

<b>OGGETTO:</b> POLITICA DI AIUTI FINANZIARI	<b>NUMERO:</b>	
<b>PROPRIETARIO:</b>	UFFICIO DEL PRESIDENTE	
<b>EFFICACE</b> <b>DATA:</b> 11/2013	<b>REVISIONATO</b> <b>DATA:</b> 04/26	<b>SUPERA:</b> 2/20, 4/20, 2/22, 4/22, 4/23, 4/24, 1/25, 4/25
<b>RIFERIMENTO:</b>		

**SCOPO:**

Montefiore Mount Vernon è guidato dalla missione di fornire cure di alta qualità a tutti i suoi pazienti. Siamo impegnati a servire tutti i pazienti, inclusi quelli nella nostra area di servizio che non hanno copertura assicurativa sanitaria e che non possono pagare tutte o parte delle cure essenziali che ricevono. Siamo impegnati a trattare tutti i pazienti con compassione, dal letto del paziente all'ufficio fatturazione, compresi i nostri sforzi di riscossione dei pagamenti. Inoltre, siamo impegnati a promuovere un accesso ampliato alla copertura sanitaria per tutti i newyorkesi.

Siamo impegnati a mantenere una Politica di Assistenza Finanziaria (FAP) coerente con la sua missione e i suoi valori e che consideri la capacità dell'individuo di pagare i servizi sanitari medicamente necessari. Questa politica costituirà la politica ufficiale di assistenza finanziaria (ai sensi della Sezione 501(r) del Codice delle Entrate del 1986, come modificato, della Sezione 1.501(r) dei regolamenti dell'Internal Revenue Service promulgati ai sensi di essa e della Legge sulla Sanità Pubblica di New York).

**Definizioni:**

**Importi generalmente fatturati (AGB):** gli importi generalmente addebitati per i Servizi Coperti forniti a persone che hanno un'assicurazione che copre tali cure. L'ospedale utilizza una percentuale delle spese lorde (la percentuale AGB) e ha scelto di utilizzare il metodo "look-back" per determinare l'AGB. Generalmente, nel calcolo della percentuale AGB con il metodo di revisione precedente, l'Ospedale deve includere le richieste ammesse durante un precedente periodo di 12 mesi da: (a) servizio a pagamento Medicare; (b) Medicare fee-for-service e tutti gli assicuratori sanitari privati che pagano i sinistri alla struttura ospedaliera; oppure (c) Medicaid, sia da solo che in combinazione con il pagamento a pagamento per servizio Medicare o il pagamento per servizio Medicare e tutti gli assicuratori sanitari privati che pagano i sinistri all'ospedale. Per maggiori informazioni si prega di consultare i grafici in Allegato A a questa Politica o contattare un consulente finanziario al numero 914-365-3812.

**Periodo di Applicazione:** il periodo durante il quale l'Ospedale deve accettare ed elaborare una domanda di assistenza finanziaria ai sensi del FAP.

**Scadenza di fatturazione:** la data successiva alla quale l'ospedale può avviare un ECA (come definito) contro un Individuo Responsabile (come definito) che non ha presentato una domanda di assistenza finanziaria ai sensi del FAP. La scadenza di fatturazione deve essere specificata in un avviso scritto all'Individuo Responsabile fornito almeno 30 giorni prima di tale scadenza.

**Condizione Emergente:** una condizione medica derivante dall'insorgenza improvvisa di una condizione di salute con sintomi acuti di sufficiente gravità (incluso dolore intenso) che, in assenza di assistenza medica immediata, sono ragionevolmente probabili a mettere seriamente a rischio la salute del paziente, causare gravi compromissioni alle funzioni corporee o una grave disfunzione di qualsiasi organo o parte del corpo.

**Assistenza medica d'emergenza:** assistenza medica richiesta per condizioni emergenti ai sensi dell'Emergency Medical Treatment and Labor Act, sezione 1867 del Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd) agli individui, indipendentemente dalla loro idoneità all'assistenza finanziaria ai sensi di questa politica. Più specificamente, l'Assistenza Medica d'Emergenza si riferisce ai servizi richiesti ai sensi del sottocapitolo G del Capitolo IV del Titolo 42 del Codice dei Regolamenti e del Tesoro Federale. Reg. § 1.501(r)-4(c) (o qualsiasi regolamento successivo), nella misura in cui tali regolamenti sono applicabili all'Ospedale.

**Azione Straordinaria di Riscossione (ECA):** azioni intraprese dall'Ospedale contro un individuo relative all'ottenimento del pagamento di una fattura per cure coperte da questa FAP. (cioè, pignoramento di stipendio o vendita forzata della casa principale).

**Individuo idoneo al FAP:** un individuo idoneo all'assistenza finanziaria ai sensi di questa Polizza senza considerare se ha fatto domanda o meno.

