionista o el asesor financiero ayudarán con el cálculo de las tarifas.
2. El ingreso bruto ajustado o el ingreso bruto se pueden usar como verificaciones de ingresos. El ingreso bruto ajustado puede beneficiar a los pacientes que tienen grandes ajustes en las declaraciones de impuestos sobre la renta.
3. La elegibilidad y la tarifa variable para el programa se basan en los ingresos y las pautas del nivel federal de pobreza (FPL) del año en curso.
4. Los pacientes que no tienen VIH son elegibles para la tarifa variable si su nivel de pobreza es igual o inferior al 200 %.
5. No se ofrece ningún descuento por encima del 200 % del nivel de pobreza.
6. Para garantizar que las personas que buscan servicios no se desanimen por no poder pagarlos, el programa utilizará la escala de tarifas variables con tarifas razonables para cada uno de los servicios principales de atención primaria.
7. El recepcionista o el asesor financiero le ofrecerá a cada paciente una copia de la escala de tarifas variables.
8. Equitas Health aceptará pagos parciales.
9. El paciente debe hacer todo lo posible para pagar el día en que se brindan los servicios.

Financiamiento de Ryan White para personas con VIH

La ley Ryan White Cares constituye un programa gubernamental. Los fondos de Ryan White financian muchos de los servicios de Equitas Health para personas con VIH, como la gestión de casos. Al igual que en nuestro descuento de Care for All, la cantidad total de personas en su hogar y sus ingresos anuales totales nos ayudan a determinar si puede recibir fondos de Ryan White para pagar su atención en Equitas Health.

¿Hasta cuánto dinero puedo ganar para continuar recibiendo los fondos de Ryan White?

Para recibir fondos de Ryan White, sus ingresos anuales totales deben ser inferiores al 500 % o el quíntuple de las pautas federales de pobreza.

¿Qué pasa si gano demasiado dinero?

Las personas con VIH que ganan más del quíntuple de las pautas federales de pobreza deberán hablar con un asesor financiero para averiguar cuánto pagarán sin los fondos de Ryan White.

El “tope” de pago anual de Ryan White

Si recibe la financiación de Ryan White, una vez que gaste cierta cantidad de dinero en servicios de atención médica en un año, Equitas Health no le cobrará por ningún otro servicio durante el resto de ese año. Esta cantidad se denomina “tope de pago anual”.

Su tope de pago anual es la cantidad de dinero que gasta en cualquier clase de atención en Equitas Health. También representa lo que gasta para recibir atención en otros lugares. Son los costos de atención médica que paga de su bolsillo.

¿Cuál será mi tope de pago anual?

La ley Ryan White Cares establece este límite en función de un porcentaje (o una pequeña parte) de sus ingresos anuales totales. Con el tope de pago anual de Ryan White, lo máximo que pagará por la atención médica en un año será el 5 %, el 7 % o el 10 % de sus ingresos anuales totales.

Más adelante, podrá calcular su tope de pago anual a partir del gráfico de la calculadora de pago en la calculadora de descuentos para pacientes.

¿Qué tipos de costos de atención médica se tienen en cuenta para mi tope de pago anual?

Los costos de atención médica que se consideran para el tope de pago anual son los siguientes:

- visitas al consultorio con un médico o un enfermero;
- atención odontológica;
- atención dermatológica (de la piel);
- costos de seguro médico, como primas y copagos;
- consultas por salud mental y recuperación;
- atención oftalmológica (de los ojos);
- medicamentos recetados y de venta libre.

Esta no es una lista completa. El recepcionista médico o el asesor financiero revisarán sus facturas médicas para evaluar si pueden tenerse en cuenta para el tope de pago anual.

Recuerde:

- Debe pagar las tarifas con descuento hasta que alcance el tope anual.
- El pago se vence en el momento de la consulta.
- Si no puede pagar sus tarifas, hable con el asesor financiero o el especialista en facturación.
- Debe informar al recepcionista o al asesor financiero si hay algún cambio en sus ingresos o en el tamaño de su familia.
- Debe mostrar las facturas o los recibos al asesor financiero para que evalúe si pueden considerarse para el tope de pago anual.

Nombre legal (letra de imprenta) _____

Firma del nombre legal _____ Fecha _____

Nombre elegido (letra de imprenta) _____

Firma del nombre elegido _____ Fecha _____



Declaración de ingresos

Yo, _____, (nombre legal) juro o afirmo que la información que figura a continuación es verdadera. Entiendo que mis ingresos incluyen todo el dinero que recibo por mi trabajo, incluso si no declaro ese trabajo a efectos fiscales. Mis ingresos también incluyen, entre otros, el dinero que recibo por lo siguiente:

- la jubilación;
- las inversiones;
- el desempleo;
- alguna discapacidad;
- los ingresos de mi cónyuge (si está casado);
- los ingresos de mis padres (si es un dependiente).

Mi ingreso anual es de: \$ _____

No tengo ningún documento para constatar mis ingresos. Las razones son las siguientes (marque todas las opciones que correspondan):

- Me pagan en efectivo.
- No me entregan cheques ni recibos de pago.
- El año pasado, no presenté una declaración de impuestos.
- No puedo obtener una carta de mi empleador.
- Otra, explique: _____

Actualmente vivo en Ohio. La dirección que proporcioné es mi domicilio actual.

Nombre legal (letra de imprenta) _____

Firma del nombre legal _____ Fecha _____

Nombre elegido (letra de imprenta) _____

Firma del nombre elegido _____ Fecha _____