2025

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE CARGOS: Establecimiento de Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios para personas con VIH en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs)

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD
Secretaría Auxiliar de Servicios de Salud Integral
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP
Revisado: Abril 2025

Versión

Versión Núm.	Editor (a)	Fecha de revisión	Descripción del Cambio
1	Norma I. Delgado Mercado, Ph.D. Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	20 de diciembre de 2014	Documento original
2	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	1 de febrero de 2016	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
3	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	1 de febrero de 2017	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
4	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	31 de enero de 2018	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
5	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	2 de noviembre de 2018	Actualización del procedimiento para el establecimiento de Limite de Cargos por servicios y Escala de Cargos por Servicios "Imposition of Charges: Not Just an Imposition, It's the Law!" 2 de octubre de 2018
6	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	25 de enero de 2019	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
7	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	22 de enero de 2020	Revisión de todas las secciones del documento. Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
8	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	30 de junio de 2020	Cambios en el procedimiento (Págs. 5 y 6) sobre la imposición de cargos y en el formato de firmas de todos los formularios para que durante las orientaciones telefónicas realizadas al paciente durante la emergencia por COVID 19, el Manejador de Casos pueda certificar con su firma que el paciente fue orientado y que la información brindada por el paciente sobre su situación económica, de aseguramiento y sobre la composición familiar es certera. Se añade el Anejo 1b y se elimina la firma del pacienteen el Anejo 2.
9	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	1ero de febrero de 2021	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
10	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	30 de junio de 2021	Sustitución del Formulario MA-10, para establecer el ingreso ajustado, por el Formulario "**Notificación de Decisión**" utilizado como parte del nuevo sistema del Programa Medicaid para establecer el tipo elegibilidad del paciente para Medicaid, Chip o Estatal.
11	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD.	17 de enero de 2023	Actualización anual de las Guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés).
12	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Sarahí Rodríguez De Jesús, MPH	13 de noviembre de 2023	Revisión de todas las secciones del documento. Establecer que no todos los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno (PSG) tienen un ingreso acreditable igual o bajo el 100% del nivel de pobreza federal.
13	Ángela Lozada Sinisterra, PysD. Sarahí Rodríguez De Jesús, MPH	18 de octubre de 2024	Revisión de todas las secciones en referencia a la actualización del criterio de elegibilidad económica del Programa Ryan White Parte B/ADAP (igual o bajo el 400% del nivel de pobreza federal). Se actualiza la tabla del nivel de pobreza para el año 2024.
14	Ángela Lozada Sinisterra, PysD. Myrna Agosto Martinez, MSW	16 de abril de 2025	Revisión de todas las secciones. Se actualiza la tabla de nivel de pobreza para el año 2025.

Tabla de contenido

I. Introducción 4

II. Justificación del Procedimiento: 5

III. Alcance 5

IV. Elegibilidad Económica para recibir servicios 5

V. Aplicación de Imposición de Cargos. 6

A. Determinación Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios 6

B. Aplicación de Escala de Cargos por Servicios *(Schedule of Charges o Sliding Fee Scale*) *9*

C. Personal que aplicará las Escalas y Límites o Tope de Cargos Anuales por Servicios 10

Anejos 11

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE CARGOS: Establecimiento de Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios (Tarifas ajustadas)

I. Introducción

El Procedimiento para la imposición de cargos: Establecimiento del Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios o Tarifas Ajustadas tiene como objetivo principal cumplir con las disposiciones de la Ley Ryan White de 1990 según enmendada en los años 1996, 2000, 2006 y 2009 como la Ryan White *HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009* (Ley Ryan White). La Ley Ryan White es una legislación aprobada por el Congreso de los Estados Unidos que regula el uso de fondos administrados por la Health Resources and Services Administration (HRSA) del U.S. Department of Health and Human Services para el cuidado de personas con VIH. Esta ley va dirigida a atender las necesidades no cubiertas de las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), mediante la subvención de servicios para el tratamiento de la condición del VIH/Sida y de servicios de apoyo para mejorar el acceso y la retención en el continuo de cuidado (*"continuum of care"*). **La Ley requiere la imposición de cargos a pacientes con ingresos por encima del 100% del nivel de pobreza federal y prohíbe la imposición de cargos a pacientes que estén igual o por debajo del100% del nivel de pobreza federal.**

