

LËNDA: POLITIKA E NDIHMËS FINANCIARE

NUMRI:

PRONAR: ZYRA E PRESIDENTIT

**EFEKTIVE
DATA:** 11/2013

**RISHIKUAR
DATA:** 04/26

ZËVENDËSON:
2/20, 4/20, 2/22,
4/22, 4/23, 4/24, 1/25,
4/25

REFERENCA:

QËLLIMI:

Montefiore Mount Vernon udhëhiqet nga një mision për të ofruar kujdes me cilësi të lartë për të gjithë pacientët e tij. Ne jemi të përkushtuar t'u shërbejmë të gjithë pacientëve, përfshirë ata në zonën tonë të shërbimit që nuk kanë mbulim të sigurimit shëndetësor dhe që nuk mund të paguajnë për të gjithë ose një pjesë të kujdesit thelbësor që marrin. Ne jemi të përkushtuar të trajtojmë të gjithë pacientët me dhembshuri, nga shtrati në zyrën e faturimit, duke përfshirë përpjekjet tona për mbledhjen e pagesave. Për më tepër, ne jemi të përkushtuar të avokojmë për akses të zgjeruar në mbulimin e kujdesit shëndetësor për të gjithë njujorkezët.

Ne jemi të përkushtuar të mbajmë një politikë të asistencës financiare (FAP) që është në përputhje me misionin dhe vlerat e saj dhe që merr parasysh aftësinë e një individi për të paguar për shërbimet e kujdesit shëndetësor të nevojshme mjekësore. Kjo politikë do të përbëjë Politikën zyrtare të Ndihmës Financiare (sipas kuptimit të Seksionit 501 (r) të Kodit të të Ardhurave të Brendshme të vitit 1986, i ndryshuar, Seksioni 1.501 (r) i rregulloreve të Shërbimit të të Ardhurave të Brendshme të shpallura sipas saj dhe Ligji i Shëndetit Publik të Nju Jorkut).

Përkufizimet:

Shumat e faturuara përgjithësisht (AGB): shumat e tarifave të faturuara përgjithësisht për shërbimet e mbuluara të ofruara për individët që kanë sigurim që mbulon një kujdes të tillë. Spitali përdor një përqindje të tarifave bruto (përqindja e AGB) dhe ka zgjedhur të përdorë metodën e "shikimit prapa" për të përcaktuar AGB. Në përgjithësi, në llogaritjen e përqindjes AGB sipas metodës së shikimit prapa, Spitali duhet të përfshijë pretendimet e lejuara gjatë një periudhe të mëparshme 12-mujore nga: (a) Shërbimi me tarifë Medicare; (b) Tarifa e shërbimit të Medicare dhe të gjithë siguresit privatë shëndetësorë që paguajnë dëme në objektin spitalor; ose (c) Medicaid, ose vetëm ose në kombinim me tarifën e shërbimit të Medicare ose tarifën e shërbimit të Medicare dhe të gjithë siguresit shëndetësorë privatë që paguajnë pretendime në spital. Ju lutemi referojuni grafikëve në Shtojcën A të kësaj Politike për më shumë informacion ose kontaktoni një Këshilltar Financiar në 914-365-3812.

Periudha e aplikimit: periudha gjatë së cilës Spitali duhet të pranojë dhe përpunojë një aplikim për ndihmë

financiare sipas FAP.

Afati i faturimit: data pas së cilës Spitali mund të iniciojë një ECA (siç përcaktohet) kundër një individi përgjegjës (siç përcaktohet) i cili nuk ka paraqitur një aplikim për ndihmë financiare sipas FAP. Afati i faturimit duhet të specifikohet në një njoftim me shkrim për individin përgjegjës të dhënë të paktën 30 ditë para këtij afati.

