

PROGRAMA RYAN WHITE DEL COE DE ETSU

LÍMITE DE CARGOS DE LA PARTE C

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

CÁLCULO DEL LÍMITE ANUAL DE PAGO DE RYAN WHITE

El programa del Centro de Excelencia para el VIH/SIDA de la ETSU (COE de ETSU, por sus siglas en inglés) está parcialmente financiado a través de una subvención de la Ley Ryan White de atención médica. Como beneficiario de la subvención Ryan White Parte C, el COE de ETSU no les cobrará a los pacientes que cumplan con los requisitos de la Parte C del programa Ryan White por servicios cuyos costos de atención médica superen un límite anual de pago. Este tope es un porcentaje de sus ingresos anuales y sigue las directrices establecidas en la Ley Ryan White de atención médica. El límite de pago restringe el monto que nosotros podemos cobrarle por los gastos médicos de su bolsillo. Los gastos incurridos por servicios que no hayan sido prestados por ETSU Health seguirán siendo responsabilidad suya.

Utilice la siguiente tabla para determinar el límite anual de pago Ryan White que le corresponde.

Ingresos brutos anuales del hogar (antes de impuestos)	Límite anual de cargos (% de los ingresos)
0 a \$12,880	0
\$12,881 a \$25,760	5%
\$25,761 a \$38,640	7%
>\$38,641	10%

Calcule:

Ingresos brutos anuales por individuo \$ _____ X _____ % = \$ _____

Adjuntamos una tabla para llevar un registro de sus gastos de bolsillo, la cual es un requisito de este beneficio. Los gastos que pueden acogerse a este beneficio incluyen, entre otros, visitas a consultas médicas, asesoramiento sobre salud mental y abuso de sustancias, atención dental, atención oftalmológica, atención dermatológica, recetas, primas y copagos de seguros médicos y medicamentos de venta sin receta. Los cargos pueden realizarse directamente en la clínica ETSU Health o a través de otros proveedores médicos.

Si alcanza su límite de pago o tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su administrador de casos o con un administrador de casos del programa Ryan White llamando al 423-930-8337. El COE de ETSU no le cobrará por ningún servicio adicional que le prestemos durante el resto del año.

Recibido por: _____
Firma del paciente

Fecha: _____

(423) 930-8337

615 N. State of Franklin Road Johnson City, TN 37601
105 West Park Avenue Suite 2A Kingsport, TN 37660

PROGRAMA RYAN WHITE DEL COE DE ETSU

LÍMITE DE CARGOS DE LA PARTE C

Revisado 06/2023

GASTOS MÉDICOS/DENTALES/FARMACÉUTICOS DE BOLSILLO

<u>GASTO</u>	<u>TIPO DE GASTO</u>	<u>FECHA</u>	<u>MONTO</u>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
TOTAL			\$

(423) 930-8337

615 N. State of Franklin Road Johnson City, TN 37601
105 West Park Avenue Suite 2A Kingsport, TN 37660