

<b>OBJET :</b> POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE	<b>NUMÉRO :</b>	
<b>PROPRIÉTAIRE :</b>	BUREAU DU PRÉSIDENT	
<b>EFFICACE</b> <b>DATE :</b> 11/2013	<b>RÉVISÉ</b> <b>DATE :</b> 04/26	<b>SUPPLANTE :</b> 2/20, 4/20, 2/22, 4/22, 4/23, 4/24, 1/25, 4/25
<b>RÉFÉRENCE :</b>		

**OBJECTIF :**

Montefiore Mount Vernon est guidé par la mission de fournir des soins de haute qualité à tous ses patients. Nous nous engageons à servir tous les patients, y compris ceux de notre zone de service qui ne disposent pas d'une assurance santé et qui ne peuvent pas payer tout ou partie des soins essentiels qu'ils reçoivent. Nous nous engageons à traiter tous les patients avec compassion, du chevet au bureau de facturation, y compris dans nos efforts de recouvrement des paiements. De plus, nous nous engageons à défendre un accès accru à la couverture santé pour tous les New-Yorkais.

Nous nous engageons à maintenir une politique d'aide financière (FAP) conforme à sa mission et à ses valeurs, et qui prend en compte la capacité d'un individu à financer des services médicaux nécessaires. Cette politique constituera la politique officielle d'aide financière (au sens de l'article 501(r) du Code des impôts de 1986, tel que modifié, de l'article 1.501(r) du règlement de l'Internal Revenue Service promulgué en vertu de celle-ci et de la loi sur la santé publique de New York).

**Définitions :**

**Montant généralement facturé (AGB) :** les montants généralement facturés pour les services couverts fournis aux personnes dont l'assurance couvre ces soins. L'hôpital utilise un pourcentage des frais bruts (le pourcentage de l'AGB) et a choisi d'utiliser la méthode de « rétrospection » pour déterminer l'AGB. En général, lors du calcul du pourcentage de l'AGB selon la méthode de rétrospection, l'hôpital doit inclure les demandes autorisées durant une période antérieure de 12 mois par : (a) paiement à l'honoraire Medicare ; (b) Medicare payant à l'acte et tous les assureurs santé privés qui versent les réclamations à l'établissement hospitalier ; ou (c) Medicaid, seul ou en combinaison avec le paiement à l'acte de Medicare ou le paiement à l'acte de Medicare et tous les assureurs santé privés qui versent les réclamations à l'hôpital. Veuillez consulter les graphiques en pièce jointe A à cette politique pour plus d'informations ou contacter un conseiller financier au 914-365-3812.

**Période de demande :** la période durant laquelle l'hôpital doit accepter et traiter une demande d'aide financière en vertu du FAP.

**Date limite de facturation** : la date après laquelle l'hôpital peut initier une ECA (telle que définie) contre une personne responsable (telle que définie) qui n'a pas soumis de demande d'aide financière au titre de la FAP. La date limite de facturation doit être spécifiée dans un avis écrit à la personne responsable fourni au moins 30 jours avant cette échéance.

**Condition d'urgence** : une affection médicale résultant de l'apparition soudaine d'un trouble de santé présentant des symptômes aigus suffisamment sévères (y compris une douleur intense) qui, en l'absence d'une attention médicale immédiate, sont raisonnablement susceptibles de mettre la santé du patient en grave danger, d'entraîner une altération grave des fonctions corporelles ou de dysfonctionnement important de tout organe ou partie du corps.

**Soins médicaux d'urgence** : soins médicaux obligatoires pour les conditions d'urgence conformément à la loi sur le traitement médical d'urgence et le travail, section 1867 de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd), aux individus, indépendamment de leur éligibilité à l'aide financière en vertu de cette politique. Plus précisément, les soins médicaux d'urgence désignent les services qui doivent être fournis en vertu du sous-chapitre G du chapitre IV du titre 42 du Code of Federal Regulations et du Treas. Reg. § 1.501(r)-4(c) (ou de tout règlement successeur), dans la mesure où ces règlements s'appliquent à l'hôpital.

**Action de recouvrement extraordinaire (ECA)** : actions prises par l'Hôpital contre une personne concernant l'obtention du paiement d'une facture de soins couverts par ce FAP. (c'est-à-dire saisie de salaire ou vente forcée de la résidence principale).