Al igual que otros problemas de salud, el VIH afecta desproporcionalmente a personas de bajos ingresos, siendo la mayoría pertenecientes a grupos de minorías raciales y otros individuos que no reciben los servicios necesarios o no tienen igual acceso a los sistemas de prevención y cuidado de salud. La Ley Ryan White pretende llenar las brechas en los servicios de cuidado para la salud no cubiertas por otras fuentes de fondos. Los usuarios, que con gran probabilidad utilizarán los servicios disponibles a través de la Ley Ryan White, incluyen personas que carecen de un seguro médico, ya sea privado o público, o que el mismo no cubre todas sus necesidades de salud.

La Ley Ryan White establece que estos fondos son de emergencia, por lo que no pueden ser utilizados para sustituir fondos asignados a nivel local o estatal, ni para pagar por servicios que se pueden cubrir con otros programas u otros tipos de aseguramiento, tales como *Medicaid/Medicare*, programas locales o estatales o seguros médicos privados. Por lo tanto, "los fondos recibidos no pueden ser utilizados para realizar pagos por ningún artículo o servicio cuando dicho pago se haya realizado, o pueda razonablemente hacerse con fondos de otras fuentes que no sean fondos Ryan White." [Secc. 2612 (b) (7)(F)].

Mediante los fondos otorgados a través de esta legislación, el propio Departamento de Salud de Puerto Rico, entidades privadas sin fines de lucro y otros proveedores pueden ofrecer aquellos servicios necesarios a la población con diagnóstico positivo al VIH de acuerdo con las particularidades de cada área geográfica en la isla. Conforme a esto, el Programa Ryan White Parte B/ADAP subvenciona proveedores clínicos en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud, con personal clínico especializado en VIH para fortalecer y complementar el ofrecimiento del continuo de cuidado de los pacientes con diagnóstico positivo de VIH en la jurisdicción.

II. Justificación del Procedimiento:

Los pacientes que reciben servicios en los CPTETs, en su mayoría, están asegurados por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR). Por ello, es conocido que su ingreso ajustado o neto no excede del 400% del nivel de pobreza federal (NPF). Los fondos del Programa Ryan White Parte B/ADAP del Departamento de Salud no deben ser utilizados para sufragar servicios cubiertos por otro pagador o seguro de salud, ya sea público, federal o privado (PSGPR, Medicaid, Medicare, seguros de salud comerciales), ni servicios a personas con una capacidad económica que sobrepase el 400% del nivel de pobreza federal.

Para recibir los servicios subvencionados por Ryan White Parte B/ADAP en los CPTETs, los ingresos individuales de los pacientes deben estar en o bajo el 400% NPF, según establecido en las Guías de Pobreza Federales vigentes. Las mismas se revisan anualmente. No obstante, la Ley Ryan White permite ofrecer los servicios a toda persona que los solicite, siempre y cuando se establezcan cargos por servicio que tomen en consideración el nivel de pobreza del paciente **(Escala de Cargos por Servicios o *Schedule of Charges*).** Además, la Ley establece que todo paciente VIH que solicite servicios en dichos CPTETs deberá ser evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el **Límite Anual de Cargos por Servicios (*Limitation on aggregate Charges*).**

III. Alcance:

Este procedimiento aplicará a todos los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) ya que forman parte de la Red de Proveedores Clínicos del Programa Ryan White Parte B/ADAP. A tales efectos, todo paciente VIH positivo que solicite servicios en dicha red será evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el Límite Anual de Cargos por Servicio a ser impuesto y la Escala de Cargos por Servicio. Este procedimiento incluye a todos los pacientes con VIH que reciben servicios en los CPTETs con y sin seguro médico privado o público.

IV. Elegibilidad Económica para recibir servicios

- Anualmente el "Census Bureau" estima el nivel de pobreza de una familia o individuo basado en el aumento del índice de precios del consumidor. El nivel de pobreza es el instrumento utilizado para determinar la elegibilidad de los pacientes http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.