Gjendja emergjente: një gjendje mjekësore që ka rezultuar nga fillimi i papritur i një gjendjeje shëndetësore me simptoma akute të ashpërsisë së mjaftueshme (përfshirë dhimbjen e fortë) të cilat, në mungesë të kujdesit të menjëhershëm mjekësor, kanë të ngjarë të vendosin shëndetin e pacientit në rrezik serioz, të rezultojnë në dëmtim serioz të funksioneve trupore ose të rezultojnë në mosfunksionim serioz të çdo organi ose pjese trupore.

Kujdesi mjekësor urgjent: kujdesi mjekësor që kërkohet të ofrohet për kushtet emergjente në përputhje me Aktin e Trajtimit Mjekësor Urgjent dhe Punës, seksioni 1867 i Aktit të Sigurimeve Shoqërore (42 USC 1395dd) për individët, pavarësisht nga përshtatshmëria e tyre për Ndihmë Financiare sipas kësaj politike. Më konkretisht, Kujdesi Mjekësor Urgjent i referohet shërbimeve që kërkohet të ofrohen sipas Nënkapitullit G të Kapitullit IV të Titullit 42 të Kodit të Rregulloreve Federale dhe Thesarit. § 1.501 (r)-4 (c) (ose çdo rregulloje pasardhëse), në masën që rregulloret e tilla janë të zbatueshme për Spitalin.

Veprimi i Jashtëzakonshëm i Mbledhjes (ECA): veprimet e ndërmarra nga Spitali kundër një individi në lidhje me marrjen e pagesës së një faturë për kujdesin e mbuluar nga ky FAP. (d.m.th., sekuestrimi i pagave ose shitja e detyruar e shtëpisë kryesore).

Individi i pranueshëm për FAP: një individ i kualifikuar për ndihmë financiare sipas kësaj politike pa marrë parasysh nëse individi ka aplikuar për ndihmë financiare.

Spitali: Montefiore Mount Vernon dhe entitetet e tij të lidhura në thelb.

Të nevojshme mjekësorisht: sipas Qendrave për Medicare dhe Medicaid, shërbimet ose furnizimet që janë të përshtatshme dhe të nevojshme për diagnostikimin ose trajtimin e gjendjes suaj mjekësore, ofrohen për diagnostikimin, kujdesin e drejtpërdrejtë dhe trajtimin e gjendjes suaj mjekësore, plotësojnë standardet e praktikës së mirë mjekësore në zonën lokale dhe nuk janë kryesisht për lehtësinë tuaj ose mjekut tuaj.

Departamenti i Llogarive të Pacientëve: njësi operative e Spitalit përgjegjëse për faturimin dhe mbledhjen e llogarive të vetëpagesës për shërbimet spitalore.

Përmbledhje e gjuhës së thjeshtë të FAP (PLS): një deklaratë me shkrim që njofton një individ se institucioni spitalor ofron ndihmë financiare sipas një FAP dhe ofron informacionin e nevojshëm në gjuhë që është e qartë, koncize dhe e lehtë për t'u kuptuar. PLS duhet të ofrohet në marrje ose shkarkim dhe në çdo faturë që njofton një individ përgjegjës për një ECA të mundshme.

Individi përgjegjës: pacienti dhe çdo individ tjetër që ka përgjegjësi financiare për llogarinë e pacientit. Mund të ketë më shumë se një individ përgjegjës.

Shërbimet e mbuluara: Kujdesi mjekësor urgjent (siç përcaktohet) ose shërbime të tjera të nevojshme mjekësore (siç përcaktohen) të ofruara për spitalet spitalore dhe ambulatorë të spitalit.

Procedurat zgjedhore: Kirurgjia zgjedhore ose procedura zgjedhore është operacion që planifikohet paraprakisht sepse nuk përfshin urgjencë mjekësore.

Autoriteti i miratimit: Udhëheqja e lartë (e cila përfshin Ndhmës Zëvendës Presidentin e Ciklit të të Ardhurave; Zëvendës President i Asociuar, Shërbimet Profesionale; Zëvendës President, Cikli i të Ardhurave ose CFO) që kanë autoritetin për të dhënë miratimin e përjashtimit për çdo rast jashtë asaj që mbulohet në policë.