**Personne éligible au FAP** : une personne éligible à une aide financière en vertu de cette politique, sans distinction qu'elle ait demandé ou non.

**Hôpital** : Montefiore Mount Vernon et ses entités substantiellement apparentées.

**Médicalement nécessaires** : selon les Centers for Medicare et Medicaid, les services ou fournitures appropriés et nécessaires au diagnostic ou au traitement de votre condition médicale sont fournis pour le diagnostic, les soins directs et le traitement de votre maladie, respectent les normes de bonnes pratiques médicales locales, et ne sont pas principalement destinés à votre commodité ni à celle de votre médecin.

**Département des comptes patients** : l'unité opérationnelle de l'hôpital responsable de la facturation et de la collecte des comptes à paiement direct pour les services hospitaliers.

**Résumé en langage clair du FAP (PLS)** : une déclaration écrite qui informe une personne que l'établissement hospitalier offre une aide financière dans le cadre d'un FAP et fournit les informations nécessaires dans un langage clair, concis et facile à comprendre. Le PLS doit être proposé à l'admission ou à la sortie et dans toute facture informant un Individu Responsable d'une éventuelle ECA.

**Individu responsable** : le patient et toute autre personne ayant la responsabilité financière du compte du patient. Il peut y avoir plus d'un individu responsable.

**Services couverts** : Soins médicaux d'urgence (tels que définis) ou autres services médicalement nécessaires (tels que définis) fournis aux patients hospitalisés et ambulatoires de l'hôpital.

**Interventions électives** : La chirurgie ou intervention élective est une intervention programmée à l'avance car elle ne comporte pas d'urgence médicale.

**Autorité d'approbation** : Direction supérieure (qui inclut Vice-Président adjoint du cycle des revenus ; Vice-président associé, services professionnels ; Vice-Président, Cycle des Revenus ou CFO) qui ont

l'autorité de fournir l'approbation d'exception pour toute instance en dehors de ce qui est couvert par la police.

### **DIRECTIVES DE POLITIQUE :**

Cette politique s'applique aux services couverts rendus à Montefiore Mount Vernon. Elle fournit des lignes directrices pour l'administration d'une aide financière aux patients nécessitant des soins d'urgence et médicaux nécessaires qui ne couvrent pas une assurance santé suffisante ou après avoir épuisé toutes les sources de paiement de l'assurance. Une aide financière est accordée aux patients manifestement incapables de payer, contrairement à une réticence à payer, considérée comme une créance douteuse.

Cette police couvre l'hôpital Montefiore Mount Vernon.

Veillez consulter la pièce jointe B pour les autres établissements de santé couverts par cette politique. Si un site n'est pas listé, un patient peut envoyer un e-mail au service d'aide financière à [NRFfinancialAssistance@montefiore.org](mailto:NRFfinancialAssistance@montefiore.org) ou appeler/visiter l'un des bureaux d'aide financière à 16 Guion Place, New Rochelle, NY (bureau principal de la caisse) 914-365-3812.

La police est révisée chaque année.

Comme l'exige la loi fédérale, les services fournis dans les centres de santé fédéraux qualifiés (FQHC) aux patients sont soumis au Bronx Community Health Network (BCHN) et à la politique d'échelle tarifaire mobile des programmes communautaires pédiatriques (JF15.1). De plus, conformément à la législation du programme Ryan White sur le VIH/SIDA, les personnes vivant avec le VIH/SIDA dont les revenus du ménage ou les revenus des patients sont inférieurs ou égaux à 100 % du seuil fédéral de pauvreté ne seront pas facturés pour les services reçus à la Center for Positive Living/Infectious Disease Clinic. »

Les patients ne peuvent pas se voir refuser l'admission ou les traitements/services en raison d'une facture médicale impayée.

1. L'aide financière sera disponible pour :

- Patients non assurés ou sous-assurés résidant dans la zone de service principale de l'hôpital recevant des services médicalement nécessaires ou des soins d'urgence (voir la pièce jointe A pour le tableau de l'aide financière, les niveaux et la zone de service primaire couverte pour chaque entité)
- Des patients résidant dans la zone de service principale de l'hôpital qui ont épuisé leurs prestations médicales pour des soins médicalement nécessaires ou urgents.
- À l'exception des services d'urgence, les patients doivent résider dans la zone principale de service de l'hôpital pour qu'un service particulier soit catégoriquement éligible à une aide financière.