- **Los servicios de VIH son libres de costo para el paciente que sus ingresos sean iguales o estén por debajo del 100% del nivel de pobreza establecido por el gobierno federal.**

- De acuerdo a la ley, los pacientes VIH cuyos ingresos estén sobre el 100% del nivel de pobreza federal se les tiene que ofrecer un descuento basado en sus ingresos.

- Para conocer la elegibilidad de los pacientes para recibir los servicios libres de costo o con descuento, HRSA establece que se deberá utilizar el ingreso individual del Paciente.

- Para determinar el ingreso anual del paciente se utilizará la forma: **Notificación de Decisión** del Programa Medicaid y el ingreso de elegibilidad indicado en este documento, que es el ingreso con el que el paciente resultó elegible a Medicaid, CHIP o Estatal. La **Notificación de Decisión** establece el ingreso de elegibilidad basado en los ingresos del Núcleo Familiar del paciente. Por lo tanto, para cumplir con la imposición de cargos basado en el ingreso individual del paciente, según establecido por HRSA, en los casos en que la elegibilidad del núcleo familiar evidenciada en la **Notificación de Decisión** esté por encima del 100% del Nivel de Pobreza, se realizará un cálculo adicional por separado del ingreso del paciente para establecer su ingreso de elegibilidad individual. Esto aplicará tanto para el establecimiento de la escala de cargos como para el establecimiento del límite anual de cargos.

- Para los pacientes que aún no cuentan con un estatus legal en la Isla, se determinará el ingreso de elegibilidad solicitándole al paciente que declare los ingresos que recibe con regularidad.

- **No se le puede negar el servicio a los pacientes VIH que no tienen dinero para pagar y no cuentan con un seguro médico público ni privado.**

V. Aplicación de Imposición de Cargos:

A. Determinación Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios

(*Limitation on aggregate Charges o Cap on Charges*):

- Todo paciente VIH positivo que solicite servicios en los CPTETs será evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** a ser impuesto, conforme a su ingreso.

- Los/as Manejadores/as de Casos ubicados en cada uno de los CPTETs serán responsables de entrevistar y orientar al paciente sobre el procedimiento de la determinación del límite o tope anual de cargos por servicios (Ver Anejos 1a y 1b, Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas y Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios).

- Los/as Manejadores/as de Casos completarán y firmarán el formulario (Ver Anejo 2), Establecimiento de las Tarifas Ajustadas: Escala de Cargos y Límite o tope Anual de

Cargos) para determinar el nivel de indigencia al momento que el paciente ingresa al CPTET. También orientarán a todo paciente activo que no haya completado el formulario para determinar el **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios**.

- Los/as Manejadores/as de Caso utilizarán como referencia el formulario de **Notificación de Decisión** que provee el Programa de Medicaid para verificar el ingreso de elegibilidad con el que el paciente resultó elegible a Medicaid, CHIP o Estatal para calcular su nivel de indigencia. Del paciente no contar con dicha notificación, se le orientará sobre cómo accederla y la importancia de ese proceso para obtener otros servicios subvencionados por Ryan White. Luego de esa orientación, durante la entrevista con el/la Manejador de Caso, el paciente que no cuente con la **Notificación de Decisión** deberá hacer una declaración de sus ingresos por concepto de ingresos o beneficios que recibe regularmente para determinar el ingreso ajustado de elegibilidad.

- Los/as Manejadores/as de Caso determinarán el **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** que será impuesto utilizando como referencia la *Tabla de Ingresos de Elegibilidad para calcular el nivel de pobreza federal* ubicada en el Anejo 2. Esta tabla se revisará anualmente tomando como base las Guías de Pobreza Federales Revisadas por el Gobierno Federal. El ingreso anual ajustado que aplique al paciente se colocará en la Sección V del Anejo 2, junto con el por ciento que le corresponda pagar conforme el nivel de pobreza en que se encuentre el paciente utilizando como referencia la *Tabla de imposición de cargos del límite o tope anual conforme al nivel de pobreza* presentada abajo. El por ciento que le corresponde al paciente conforme su ingreso anual ajustado, será aplicado para determinar el límite o tope anual de cargos que le corresponderá pagar al paciente.