**Ospedale:** Montefiore Mount Vernon e le sue entità sostanzialmente correlate.

**Necessari dal punto di vista medico:** secondo i Centers for Medicare e Medicaid, i servizi o forniture adeguati e necessari per la diagnosi o il trattamento della tua condizione medica sono forniti per la diagnosi, la cura diretta e il trattamento della tua condizione, rispettano gli standard di buona pratica medica nella zona locale e non sono principalmente per la comodità tua o del tuo medico.

**Dipartimento Conti Paziente:** l'unità operativa dell'ospedale responsabile della fatturazione e della riscossione dei conti a pagamento diretto per i servizi ospedalieri.

**Riepilogo in linguaggio semplice del FAP (PLS):** una dichiarazione scritta che notifica che la struttura ospedaliera offre assistenza finanziaria tramite un FAP e fornisce le informazioni necessarie in un linguaggio chiaro, conciso e facile da comprendere. Il PLS deve essere offerto all'ingresso o al rilascio e in qualsiasi fattura che notifichi un Individuo Responsabile di un possibile ECA.

**Individuo responsabile:** il paziente e qualsiasi altro individuo che abbia la responsabilità finanziaria del conto del paziente. Potrebbero esserci più di una persona responsabile.

**Servizi coperti:** Cure Mediche d'Emergenza (come definite) o altri servizi Medicamento Necessari (come definiti) forniti ai pazienti ricoverati e ambulatoriali dell'ospedale.

**Procedure elettive:** la chirurgia elettiva o procedura elettiva è un intervento programmato in anticipo perché non comporta un'emergenza medica.

**Autorità di Approvazione:** Leadership Senior (che include Vice Presidente Assistente del Ciclo delle Entrate; Vicepresidente Associato, Servizi Professionali; Vice President, Revenue Cycle o CFO) che hanno

l'autorità di fornire l'approvazione delle eccezioni per qualsiasi caso al di fuori di quanto coperto dalla polizza.

### **LINEE GUIDA POLITICHE:**

Questa polizza si applica ai servizi coperti erogati all'interno di Montefiore Mount Vernon. Fornisce linee guida per l'amministrazione di assistenza finanziaria ai pazienti che necessitano di cure di emergenza e mediche necessarie e che non dispongono di una copertura assicurativa sanitaria sufficiente o dopo aver esaurito tutte le fonti di pagamento assicurativo. L'aiuto finanziario viene fornito ai pazienti che dimostrano un'incapacità di pagamento, a differenza della riluttanza a pagare, che è considerata indebito indebitato.

Questa polizza copre l'Ospedale Montefiore Mount Vernon.

Si prega di consultare l'Allegato B per altre strutture sanitarie coperte da questa politica. Se un sito non è elencato, il paziente può scrivere al dipartimento di aiuti finanziari a [NRFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:NRFinancialAssistance@montefiore.org) oppure chiamare/visitare uno degli uffici di aiuti finanziari presso 16 Guion Place, New Rochelle, NY (Ufficio principale della cassa) 914-365-3812.

La polizza viene revisionata annualmente.

Come richiesto dalla legge federale, i servizi forniti presso i centri federalmente qualificati (FQHC) ai pazienti sono soggetti alla Bronx Community Health Network (BCHN) e alla politica di tariffe a tariffa variabile dei Community Pediatric Programs (JF15.1). Inoltre, in conformità con la legislazione del Ryan White HIV/AIDS Program, le persone che vivono con HIV/AIDS con reddito familiare o reddito da pazienti inferiori o uguali al 100% della soglia federale di povertà non saranno addebitate per i servizi ricevuti presso la Center for Positive Living/Infectious Disease Clinic".

I pazienti non possono essere negati in ammissione o trattamenti/servizi a causa di una fattura medica non pagata.

1. L'aiuto finanziario sarà disponibile per:

- Pazienti non assicurati e sottoassicurati residenti nell'area di servizio principale dell'ospedale che ricevono servizi medici necessari o cure d'emergenza (Vedi l'Allegato A per la tabella degli aiuti finanziari, i livelli e l'area di servizio primaria coperta per ciascuna entità)
- Pazienti residenti nell'area di servizio principale dell'ospedale che hanno esaurito i loro benefici medici per cure medicamente necessarie o di emergenza.
- Ad eccezione dei servizi di emergenza, i pazienti devono risiedere all'interno dell'area di servizio principale dell'ospedale affinché un determinato servizio sia categoricamente idoneo all'aiuto finanziario.