- L'éligibilité à l'aide financière pour les soins non urgents des non-résidents de l'État de New York sera déterminée au cas par cas et nécessite l'approbation de la haute direction.
  - Si le patient est approuvé pour recevoir une aide financière en exception, il sera dépisté selon les mêmes critères que ceux des patients résidant dans la zone principale de service (revenu brut et taille de la famille liés au seuil fédéral de pauvreté).
  - Les interventions électives jugées non médicalement nécessaires (par exemple, chirurgie esthétique, traitement de l'infertilité) ne sont pas éligibles à l'aide financière. Les patients peuvent obtenir un tarif à paiement direct pour les services non couverts.
  - Les patients qui ont une assurance santé mais qui ont dépensé plus de 10 % de leurs revenus en frais médicaux de leur poche et qui sont à 400 % ou moins du FPL sont également éligibles à une aide financière
  - Enfants placés / enfants résidant dans des foyers de groupe
  - Des comptes retournés d'une agence de recouvrement secondaire où les informations FPL sont disponibles, et les patients représentent moins de 200 % du FPL
2. La politique d'aide financière suit les directives de l'EMTALA.
  3. Cette politique d'aide financière s'applique également aux services médicalement nécessaires non couverts et aux frais non couverts pour les jours dépassant la durée limite de séjour pour les patients éligibles ou couverts par Medicaid qui remplissent autrement les critères de la politique de l'hôpital.
  4. Depuis le 1er janvier 2018, les frais pour les services refusés par un payeur HMO Medicaid comme non couverts seront également pris en compte pour les soins caritatifs.
  5. Toute exception aux limites doit être faite au cas par cas et nécessite une approbation.
  6. L'hôpital ne limite pas les services en fonction de l'état médical du patient.
  7. Le bureau d'aide financière où les patients peuvent demander de l'aide se trouve à : 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Bureau principal des caissiers, 914-361-6899.

Des copies papier de la politique d'aide financière, du résumé de l'aide financière et/ou de la demande d'aide financière sont disponibles sur demande, gratuitement, par courrier ou par e-mail. Les demandes par e-mail peuvent être envoyées à [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org).

Des copies sont également disponibles sur le site web de chaque établissement à <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.

Les informations sur l'aide financière seront disponibles à la sortie lors du résumé après visite.

8. La détermination de l'éligibilité à l'aide financière sera faite dès que possible dans le processus de planification et de planification des soins. Les conseillers aideront tous les patients ayant besoin d'aide pour remplir les demandes d'aide financière. Les services d'urgence ne seront jamais retardés en attendant des décisions financières. Les patients peuvent demander une aide financière avant ou après avoir reçu une facture. Les patients peuvent également demander une aide financière après qu'une facture a été envoyée à une agence de recouvrement. Il n'y a pas de date limite pour qu'un patient puisse demander à remplir une demande d'aide financière.
9. Les approbations d'aide financière seront valables pendant un an. Les patients seront réévalués chaque année pour une aide financière.
10. Les patients ou les parties financièrement responsables sont tenus de coopérer avec l'hôpital pour faire une demande d'assurance publique disponible (par exemple, Medicaid, Child Health Plus et Qualified Health Plans (pendant l'inscription ouverte)) si cela est jugé potentiellement éligible. L'éligibilité à l'aide financière ne dépend pas de la complétion d'une demande Medicaid et une décision ne sera pas retardée en attendant une décision Medicaid.
11. Le revenu brut du ménage ou du patient lié aux directives fédérales de revenu sur le seuil de pauvreté publiées, ajusté à la taille des familles, doit être utilisé pour déterminer l'éligibilité à l'aide financière. Les décisions sont basées uniquement sur le revenu annuel. Les actifs ne sont pas pris en compte.
12. L'hôpital doit vérifier les revenus actuels. La preuve acceptable du revenu du ménage ou des patients est la suivante :
  - Lettre d'attribution de la Sécurité sociale/pension
  - Déclaration de chômage
  - Bulletins de paie/lettre de vérification d'emploi
  - Lettre de soutien
  - Lettre d'attestation expliquant les revenus, la pension alimentaire et/ou la situation financière actuelle si aucune autre preuve de revenu n'est disponible
  - Déclarations fiscales ou W2 (si le patient demande à fournir comme preuve de revenu, mais ce n'est pas une documentation requise)
13. L'éligibilité présumée peut également être fondée sur une éligibilité antérieure au FAP, ou l'hôpital peut utiliser l'inscription à certains programmes publics soumis à conditions de ressources spécifiés pour déterminer présomptivement que les individus sont éligibles au FAP, notamment :