- Una vez completado el formulario, el paciente deberá certificar con su firma (Ver Anejo 1a) que fue orientado sobre el procedimiento y se le notificará el **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** que será impuesto de acuerdo con los requisitos legislativos fiscales del Programa Ryan White que se detalla a continuación:

Tabla de imposición de cargos del límite o tope anual conforme al nivel de pobreza

Pacientes cuyo ingreso sea:	**Cargos Impuestos**
Igual o menor del 100% del nivel de pobreza federal	No se le impondrá ningún cargo por año calendario.
101% - 200% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 5% de su ingreso anual.

Pacientes cuyo ingreso sea:	Cargos Impuestos
201% - 300% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 7% de su ingreso anual.
Igual o mayor a 301% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 10% de su ingreso anual.

Si el formulario se completa durante una sesión de telemedicina o a través de una orientación telefónica, no se requerirá la firma del paciente. En su lugar se requerirá que el manejador de casos que realiza la intervención certifique con su firma que el paciente fue orientado y que se le notificó durante la orientación el **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** que será impuesto de acuerdo con los requisitos legislativos fiscales del Programa Ryan White (Ver Anejo 1b).

- Los recaudadores serán responsables en cada CPTET de recopilar y rastrear la información sobre los cargos o pagos en que los pacientes hayan incurrido o utilizado en deducibles, co-pagos, pagos a otros proveedores por servicios de VIH, primas de seguros de salud, co-aseguros y otros cargos similares relacionados a su salud, sin limitarse a los CPTETs.

- Los recaudadores contabilizarán los gastos de salud del paciente en el formulario de **Cálculo de gastos médicos para el descuento aplicable a los servicios médicos de VIH** (Anejo 3).

- Los cargos o pagos de los pacientes a ser recopilados o rastreados incluyen:
  - Deducibles
  - Co-pagos
  - Co-aseguros
  - Primas de Seguros de Salud
  - Pagos a otros Proveedores por servicios para el VIH u otra condición de salud
  - Otros Cargos Similares

- Una vez el paciente haya pagado de su bolsillo el Límite o Tope de Cargos establecido, no se le volverá a cobrar durante el resto del año calendario por servicios recibidos en el CPTET para el VIH.

- El Límite de Cargos establecido no podrá ser excedido durante ningún año.

- Cada paciente será responsable de proveerle evidencia a los recaudadores de los CPTETs de cualquier pago que haya efectuado por concepto de servicios recibidos para ser acreditados. El Manejador de Caso orientará a los pacientes al respecto.

- El Límite Anual de Cargos por servicio de cada paciente será revisado anualmente al comienzo del año natural y estará basado en los ingresos individuales del paciente.

- Se requiere que el Programa Ryan White y las divisiones a cargo de los servicios en los CPTETs mantengan en dichas clínicas, políticas y procedimientos actualizados para establecer los procesos de elegibilidad anual, contabilizar los pagos realizados por los pacientes e informar a los pacientes sobre los procedimientos y políticas.

***B. Aplicación de Escala de Cargos por Servicios (Schedule of Charges o Sliding Fee Scale)**:*

- Los servicios en los CPTETs a personas con VIH sin aseguramiento o plan médico serán gratuitos para todos(as) los(as) participantes que el ingreso de elegibilidad ajustado sea igual o menor al 100% del nivel de pobreza federal, según establecido por las Guías de Pobreza Anuales del Gobierno Federal. Para aquellos pacientes VIH que no cuentan con plan médico o aseguramiento y su ingreso de elegibilidad individual excede el 100% del nivel de pobreza federal, la Sección de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles ha establecido que se cobrará un cargo nominal de veinte dólares ($20.00) por todos los servicios que reciba en su visita al CPTET (visita médica inicial, visita de seguimiento, servicios de laboratorio) ofrecido para este tipo de paciente. Además, como se indicó en la sesión anterior, siguiendo el Sistema de **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** una vez el paciente haya llegado a su tope o límite anual de cargos conforme a su ingreso, no se le continuará cobrando por los servicios médicos que reciba durante el año en curso en los CPTETs.