UDHËZIMET E POLITIKAVE:

Kjo politikë synohet të zbatohet për shërbimet e mbuluara të ofruara brenda Montefiore Mount Vernon. Ai ofron udhëzime për administrimin e ndihmës financiare për pacientët që kërkojnë kujdes urgjent dhe mjekësor të nevojshëm për të cilët nuk kanë mbulim të mjaftueshëm të sigurimit shëndetësor ose pas shterimit të të gjitha burimeve të pagesës së sigurimit. Ndhma financiare u ofrohet pacientëve me paaftësi të demonstruar për të paguar, në kontrast me mungesën e vullnetit për të paguar, e cila konsiderohet borxh i keq.

Kjo politikë mbulon spitalin Montefiore Mount Vernon.

Ju lutemi shihni Shtojcën B për objektet e tjera të kujdesit shëndetësor të mbuluara nga kjo politikë. Nëse një vend nuk është i listuar, një pacient mund t'i dërgojë email departamentit të ndihmës financiare në NRFfinancialAssistance@montefiore.org ose telefononi/vizitoni ndonjë nga zyrat e ndihmës financiare në 16 Guion Place, New Rochelle, NY (Zyra kryesore e Arkëtarëve) 914-365-3812.

Politika rishikohet çdo vit.

Siç kërkohet nga ligji federal, shërbimet që ofrohen në vendet e Qendrës Shëndetësore të Kualifikuar Federale (FQHC) për pacientët i nënshtrohen Rrjetit Shëndetësor të Komunitetit Bronx (BCHN) dhe politikës së shkallës së tarifave rrëshqitëse të Programeve Pediatrike të Komunitetit (JF15.1). Për më tepër, në përputhje me legjislacionin e Programit Ryan White HIV/AIDS, personat që jetojnë me HIV/AIDS me të ardhura të ardhura familjare ose të ardhura të pacientëve më pak se ose të barabarta me 100% të nivelit federal të varfërisë nuk do të tarifohen për shërbimet e marra në Qendrën për Klinikën e Jetesës Pozitive/Sëmundjeve Infektive".

Pacientëve nuk mund t'u refuzohet pranimi ose trajtimi/shërbimet për shkak të një faturë mjekësore të papaguar.

1. Ndhma financiare do të jetë në dispozicion për:

- Pacientët e pasiguruar dhe të pasiguruar që banojnë në zonën kryesore të shërbimit të spitalit që marrin shërbime të nevojshme mjekësore ose kujdes urgjent (shih Shtojcën A për grafikun e ndihmës financiare, nivelet dhe zonën e shërbimit parësor të mbuluar për secilin entitet)
- Pacientët që banojnë në zonën e shërbimit kryesor të spitalit që shteruan përfitimet e tyre mjekësore për kujdesin e nevojshëm mjekësor ose urgjent.

- Përveç shërbimeve të urgjencës, pacientët duhet të banojnë brenda zonës së shërbimit parësor të spitalit që një shërbim i caktuar të kualifikohet kategorikisht për ndihmë financiare.
- Pranueshmëria për ndihmë financiare për kujdesin jo-emergjent për jorezidentët e shtetit të Nju Jorkut do të përcaktohet rast pas rasti dhe kërkon miratimin e udhëheqjes së lartë.
- Nëse pacienti miratohet për të marrë ndihmë financiare si përjashtim, ata do të kontrollohen duke përdorur të njëjtat kritere si pacientët që banojnë në zonën e shërbimit parësor (të ardhurat bruto dhe madhësia e familjes të lidhura me nivelin federal të varfërisë).
- Procedurat zgjedhore që nuk konsiderohen të nevojshme mjekësorisht (p.sh. kirurgjia estetike, trajtimi i infertilitetit) nuk kanë të drejtë për ndihmë financiare. Pacientët mund të marrin një normë vetëpagese për shërbimet e pambuluara.
- Pacientët që kanë sigurim shëndetësor, por kanë shpenzuar më shumë se 10% të të ardhurave të tyre për shpenzime mjekësore nga xhepi dhe janë në ose nën 400% të FPL kanë gjithashtu të drejtë për ndihmë financiare
- Fëmijët kujdestarë që banojnë në shtëpi grupe
- Llogaritë e kthiera nga një agjenci grumbullimi dytësore ku informacioni FPL është i disponueshëm dhe pacientët janë nën 200% të FPL