- Des programmes d'ordonnance financés par l'État.
  - Sans-abri ou recevant des soins dans une clinique pour sans-abri.
  - Participation aux programmes pour femmes, nourrissons et enfants (WIC).
  - Éligibilité au ticket alimentaire.
  - Éligibilité au programme de repas subventionnés.
  - Éligibilité à d'autres programmes d'aide étatiques ou locaux non financés (par exemple, les dépenses de Medicaid).
  - Le logement à faible revenu ou subventionné est fourni comme adresse valide ; et
  - Le patient est décédé sans succession connue.
  - Le patient est éligible aux services d'urgence Medicaid et a été vu aux urgences ou admis d'urgence, mais Medicaid a refusé la demande (excluant la greffe et le CAR-T).
  - Le patient est approuvé pour le programme d'assistance aux patients et a des factures antérieures non couvertes par l'approbation de la subvention ou du programme d'aide au ticket parti.
  - Enfants placés / enfants résidant dans des foyers de groupe
  - Clôtures d'agence secondaire où les informations FPL sont disponibles et où le patient est inférieur à 200 % du FPL
14. L'hôpital peut utiliser l'analyse prédictive pour aider à déterminer les soins caritatifs en l'absence de demandes d'aide financière remplies. De telles conclusions ne rendront pas un patient inéligible à une aide financière. Si un patient remplit une demande d'aide financière avec des documents démontrant que son revenu (type de revenu) est inférieur à la catégorie déterminée par analyse prédictive, la responsabilité financière du patient sera encore réduite au montant inférieur.
15. Le personnel financier sera disponible pour aider lors des consultations sur l'aide financière. Les demandes d'aide financière seront examinées et examinées rapidement et dans un délai de 30 jours ouvrables pour les services non urgents. Les patients disposent de 30 jours pour faire appel d'une décision initiale d'aide financière. Les patients recevront les décisions d'aide financière par courrier, avec une notification en bas de la lettre d'approbation/refus expliquant comment faire appel de la décision. Il est conseillé aux patients d'ignorer toute facture reçue pendant qu'une demande est en cours. Les comptes des patients ayant rempli des demandes d'aide financière ne doivent pas être envoyés en recouvrement pendant le traitement des demandes. La personne responsable faisant appel des décisions d'aide financière doit fournir la preuve des revenus et dépenses actuels du ménage ou des patients. La personne responsable dispose de 30 jours pour remplir les demandes d'appel et sera informée des décisions par courrier dans les 30 jours suivant le dépôt des demandes d'appel. Sur la base des informations fournies, les patients peuvent être évalués pour des réductions supplémentaires ou des plans de paiement prolongés.
16. L'avis des politiques d'aide financière de l'hôpital doit être communiqué aux patients, au personnel et aux agences locales de services communautaires. La politique d'aide financière de

l'hôpital doit être disponible en plusieurs langues (langues disponibles selon l'établissement utilisé) à toute partie recherchant ces informations aux endroits suivants :

- Bureaux d'admission
- Bureaux d'affaires
- Bureau d'enregistrement des urgences
- Site de l'hôpital : <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
- Par courrier sur demande
- En contactant : 914-361-6899
- En envoyant un e-mail : [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org)

La disponibilité de l'aide financière est annoncée sur la liste suivante mais sans s'y limiter :

- Sur tous les relevés hospitaliers
- Des panneaux sont affichés aux entrées pour informer les patients de l'emplacement des chambres pour une aide financière
- Écrans électroniques sur tous les ordinateurs associés et téléviseurs de salle d'attente
- Site de l'hôpital : <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
- En tant que question et paquet d'information sur le service annuel non clinique
- Signalisation murale dans le service des urgences, le bureau d'admission, les bureaux de facturation et Medicaid ainsi que dans d'autres zones d'enregistrement et d'attente

Tout le personnel de soutien interne et externe aux patients est formé à la politique d'aide financière. Un service en service est fourni à toutes les zones avec des instructions sur l'endroit où envoyer les patients ayant besoin d'aide.