- Cuando los ingresos individuales de un paciente VIH, con aseguramiento o plan médico, sobrepasen el 100% del nivel de pobreza establecido por el gobierno federal, se procederá a cobrar por el servicio provisto en el CPTET conforme el aseguramiento que tenga el paciente, por ejemplo, se cobrará el deducible, co-pago o coaseguro que establece el plan médico del paciente. Para esto tiene que tomarse en consideración y verificar el límite o tope de cargos anual establecido para ese paciente para determinar hasta cuándo se le cobra ese cargo.

- Importante tener bien presente que un paciente VIH cuyos ingresos sean iguales o por debajo del 100% del nivel de pobreza establecido por el gobierno federal, su deducible, co-pago o coaseguro es $0.00, aunque su tarjeta del plan médico indique una cantidad. De igual manera,

su límite o tope anual de cargos es $0.00. O sea, a estos pacientes no se les cobra cantidad alguna, $0.00.

C. Personal que aplicará las Escalas y Límites o Tope de Cargos Anuales por Servicios:

- El personal de Manejo de Casos calculará anualmente el nivel de indigencia siguiendo el Procedimiento establecido en este documento. Una vez determinado los cargos por servicios que le corresponde pagar al paciente conforme a su ingreso y seguro médico (si posee uno), el/la Manejador de Casos llevará a cabo una revisión anual y actualización. La clínica establecerá en donde debe colocarse la evaluación que realice el Manejador de Caso y los documentos correspondientes, asegurando que estén accesibles tanto para este personal y las revisiones y actualizaciones que debe documentar anualmente como para las intervenciones del Recaudador de la clínica.

- El personal de Manejo de Casos orientará a todo paciente con VIH sobre los servicios que están disponibles en el CPTET y explicará que por ser el CPTET un proveedor del Programa Ryan White, se le requiere establecer unas escalas de descuentos por los servicios que ofrece a personas con VIH tomando en consideración sus ingresos. El/la Manejador de Casos orientará a los pacientes que no cuenten con seguro de salud y no tengan la **Notificación de Decisión** otorgada por el Programa Medicaid, a dónde acudir a determinar su nivel de indigencia e ingreso de elegibilidad.

- Todo paciente con VIH que acuda a cualesquiera de los CPTETs a recibir servicios por su condición, una vez se determine su nivel de indigencia e ingreso de elegibilidad y sea orientado(a) sobre la Escala de Cargos aplicables por los servicios prestados y sobre el Límite Anual de Cargos por Servicios, los/as Manejadores(as) de Caso deberán cumplimentar los formularios que aparecen como anejo. La información recopilada en los formularios deberá ser revisada y actualizada anualmente, como parte del proceso de confirmación de elegibilidad para los cargos que aplican. Los formularios completados por cada participante formarán parte del expediente del/la participante. En caso de que los servicios se estén ofreciendo a través de telemedicina, el paciente será orientado telefónicamente y el personal de Manejo de Caso Clínico completará o actualizará los formularios con la información otorgada por el paciente.

ANEJOS

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas y Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios

Nuestra Clínica sirve a personas con diagnóstico positivo a VIH que poseen o no un seguro de salud. Por ser esta clínica proveedora de servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP, la ley Ryan White nos permite establecer tarifas ajustadas o descuentos a los cargos por servicios tomando en consideración el nivel de ingreso económico individual del/ de la paciente. Para recibir los servicios libres de costo el/la paciente debe estar en o bajo el 100% del nivel de pobreza, según establecido en las Guías de Pobreza Federal.