2. Politika e Ndhmës Financiare ndjek udhëzimet e EMTALA.

3. Kjo politikë e ndihmës financiare zbatohet gjithashtu për shërbimet e nevojshme mjekësore të pambuluara dhe tarifat e pambuluara për ditë që tejkalojnë një kufi të kohëzgjatjes së qëndrimit për pacientët ose të kualifikuar ose të mbuluar nga Medicaid që përndryshe plotësojnë kriteret e politikës së spitalit.

4. Që nga 1 janari 2018, tarifat për shërbimet që refuzohen nga një pagues i Medicaid HMO si të pambuluara do të konsiderohen gjithashtu për kujdesin bamirës.

5. Çdo përjashtim nga kufijtë do të bëhet rast pas rasti dhe kërkon miratim.

6. Spitali nuk vendos kufi për shërbimet bazuar në gjendjen mjekësore të pacientit.

7. Zyra e ndihmës financiare ku pacientët mund të aplikojnë për ndihmë ndodhet në: 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Zyra e Arkëtarëve Kryesorë, 914-361-6899.

Kopjet në letër të politikës së ndihmës financiare, përmbledhjes së ndihmës financiare dhe/ose aplikimit për ndihmë financiare janë në dispozicion sipas kërkesës, pa pagesë, me postë ose me e-mail. Kërkesat për e-mail mund t'i dërgohen MVFinancialAssistance@montefiore.org.

Kopjet janë gjithashtu të disponueshme në faqen e internetit të çdo objekti në

<http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.

Informacioni rreth Ndhmës Financiare do të jetë i disponueshëm në shkarkim pas përmbledhjes së vizitës.

8. Përcaktimi i përshtatshmërisë për ndihmë financiare do të bëhet sa më herët në procesin e planifikimit dhe planifikimit të kujdesit. Këshilltarët do të ndihmojnë çdo pacient që ka nevojë për ndihmë për plotësimin e aplikimeve për ndihmë financiare. Shërbimet e urgjencës nuk do të vonohen kurrë në pritje të përcaktimeve financiare. Pacientët mund të aplikojnë për ndihmë financiare para shërbimeve ose pas marrjes së një faturë. Pacientët gjithashtu mund të aplikojnë për ndihmë financiare pasi një faturë të jetë dërguar në një agjenci mbledhjeje. Nuk ka afat se kur një pacient mund të kërkojë të plotësojë një aplikim për ndihmë financiare.
9. Miratimet e ndihmës financiare do të jenë të vlefshme për një vit. Pacientët do të rivlerësohen për ndihmë financiare çdo vit.
10. Pacientët ose palët financiarisht përgjegjëse pritët të bashkëpunojnë me spitalin për të aplikuar për mbulim të disponueshëm të sigurimit publik (p.sh., Medicaid, Child Health Plus dhe Planet e Kualifikuara Shëndetësore (gjatë regjistrimit të hapur) nëse konsiderohet potencialisht i pranueshëm. Pranueshmëria e ndihmës financiare nuk varet nga plotësimi i një aplikimi Medicaid dhe as një vendim nuk do të vonohet në pritje të një vendimi të Medicaid.
11. Të ardhurat bruto të familjes ose pacientit të lidhura me udhëzimet e publikuara të të ardhurave të nivelit federal të varfërisë të rregulluara për madhësinë e familjes do të përdoren për të përcaktuar përshtatshmërinë për ndihmë financiare. Vendimet bazohen vetëm në të ardhurat vjetore. Asetet nuk merren parasysh.
12. Spitali do të verifikojë të ardhurat aktuale. Dëshmia e pranueshme e të ardhurave të familjes ose pacientëve është si më poshtë:
 - Letër e Sigurimeve Shoqërore/Pensionit
 - Deklarata e papunësisë
 - Fletëpagesat / letër verifikimi i punësimit
 - Letër mbështetjeje
 - Letër vërtetimi që shpjegon të ardhurat, mbështetjen dhe/ose situatën aktuale financiare nëse nuk ka prova të tjera të të ardhurave
 - Deklaratat tatimore ose W2 (nëse pacienti kërkon të japë si dëshmi të të ardhurave, por kjo nuk është dokumentacion i kërkuar)
13. Përshtatshmëria e supozuar mund të bazohet gjithashtu në pranueshmërinë e mëparshme të FAP, ose spitali mund të përdorë regjistrimin në disa programe publike të specifikuara të testuara me mjete për të përcaktuar se individët janë të kualifikuar për FAP, duke përfshirë:

- Programet e recetave të financuara nga shteti.
- Të pastrehë ose të marrë kujdes nga një klinikë e të pastrehë.
- Pjesëmarrja në programet e grave, foshnjave dhe fëmijëve (WIC).
- Pranueshmëria e pullave ushqimore.
- Pranueshmëria e programit të subvencionuar të drekës shkollore.
- Pranueshmëria për programe të tjera të ndihmës shtetërore ose lokale që janë të pafinancuara (p.sh., shpenzimet e Medicaid).
- Strehimi me të ardhura të ulëta/i subvencionuar ofrohet si adresë e vlefshme; dhe
- Pacienti është i vdekur pa pasuri të njohur.
- Pacienti ka të drejtë për shërbimet e urgjencës Medicaid dhe u pa në dhomën e urgjencës ose u pranua në mënyrë të hershme, por Medicaid refuzoi pretendimin (përfshijon transplantin dhe CAR-T).
- Pacienti është i miratuar për programin e Asistencës së Pacientit dhe ka faturat e mëparshme që nuk mbulohen nga miratimi për programin e ndihmës së grantit ose bashkëpagesës.
- Fëmijët kujdestarë që banojnë në shtëpi grupore
- Mbylljet e agjencisë dytësore ku informacioni FPL është i disponueshëm dhe pacienti është nën 200% të FPL

14. Spitali mund të përdorë analiza parashikuese për të ndihmuar në përcaktimin e kujdesit bamiër në mungesë të aplikimeve të plotësuara për ndihmë financiare. Gjetje të tilla nuk do ta konsiderojnë një pacient të papërshtatshëm për ndihmë financiare. Nëse një pacient plotëson një aplikim për ndihmë financiare me dokumentacion që tregon se të ardhurat e tij (lloji i të ardhurave) janë më të ulëta se kategoria e përcaktuar duke përdorur analizën parashikuese, përgjegjësia financiare e pacientit do të reduktohet më tej në shumën më të ulët.
15. Staf i financiar do të jetë në dispozicion për të ndihmuar në konsultimet e ndihmës financiare. Aplikimet për ndihmë financiare do të shqyrtohen dhe do të vendosen menjëherë dhe brenda 30 ditëve të punës për shërbimet jo-emergjente. Pacientët kanë 30 ditë për të apeluar një vendim fillestar të ndihmës financiare. Pacientët do të marrin vendimet e ndihmës financiare me postë, me njoftim në fund të letres së miratimit/refuzimit që shpjegon se si të apelojnë vendimin. Pacientët këshillohen të shpërfillin çdo faturë të marrë gjatë procesit të aplikimit. Llogaritë për pacientët që kanë plotësuar aplikimet për ndihmë financiare nuk do të dërgohen në koleksione ndërsa aplikimet janë në proces. Individit përgjegjës që apelon vendimet e ndihmës financiare duhet të sigurojë prova të të ardhurave dhe shpenzimeve aktuale të familjes ose pacientëve. Individit përgjegjës ka 30 ditë kohë për të plotësuar aplikimet e apelit dhe do të njoftohet për vendimet me postë brenda 30 ditëve nga dorëzimi i aplikimeve për apel. Bazuar në informacionin e dhënë, pacientët mund të vlerësohen për reduktime të mëtejshme ose plane pageze të zgjatura.