17. Un Individu Responsable se voit proposer des plans de paiement s'il ne peut pas effectuer les paiements basés sur le taux de paiement direct en totalité.
18. L'hôpital maintient une politique de facturation et de recouvrement distincte. Il est disponible sur le site web de l'hôpital, ou une copie papier peut être demandée en contactant le bureau d'aide financière.
19. Les personnes responsables recevront un avis écrit 30 jours avant que tout compte ne soit transmis à une agence de recouvrement ou l'ouverture d'une ECA pour non-demande ou remplissage d'une demande d'aide financière ou non-paiement d'un solde d'aide financière. Un effort raisonnable pour informer oralement la personne responsable par téléphone au dernier numéro de téléphone connu doit également être fait.
20. L'hôpital interdit les recouvrements de tout patient éligible à Medicaid au moment des services rendus.
21. L'hôpital peut facturer aux patients lorsqu'ils ne respectent pas la mise à jour de la Coordination des Prestations (COB) et/ou ne respectent pas l'assurance sans faute / indemnisation des travailleurs.
22. Toutes les ressources externes de soutien aux patients de l'hôpital disposent d'une copie de la politique d'aide financière et renverront tout patient ayant besoin d'aide à l'hôpital pour évaluation et réduction d'une facture basée sur le revenu annuel et la taille de la famille.

23. L'hôpital mesure la conformité par des audits semestriels des zones d'admission et d'inscription afin de garantir que la signalisation et les résumés sont affichés et disponibles, et que les associés sont informés que l'hôpital offre une aide financière.
24. Une aide financière complète sera accordée aux patients ayant des factures personnelles impayées et une couverture Medicaid en cours.
25. L'aide financière complète sera accordée aux patients sans-abri. Les rapports d'ambulance peuvent servir de référence si le rapport indique que le patient est non domicilié.
26. L'aide financière complète sera accordée aux mineurs non assurés ou sous-assurés recevant des soins dans les cliniques scolaires de l'hôpital.
27. Le statut d'immigration n'est pas un critère utilisé pour déterminer l'éligibilité.
28. Les relevés de l'hôpital indiqueront les montants applicables à l'aide financière ou au paiement direct.
29. L'hôpital n'utilise pas de mesures de collecte extraordinaires. Les mesures extraordinaires de collecte que nous n'utilisons pas incluent :
  - Rapport aux agences de crédit
  - Vente forcée de résidence principale
  - Place Liens
  - Vendre la dette
  - Service de refus en raison de factures médicales impayées
  - Saisie des salaires
  - Sue
  - Action en justice
30. Les patients ayant des plaintes concernant la politique ou le processus d'aide financière de l'hôpital peuvent appeler la ligne d'urgence des plaintes du Département de la Santé de l'État de New York au 1-800-804-5447. Ces informations sont également incluses dans les lettres de refus.
31. L'hôpital veillera à ce que les traductions des FAP, des PLS et des Applications soient faites dans la langue principale parlée par les personnes utilisant l'hôpital, soit le moins de 1 000 personnes, soit 5 % des services communautaires.

Toute exception aux limites ci-dessus doit être faite au cas par cas et nécessite l'approbation de la haute direction. Dans la mise en œuvre de cette politique, la gestion et les installations hospitalières doivent se conformer à toutes les autres lois, règles et règlements fédéraux, étatiques et locaux pouvant s'appliquer aux activités menées conformément à cette politique.