Certifico que recibí orientación sobre la *Escala de Cargos y Límite o Tope anual de Cargos por Servicios de los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud (CPTETs)*. Se me ha explicado que, aunque los servicios tienen un cargo nominal **para aquellos pacientes que no tienen seguro médico, si este es mi caso no tendré que pagar si mi ingreso no excede el 100% del nivel pobreza** y que, si lo excedo, solo tendré que pagar veinte dólares ($20.00) por cada encuentro clínico (visita clínica) al CPTET de_____hasta llegar al Límite o Tope Anual de Cargos establecido basado en mi ingreso. También se me ha explicado que como parte de la Escala de Tarifas y descuentos que requiere Ryan White, los CPTETs han establecido la siguiente escala de cargos con el **Límite o Topes anuales de cargos por Servicio** para personas con VIH con y sin seguro médico, conforme su ingreso:

Pacientes cuyo ingreso sea:	Cargos Impuestos
Igual o menor del 100% del nivel de pobreza federal	No se le impondrá ningún cargo por año calendario.
101% - 200% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 5% de su ingreso anual.
201% - 300% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 7% de su ingreso anual.
Igual o mayor al 301% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 10% de su ingreso anual.

A todo paciente se le establecerá un límite o tope de cargos al año según su ingreso. Cuando llegue al tope, no se me requerirá que pague cargos adicionales en esta clínica. Es importante que presente evidencia al Recaudador de la clínica de todos mis gastos médicos, tales como co-pagos, deducibles, co-aseguros, primas de seguros de salud, pagos a otros proveedores por servicios para el VIH u otra condición de salud y otros cargos similares.

Certifico que me comprometo a traer evidencia de todos mis gastos de salud para ser acreditados a la escala de tarifas y descuentos que me corresponda según mi ingreso.

Fui orientado que está Clínica no puede negar servicios de salud, por falta de pago de los cargos que me corresponden pagar.

_____ _____

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Manejador de Casos

_____

Fecha

ANEJO 1b (Formato Orientación Telefónica)



Certificación Orientación sobre Tarifas Ajustadas y Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios

Nuestra Clínica sirve a personas con diagnóstico positivo a VIH que poseen o no un seguro de salud. Por ser esta clínica proveedora de servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP, la ley Ryan White nos permite establecer tarifas ajustadas o descuentos a los cargos por servicios tomando en consideración el nivel de ingreso económico individual del/ de la paciente. Para recibir los servicios libres de costo el/la paciente debe estar en o bajo el 100% del nivel de pobreza, según establecido en las Guías de Pobreza Federal.

Certifico que orienté a_____, (nombre del paciente) sobre la *Escala de Cargos y Límite o Tope anual de Cargos por Servicios de los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud (CPTETs)*. Se le ha explicado que, aunque los servicios tienen un cargo nominal **para aquellos pacientes que no tienen seguro médico, si este fuese su caso no tendría que pagar si su ingreso no excede el 100% del nivel pobreza** y que, si lo excede, solo tendrá que pagar veinte dólares ($20.00) por cada encuentro clínico (visita clínica) al CPTET de_____hasta llegar al Límite o Tope Anual de Cargos establecido basado en su ingreso. También se le ha explicado que como parte de la Escala de Tarifas y descuentos que requiere Ryan White, los CPTETs han establecido la siguiente escala de cargos con el **Límite o Topes anuales de cargos por Servicio** para personas con VIH con y sin seguro médico, conforme su ingreso:

Pacientes cuyo ingreso sea:	**Cargos Impuestos**
Igual o menor del 100% del nivel de pobrezafederal	No se le impondrá ningún cargo por año calendario.
101% - 200% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 5% de su ingreso anual.
201% - 300% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 7% de su ingreso anual.
Igual o mayor del 301% del nivel de pobreza Federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 10% de su ingreso anual.

Se le ha explicado que a todo paciente se le establecerá un límite o tope de cargos al año según su ingreso y que cuando llegue al tope, no se le requerirá que pague cargos adicionales en esta clínica. Se le ha informado que es importante que el paciente presente evidencia al Recaudador de la clínica de todos sus gastos médicos, tales como co-pagos, deducibles, co-aseguros, primas de seguros de salud, pagos a otros proveedores por servicios para el VIH u otra condición de salud y otros cargos similares.

Certifico que el paciente se ha comprometido a enviar o traer evidencia de todos sus gastos de salud para ser acreditados a la escala de tarifas y descuentos que me corresponda según mi ingreso y que ha sido orientado sobre que está Clínica no puede negarle servicios de salud, por falta de pago de los cargos que le corresponden pagar.

