

Résumé de l'aide financière

Le Montefiore Medical Center reconnaît qu'il arrive que les patients ayant besoin de soins aient du mal à payer les services fournis. L'aide financière offre des réductions aux personnes éligibles en fonction de leur revenu et de la taille de la famille. De plus, nous pouvons vous aider à faire une demande d'assurance gratuite ou à faible coût si vous y êtes éligible. Il suffit de contacter un représentant de l'aide financière au 914-361-6899, rendez-vous au 12 North^{7th} Avenue Mt. Vernon, NY 10550, ou envoyez MVFinancialAssistance@montefiore.org par email pour une assistance gratuite et confidentielle. Plus d'informations sur la police d'aide financière sont disponibles sur <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>. Vous pouvez également recevoir une demande gratuitement par courrier.

Qui peut bénéficier d'une réduction ?

L'aide financière est disponible pour les patients sans assurance maladie ou avec une couverture d'assurance santé limitée qui résident dans la zone de service principale du centre médical (État de New York).

Le Centre médical Montefiore propose également des modalités de paiement aux patients qui bénéficient d'une assurance mais dont ils ont des frais à leur charge qu'ils ne peuvent pas assumer ou considèrent comme des difficultés.

Toute personne dans l'État de New York ayant besoin de services d'urgence ou médicalement nécessaires peut recevoir des soins et bénéficier d'une réduction.

Vous ne pouvez pas être privé de soins d'urgence ou médicalement nécessaires parce que vous avez besoin d'une aide financière. Vous pouvez demander une réduction quel que soit votre statut d'immigration.

Quelles sont les limites de revenus ?

Le montant de la réduction varie en fonction de votre revenu et de la taille de votre famille. Si vous n'avez pas d'assurance santé ou une assurance santé limitée, voici les limites de revenus :

Annexe A : Niveau fédéral de pauvreté et taux d'aide financière

2026					
Niveau fédéral de pauvreté	1	2	3	4	5
Taille de la famille	EN DESSOUS DE 200 %	200%-300%	301%-400%	401%-500%	plus de 500 %
1	\$31,920	\$47,880	\$63,840	\$79,800	
2	\$43,280	\$64,920	\$86,560	\$108,200	
3	\$54,640	\$81,960	\$109,280	\$136,600	
4	\$66,000	\$99,000	\$132,000	\$165,000	
5	\$77,360	\$116,040	\$154,720	\$193,400	
6	\$88,720	\$133,080	\$177,440	\$221,800	
7	\$100,080	\$150,120	\$200,160	\$250,200	
8	\$111,440	\$167,160	\$222,880	\$278,600	
Pour chaque personne supplémentaire, Ajoute.	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$28,400	
* Basé sur les directives fédérales de pauvreté de 2026					

Que se passe-t-il si je ne respecte pas les plafonds de revenu ?

Si vous ne pouvez pas payer votre facture, le Montefiore Medical Center propose une catégorie d'aide financière pour tous ceux qui postulent. Le pourcentage de la réduction dépend de votre revenu annuel et de la taille de votre famille. Nous proposons également des plans de paiement étendus et le paiement mensuel ne dépassera pas dix pour cent de votre revenu mensuel. Une réduction de courtoisie est disponible pour les patients dépassant 500 % du seuil fédéral de pauvreté. Des réductions par paiement direct sont également disponibles pour les services non médicalement nécessaires.

Quelqu'un peut-il expliquer la réduction ? Quelqu'un peut-il m'aider à postuler ?

Oui, une aide gratuite et confidentielle est disponible. Appelez l'aide financière au 914-361-6899.

Si vous ne parlez pas anglais, quelqu'un vous aidera dans votre propre langue. Les candidatures, résumés et la politique complète sont également disponibles en plusieurs langues gratuitement.

Le représentant de l'aide financière peut vous dire si vous êtes éligible à une assurance gratuite ou à faible coût, comme Medicaid, Child Health Plus ou un plan de santé qualifié (pendant l'inscription ouverte).

Si le représentant de l'aide financière constate que vous n'êtes pas éligible à une assurance à bas coût, il vous aidera à demander une réduction.

Le représentant vous aidera à remplir tous les formulaires et vous indiquera quels documents vous devez apporter.

Veillez consulter le site ci-dessous ou <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> pour obtenir des informations supplémentaires ou de l'aide.

12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10550 ou envoyez votre demande par e-mail à MVFinancialAssistance@montefiore.org.

De quoi ai-je besoin pour demander une réduction ?

Preuve de revenu acceptable :

- Déclaration de chômage
- Lettre d'attribution de la Sécurité sociale/Pension
- Bulletins de paie/lettre de vérification d'emploi
- Lettre de soutien
- Lettre d'auto-attestation (dans les circonstances appropriées)
- Déclaration fiscale ou W2

Tous les services médicalement nécessaires fournis par le Montefiore Medical Center sont couverts par la réduction. Cela inclut les services ambulatoires, les soins d'urgence et les admissions d'urgence en hospitalisation.

Les frais provenant de *médecins* privés qui fournissent des services à l'hôpital peuvent ne pas être pris en charge. Vous devriez consulter des médecins privés pour voir s'ils proposent une réduction ou un plan de paiement. Pour une liste des prestataires et pour savoir s'ils participent ou non au programme d'aide financière du Centre médical, veuillez consulter notre site internet à <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> ou contacter le bureau d'aide financière, qui pourra vous être fourni en personne ou par courrier.