## 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	
<b>* Basé sur les directives fédérales de pauvreté de 2026</b>					

Points forts :

- La principale zone de desserte de Montefiore Mount Vernon est l'État de New York. Les patients résidant en dehors de l'État de New York et recevant des soins d'urgence sont éligibles à une aide financière.
- Les patients ayant déjà des dettes à l'hôpital ne sont pas exclus de l'aide financière.
- Les patients recevant des soins ambulatoires ne sont pas exclus de l'aide financière.
- Une aide est disponible pour les patients ayant des factures médicales importantes s'ils ne sont pas éligibles à des soins gratuits ou à prix réduit. Les représentants des Services financiers aux patients aideront les patients à proposer les options disponibles.
- Pour les tarifs hospitaliers allant jusqu'à 500 % du FPL, il existe une comparaison avec le montant généralement facturé et le patient est responsable du moindre des deux.
- Une comparaison du pourcentage de BPG avec le taux de catégorie d'aide financière est réalisée pour les patients qui se situent à 100 % ou moins du FPL jusqu'à 500 % du FPL. Le montant plafonné pour les services hospitaliers en Attachement A est le suivant (jusqu'à 500 % du FPL) :
  - Le taux de visites aux urgences ne doit pas dépasser 47 % des frais hospitaliers encourus.
  - Le taux de chirurgie ambulatoire ne doit pas dépasser 27 % des frais hospitaliers encourus.
  - Les visites en clinique, en pathologie ou en ambulatoire orienté ne doivent pas dépasser 14 % des frais hospitaliers encourus.
  - Le taux d'admission en hospitalisation d'urgence ne doit pas dépasser 28 % des frais hospitaliers encourus.

## Non assuré

Niveaux de tarification	% FPL	Visites aux urgences de Montefiore Mount Vernon
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	700 \$
5	>500 %	1500 \$

Niveaux de tarification	% FPL	Admissions d'urgence en hospitalisation à Montefiore Mount Vernon
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	11 000 \$ par décharge
5	>500 %	16 000 \$ par décharge

Niveaux de tarification	% FPL	Visites de clinique à Montefiore Mount Vernon (pour les lieux de cabinet, les cliniques de santé mentale, les consultations en oncologie, la clinique rénale, le laboratoire et la pathologie)
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	200 \$
5	>500 %	350 \$

<b>Niveaux de tarification</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Procédures médicalement nécessaires - Ambulatoire (hors gastro-intestin)</b>
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	3 500 \$ pour les interventions
5	>500 %	5 000 \$ par procédure

<b>Niveaux de tarification</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Procédures médicalement nécessaires - Gastro-intestin</b>
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	1800 \$ pour les procédures
5	>500 %	2 500 \$ par intervention

<b>Niveaux de tarification</b>	<b>% FPL</b>	<b>Radiologie Montefiore Mount Vernon : Radiographie</b>
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	50 \$
5	>500 %	La remise sur le paiement direct au taux d'indemnité Blue Cross de 100 %

<b>Niveaux de tarification</b>	<b>% FPL</b>	<b>Radiologie Montefiore Mount Vernon : Échographie</b>
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	100 \$
5	>500 %	La remise sur le paiement direct au taux d'indemnité Blue Cross de 100 %

<b>Niveaux de tarification</b>	<b>% FPL</b>	<b>Radiologie Montefiore Mount Vernon : Mammographie</b>
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	130 \$
5	>500 %	La remise sur le paiement direct au taux d'indemnité Blue Cross de 100 %

<b>Niveaux de tarification</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon : Tomographie Numérique (CT)</b>
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	250 \$
5	>500 %	La remise sur le paiement direct au taux d'indemnité Blue Cross de 100 %

<b>Niveaux de tarification</b>	<b>% FPL</b>	<b>Radiologie Montefiore Mount Vernon : IRM</b>
1	En dessous de 200 %	0 \$
2	200-300%	10 % de Medicaid
3	301-400%	20 % de Medicaid
4	401-500%	550 \$
5	>500 %	La remise sur le paiement direct au taux d'indemnité Blue Cross de 100 %

**Sous-assurés**

**Les patients qui ont une assurance santé, mais qui ont dépensé plus de 10 % de leur Revenu sur les frais médicaux à la charge**

<b>Niveau de revenu</b>	<b>Paiement</b>
<b>En dessous de 200 % FPL</b>	Renoncer à toutes les charges
<b>200 % - 300 % FPL</b>	10 % du montant qui aurait été payé dans le cadre du partage des frais d'assurance du patient.

<b>301 % - 400 % FPL</b>	20 % du montant qui aurait été versé dans le cadre du partage des coûts d'assurance du patient en question.
--------------------------	---

Approuvé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Colleen Blye  
Vice-Président exécutif, CFO & CBO