_____ _____

Nombre del Manejador de Casos Firma del Manejador de Casos

_____

Fecha

ANEJO 2

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

ESTABLECIMIENTO DE LAS TARIFAS AJUSTADAS:
ESCALA DE CARGOS Y LÍMITE O TOPE ANUAL DE CARGOS

I. Nombre del Solicitante:_____, núm. de Expediente_____, certifico que:

II. Seguro de Salud (marcar todas las que apliquen):

_____Plan de Salud del Gobierno (PSG) _____Plan Médico Privado

_____Medicare _____No posee seguro Médico

III. Ingreso:

$_____ingreso con el que el paciente fue elegible a Medicaid, CHIP o Estatal indicado en la **Notificación de Decisión** otorgada por el Programa Medicaid o en la declaración de ingreso individual anual que reporte el paciente. (Si la **Notificación de Decisión** otorgada por el Programa de Medicaid excede el 100% del nivel de pobreza federal se deberá realizar un cálculo adicional tomando en consideración **solamente** el ingreso individual del paciente según establecido por HRSA para la imposición de cargos)

IV. Establecimiento de Límite o Tope Anual de Responsabilidad de Pago:	
Ingreso Anual Ajustado del Paciente***	$
Por ciento	%
Límite o Tope Anual de Cargos	$

***Utilizar la Tabla de Ingresos de Elegibilidad para calcular nivel de pobreza federal**

_____ _____
Nombre y Firma de Manejo de Caso **Fecha**

***Aviso Para Los Pacientes ***

Este Centro de Salud desea informarle que atiende a todo paciente, sin importar su capacidad de pago.

Tabla de Ingresos de Elegibilidad para calcular nivel de pobreza federal 2025*

Tamaño del hogar	100%	200%	300%	400%
1	$15,650.00 $1,304.00	$31,300.00 $2,608.00	$46,950.00 $3,913.00	$ 62,600.00 $5,217.00
2	$21,150.00 $1,762.50	$42,300.00 $3,525.00	$63,450.00 $5,288.00	$84,600.00 $7,050.00
3	$26,650.00 $2,221.00	$53,300.00 $4,442.00	$79,950.00 $6,663.00	$106,600.00 $8,883.00
4	$32,150.00 $2,679.00	$64,300.00 $5,358.00	$96,450.00 $8,038.00	$128,600.00 $10,717.00
5	$37,650.00 $3,138.00	$75,300.00 $6,275.00	$112,950.00 $9,413.00	$150,600.00 $12,550.00
6	$43,150.00 $3,596.00	$86,300.00 $7,192.00	$129,450.00 $10,788.00	$172,600.00 $14,383.00
7	$48,650.00 $4,054.00	$97,300.00 $8,108.00	$145,950.00 $12,163.00	$194,600.00 $16,217.00
8	$54,150.00 $4,513.00	$108,300.00 $9,025.00	$162,450.00 $13,583.00	$216,600.00 $18,050.00

Para familias u hogares con más de 8 personas, se debe añadir $5,500 anuales y $458.33 mensuales por persona

* Nota: Las cantidades del recuadro corresponden al ingreso anual (arriba) y al ingreso mensual (debajo).

Fuente: Tabla basada en *2025 Annual Federal Poverty Guidelines*
Publicada en https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

ANEJO 3

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Cálculo de gastos médicos para el descuento aplicable a los servicios médicos de VIH:

_____
CPTET

Nombre del Paciente	dd/mm/año	Número de Récord
Límite o Tope Anual de Cargos	Co-Pago/deducible de plan médico si aplica	Cargo por servicio (Paciente sin Plan Médico)

Rastreo de gastos médicos

Fecha (dd/mm/año)	Servicio médico	Cargos/pagos	Balance

Fecha (dd/mm/año)	Servicio médico	Cargos/pagos	Balance

***No aplica para pacientes con el Plan de Seguro del Gobierno (PSG).**

_____
Nombre del Recaudador

_____
Firma del Recaudador

_____
Fecha