16. Njoftimi për politikat e ndihmës financiare të spitalit do t'u komunikohet pacientëve, stafit dhe agjencive lokale të shërbimit të komunitetit. Politika e ndihmës financiare të spitalit do të jetë e disponueshme në shumë gjuhë (gjuhët e disponueshme në varësi të objektit që po përdorni) për çdo palë që kërkon informacion të tillë në vendet e mëposhtme:
- Pranimi i zyrave
 - Zyrat e biznesit
 - Zyra e regjistrimit të dhomës së urgjencës
 - Faqja e internetit e spitalit: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
 - Me postë sipas kërkesës
 - Duke kontaktuar: 914-361-6899
 - Duke dërguar email: MVFinancialAssistance@montefiore.org

Disponueshmëria e Ndhmës Financiare publikohet në sa vijon, por pa u kufizuar në listën e mëposhtme:

- Për të gjitha deklaratat e spitalit
- Tabelat janë vendosur në hyrje që këshillojnë pacientët për vendndodhjen e dhomave për ndihmë financiare
- Ekranet elektronike në kompjuterët e All Associates dhe televizorët e dhomës së pritjes
- Faqja e internetit e spitalit: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
- Si një pyetje dhe paketë informative mbi shërbimin vjetor jo-klinik
- Sinjalistika e murit në Departamentin e Urgjencës, Zyrën e Pranimi, zyrat e faturimit dhe Medicaid dhe zona të tjera regjistrimi dhe pritjeje

I gjithë stafi mbështetës i brendshëm dhe i jashtëm i pacientëve është i trajnuar për politikën e ndihmës financiare. Një shërbim në shërbim ofrohet në të gjitha zonat me udhëzime se ku të dërgohen pacientët që kanë nevojë për ndihmë.

17. Individit të përgjegjshëm i ofrohen plane pagese nëse ata nuk janë në gjendje të bëjnë pagesa bazuar në normën e vetëpagesës plotësisht.
18. Spitali mban një politikë të veçantë faturimi dhe mbledhjeje. Mund të gjendet në faqen e internetit të spitalit, ose mund të kërkohet një kopje e shtypur duke kontaktuar zyrën e ndihmës financiare.
19. Individët përgjegjës do të marrin një njoftim me shkrim 30 ditë përpara se ndonjë llogari të përcillet në një agjenci mbledhjeje ose fillimin e ndonjë ECA për dështimin për të kërkuar ose plotësuar një aplikim për ndihmë financiare ose dështimin për të bërë pagesa në një bilanc të ndihmës financiare. Duhet të bëhet gjithashtu një përpjekje e arsyeshme për të njoftuar me gojë individin përgjegjës me telefon në numrin e fundit të njohur të telefonit.
20. Spitali ndalon mbledhjet kundër çdo pacienti që ka të drejtë për Medicaid në kohën e shërbimeve të ofruara.
21. Spitali mund të faturojë pacientin kur ata nuk janë në përputhje me përditësimin e Koordinimit të Përfitimeve (COB) dhe/ose nuk janë në përputhje me sigurimin pa faj.