Combien dois-je payer ?

Le montant pour un service ambulatoire ou les urgences commence à 0 \$ pour les enfants et les femmes enceintes, selon vos revenus. Le montant pour le service ambulatoire ou les urgences commence à partir de 15 \$ pour les adultes, selon vos revenus.

Un représentant en aide financière vous fournira les détails de votre ou vos remises spécifiques une fois votre demande traitée.

Les patients ne seront pas facturés au-delà des montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou autres soins médicaux nécessaires.

Comment obtenir une réduction ?

Vous devez remplir le formulaire de candidature. Dès que nous aurons une preuve de vos revenus, nous pourrons traiter votre demande de réduction en fonction de votre niveau de revenu. Vous disposerez de 30 jours pour remplir la demande.

Vous pouvez demander une réduction avant d'avoir un rendez-vous, lorsque vous venez à l'hôpital pour recevoir des soins, ou lorsque la facture arrive par la poste.

Envoyez le formulaire rempli à Montefiore Mount Vernon 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10550 / Bureau d'aide financière / Caissiers principaux.

Une fois la demande complétée et la documentation déposées, vous pouvez ignorer les factures jusqu'à ce que l'hôpital ait rendu une décision sur votre demande.

Comment saurai-je si j'ai été approuvé pour la remise ?

Le Centre Médical Montefiore vous enverra une lettre dans les 30 jours suivant la validation et la soumission des documents, vous informant de votre approbation et du niveau de réduction reçu.

Que se passe-t-il si je reçois une facture en attendant de savoir si je peux obtenir une réduction ?

Vous ne pouvez pas être obligé de payer une facture d'hôpital pendant que votre demande de réduction est en cours d'examen. Si votre demande est refusée, l'hôpital doit vous expliquer par écrit les raisons et vous fournir un moyen de faire appel de cette décision devant un niveau supérieur au sein de l'hôpital.

Et si j'ai un problème que je ne peux pas résoudre avec l'hôpital ?

Vous pouvez appeler la ligne d'assistance aux plaintes du Département de la Santé de l'État de New York au 1-800-804-5447.

Montefiore

Demande d'aide financière de l'hôpital uniforme de l'État de New York

Vous pourriez être éligible à une aide financière hospitalière pour payer vos factures si vous n'êtes pas assuré, si votre assurance est épuisée, ou si vous avez une assurance santé mais que vous avez une preuve de frais médicaux payés totalisant plus de 10 % de vos revenus.

Remplir ce formulaire ouvrira le début de votre demande d'aide financière hospitalière. Ce formulaire est utilisé par tous les hôpitaux de l'État de New York.

Cette demande doit être imprimée dans la langue principale parlée par les patients pris en charge par l'hôpital.

Nom du patient (informations complètes applicables)

Nom du patient (prénom, deuxième, nom de famille)		
Date de naissance (mm/dd/aaaa)		
Adresse	Appartement/Unité #	
Ville	État	Zip
Contact Phone #		
Parent/Tuteur ou Nom du représentant légal (si le patient est un enfant mineur ou un adulte inapte)		
Adresse e-mail (le cas échéant)		

Informations sur la famille :

Veillez lister ci-dessous tous les membres de votre famille dans votre foyer. Votre foyer inclut vous-même, votre conjoint ou partenaire de fait, ainsi que tous les enfants ou autres personnes à charge. Par exemple, cela inclurait tous ceux qui figurent sur la même déclaration fiscale.

Le revenu brut signifie votre revenu **avant que** les impôts ne soient déduits.

Le revenu brut peut se composer de revenus de travail (salaires, salaires, pourboires, revenus issus de l'auto-travail), de revenus non gagnés (sécurité sociale, invalidité et allocations chômage), de cotisations (fonds provenant de la famille ou d'amis) et d'autres sources de revenus (aide temporaire et revenus de sécurité complémentaire).

Nom complet	Relation	Revenu brut total (actuel)
	Self	

¹ « Langues primaires » inclut toute langue utilisée pour communiquer dans au moins 5 % des visites de patients par an, ou toute langue parlée par plus de 1 % de la population de la zone de service hospitalier principal, calculée à partir des informations démographiques disponibles par le Bureau du recensement des États-Unis, complétées par des données des systèmes scolaires.

L'hôpital peut vous demander de fournir des documents comme preuve de revenu ; des exemples de documents peuvent inclure une fiche de paie, une lettre de votre employeur si applicable, ou le formulaire 1040.

Statut de l'assurance santé

Avez-vous une quelconque forme d'assurance santé, y compris Medicaid, Medicare ou une assurance privée via votre employeur ou achetée vous-même ? Oui Non

Si vous répondez « Non », souhaiteriez-vous de l'aide pour postuler à l'un de ces programmes ?

Oui Non

Patients sous-assurés : personnes avec une assurance et des frais médicaux élevés. Si vous avez une assurance, veuillez fournir une estimation des factures médicales que vous avez payées au cours des 12 derniers mois.

\$

L'hôpital peut vous demander de fournir des documents comme preuve des frais médicaux payés.

Patient/Partie responsable : Si ce n'est pas le patient, indiquez le nom de la personne signant le formulaire et son autorité à signer au nom du patient (par exemple, conjoint, parent, représentant légal).

Je comprends que les informations que je sou mets peuvent être vérifiées par des sources externes. Je certifie que les informations sont vraies et complètes selon ma connaissance.

Nom imprimé	Date
Relation avec le patient	
Signature	