22. Të gjitha burimet e jashtme të mbështetjes së pacientëve të spitalit kanë një kopje të politikës së ndihmës financiare dhe do të referojnë çdo pacient që ka nevojë për ndihmë përsëri në spital për vlerësim dhe ulje të një faturë bazuar në të ardhurat vjetore dhe madhësinë e familjes.
23. Spitali mat pajtueshmërinë përmes auditimeve gjashtëmujore të zonave të marrjes dhe regjistrimit për të siguruar që sinjalistika dhe përmbledhjet të jenë të postuara dhe të disponueshme dhe që bashkëpunëtorët të jenë të vetëdijshëm se spitali ofron ndihmë financiare.
24. Ndihma e plotë financiare do t'u jepet pacientëve me fatura të papaguara dhe mbulim aktual të Medicaid.
25. Ndihma e plotë financiare do t'u jepet pacientëve që janë të pastrehë. Raportet e ambulancës mund të jenë një burim referimi nëse dokumentohet në raport se pacienti është pa vend.
26. Ndihma e plotë financiare do t'u jepet të miturve të pasiguruar dhe të pasiguruar që marrin kujdes në klinikat shëndetësore shkollore të spitalit.
27. Statusi i imigracionit nuk është një kriter që përdoret për të përcaktuar përshtatshmërinë.
28. Deklaratat e spitalit do të pasqyrojnë ndihmën financiare të zbatueshme ose shumat e vetëpagesës.
29. Spitali nuk përdor masa të jashtëzakonshme grumbullimi. Masat e jashtëzakonshme të mbledhjes që nuk përdorim përfshijnë:
 - Raportimi në agjencitë e kreditit
 - Shitja e detyruar e banesës kryesore
 - Vendosni lidhjet
 - Shisni borxhin
 - Refuzoni shërbimin për shkak të faturave mjekësore të papaguara
 - Garniturimi i pagave
 - Padi
 - Veprimi ligjor
30. Pacientët me ndonjë ankesë në lidhje me politikën ose procesin e ndihmës financiare të spitalit mund të telefonojnë linjën telefonike të ankesave të Departamentit të Shëndetit të Shtetit të Nju Jorkut në 1-800-804-5447. Ky informacion përfshihet edhe në letrat e mohimit.
31. Spitali do të sigurojë që përkthimet e FAP, PLS dhe Aplikacionit do të bëhen në gjuhën kryesore të folur nga individët që përdorin spitalin që përbëjnë më pak nga 1,000 njerëz ose 5% të komunitetit të shërbyer.

Çdo përjashtim nga kufijtë e mësipërm do të bëhet rast pas rasti dhe kërkon miratimin e udhëheqjes së lartë. Në zbatimin e kësaj politike, menaxhmenti dhe objektet e spitalit duhet të jenë në përputhje me të gjitha ligjet, rregullat dhe rregulloret e tjera federale, shtetërore dhe lokale që mund të zbatohen për aktivitetet e kryera në përputhje me këtë politikë.

Shtojca A: Niveli federal i varfërisë dhe normat e ndihmës financiare

2026					
Niveli federal i varfërisë	1	2	3	4	5
Madhësia e familjes	NËN 200%	200%-300%	301%-400%	401%-500%	mbi 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	
Për çdo person shtesë Shtoni.	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$28,400	
* Bazuar në Udhëzimet Federale të Varfërisë 2026					

Pikat kryesore:

- Zona kryesore e shërbimit të Montefiore Mount Vernon është shteti i Nju Jorkut. Pacientët që banojnë jashtë shtetit të Nju Jorkut që marrin kujdes urgjent kanë të drejtë për ndihmë financiare.
- Pacientët me borxhe të mëparshme në spital nuk përjashtohen nga ndihma financiare.
- Pacientët që marrin kujdes ambulator nuk përjashtohen nga ndihma financiare.
- Ndihma është e disponueshme për pacientët me fatura të mëdha mjekësore nëse ata përndryshe nuk kualifikohen për kujdes falas ose me zbritje. Përfaqësuesit e Shërbimeve Financiare të Pacientëve do të ndihmojnë pacientët me opsionet e disponueshme.
- Për tarifatat spitalore deri në 500% të FPL ka një krahasim me shumën e faturuar përgjithësisht dhe pacienti është përgjegjës për më të voglën nga të dyja.
- Një krahasim i % AGB me normën e kategorisë së ndihmës financiare është përfunduar për pacientët që bien në ose nën 100% të FPL deri në 500% të FPL. Shuma e kufizuar për shërbimet spitalore në shtojcën A është si më poshtë (deri në 500% të FPL):
 - Shkalla e vizitave në ED nuk duhet të kalojë 47% të tarifave spitalore të bëra.
 - Shkalla e kirurgjisë ambulatorie nuk duhet të kalojë 27% të tarifave spitalore të bëra.
 - Vizita në klinikë / patologjia / ambulatorie e referuar nuk duhet të kalojë 14% të tarifave spitalore të bëra.
 - Shkalla e pranimet spitalor urgjent nuk duhet të kalojë 28% të tarifave spitalore të bëra.

I pasiguruar

Nivelet e çmimeve	% FPL	Vizitat në dhomën e urgjencës Montefiore Mount Vernon
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	\$ 700
5	>500%	\$ 1500

Nivelet e çmimeve	% FPL	Pranimet spitalore urgjente Montefiore Mount Vernon
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	11,000 dollarë për shkarkim
5	>500%	16,000 dollarë për shkarkim

Nivelet e çmimeve	% FPL	Vizitat në klinikën e Montefiore Mount Vernon (për vendet e praktikës, klinikat e shëndetit mendor, vizitat në zyrën e onkologjisë, klinikën renale, laboratorin dhe patologjinë)
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	200 dollarë
5	>500%	350 dollarë

Nivelet e çmimeve	% FPL	Montefiore Mount Vernon Procedurat e nevojshme mjekësore-ambulatorore (përveç gastrointestinalit)
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	3,500 dollarë për procedurat
5	>500%	5,000 dollarë për procedurë

Nivelet e çmimeve	% FPL	Montefiore Mount Vernon Procedurat e nevojshme mjekësore-gastrointestinal
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	1800 dollarë për procedura
5	>500%	2,500 dollarë për procedurë

Nivelet e çmimeve	% FPL	Radiologjia Montefiore Mount Vernon: Rrezet X
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	\$ 50
5	>500%	Zbritja e vetëpagesës në normën e dëmshpërblimit 100% të Kryqit Blu

Nivelet e çmimeve	% FPL	Radiologjia Montefiore Mount Vernon: Ultratinguj
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	\$ 100
5	>500%	Zbritja e vetëpagesës në normën e dëmshtëpërblimit 100% të Kryqit Blu

Nivelet e çmimeve	% FPL	Radiologjia Montefiore Mount Vernon: Mamografia
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	130 dollarë
5	>500%	Zbritja e vetëpagesës në normën e dëmshtëpërblimit 100% të Kryqit Blu

Nivelet e çmimeve	% FPL	Montefiore Mount Vernon: Tomografia e kompjuterizuar (CT)
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	250 dollarë
5	>500%	Zbritja e vetëpagesës në normën e dëmshtëpërblimit 100% të Kryqit Blu

Nivelet e çmimeve	% FPL	Radiologjia Montefiore Mount Vernon: MRI
1	Nën 200%	\$ 0
2	200-300%	10% e Medicaid
3	301-400%	20% e Medicaid
4	401-500%	\$ 550
5	>500%	Zbritja e vetëpagesës në normën e dëmshpërblimit 100% të Kryqit Blu

Të pasiguruar

Pacientët që kanë sigurim shëndetësor, por kanë shpenzuar më shumë se 10% të tyre të ardhurat nga mjekësia nga xhepi

Niveli i të ardhurave	Pagesa
. Nën 200% FPL	Heqja dorë nga të gjitha tarifat
200% - 300% FPL	10% e shumës që do të ishte paguar në përputhje me ndarjen e kostos së sigurimit të këtij pacienti.
301% - 400% FPL	20% e shumës që do të ishte paguar në përputhje me ndarjen e kostos së sigurimit të këtij pacienti.