- L'idoneità all'assistenza finanziaria per l'assistenza non urgente per i non residenti dello Stato di New York sarà determinata caso per caso e richiederà l'approvazione della leadership senior.
- Se il paziente viene approvato per ricevere assistenza finanziaria come eccezione, verrà sottoposto a screening utilizzando gli stessi criteri dei pazienti residenti nell'area di servizio principale (reddito lordo e dimensione familiare legati alla soglia federale di povertà).
- Le procedure elettive che non sono ritenute necessarie dal punto di vista medico (ad esempio, chirurgia estetica, trattamento per l'infertilità) non sono idonee per l'aiuto finanziario. I pazienti possono ottenere una tariffa a pagamento diretto per i servizi non coperti.
- I pazienti che hanno un'assicurazione sanitaria ma hanno speso più del 10% del loro reddito in spese mediche a carico personale e sono pari o inferiori al 400% del FPL sono anch'essi idonei all'assistenza finanziaria
- Bambini/Bambini in affidato che risiedono in case famiglia
- Conti restituiti da un'agenzia secondaria di recupero crediti dove sono disponibili le informazioni FPL e i pazienti sono inferiori al 200% del FPL

2. La politica sugli aiuti finanziari segue le linee guida EMTALA.
3. Questa politica di Aiuti Finanziari si applica anche ai servizi non coperti dal punto di vista medico necessari e ai costi non coperti per giorni che superano il limite di durata del soggiorno per i pazienti idonei o coperti da Medicaid che altrimenti soddisfano i criteri della politica dell'ospedale.
4. Dal 1° gennaio 2018, i costi per servizi negati da un pagatore HMO Medicaid come non coperti saranno anch'essi considerati per l'assistenza benefica.
5. Qualsiasi eccezione ai limiti deve essere fatta caso per caso e richiede approvazione.
6. L'ospedale non impone un limite ai servizi in base alle condizioni mediche del paziente.
7. L'ufficio di aiuti finanziari dove i pazienti possono richiedere assistenza si trova a: 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Ufficio Cassiera Principale, 914-361-6899.

Copie cartacee della politica di Aiuti Finanziari, del riepilogo dell'Aiuto Finanziario e/o della domanda di Aiuto Finanziario sono disponibili su richiesta, gratuitamente, per posta o via E-mail. Le richieste via e-mail possono essere inviate a [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org).

Copie sono disponibili anche sul sito web di ogni struttura all' [indirizzo](http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69) <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.

Le informazioni sull'Aiuto Finanziario saranno disponibili al momento della dimissione in un riepilogo post-visita.

8. La determinazione dell'idoneità all'aiuto finanziario sarà effettuata il prima possibile nel processo di pianificazione e programmazione dell'assistenza. I consulenti assisteranno qualsiasi paziente che necessiti di assistenza per completare le domande di aiuto finanziario. I servizi di emergenza non saranno mai ritardati in attesa di determinazioni finanziarie. I pazienti possono richiedere aiuti finanziari prima dei servizi o dopo aver ricevuto una fattura. I pazienti possono anche richiedere un aiuto finanziario dopo che una fattura è stata inviata a un'agenzia di recupero crediti. Non esiste una scadenza per quando un paziente può richiedere di completare una domanda di aiuto finanziario.
9. Le approvazioni degli aiuti finanziari saranno valide per un anno. I pazienti verranno rivalutati annualmente per l'aiuto finanziario.
10. I pazienti o le parti finanziariamente responsabili sono tenuti a collaborare con l'ospedale nella richiesta di coperture assicurative pubbliche disponibili (ad esempio, Medicaid, Child Health Plus e Qualified Health Plans (durante l'iscrizione aperta)) se ritenuti potenzialmente idonei. L'idoneità all'aiuto finanziario non dipende dal completamento di una domanda Medicaid né una decisione sarà ritardata in attesa di una decisione Medicaid.
11. Il reddito lordo di nuclei familiari o pazienti legato alle linee guida federali sul reddito sulla povertà pubblicate, adeguato per la dimensione della famiglia, deve essere utilizzato per determinare l'idoneità all'aiuto finanziario. Le decisioni si basano solo sul reddito annuo. I beni non vengono considerati.
12. L'ospedale dovrà verificare il reddito corrente. La prova accettabile del reddito della famiglia o dei pazienti è la seguente:
  - Lettera di assegnazione della previdenza sociale/pensione
  - Dichiarazione di Disoccupazione
  - Buste paga/lettera di verifica dell'impiego
  - Lettera di sostegno
  - Lettera di attestazione che spiega reddito, sostegno e/o situazione finanziaria attuale se non sono disponibili altre prove di reddito
  - Dichiarazioni dei redditi o W2 (se il paziente richiede di fornire come prova del reddito ma non è documentazione obbligatoria)
13. L'idoneità presuntiva può anche basarsi sull'idoneità precedente per FAP, oppure l'ospedale può utilizzare l'iscrizione a determinati programmi pubblici basati su criteri di reddito per determinare presumibilmente che gli individui sono idonei per FAP, tra cui:

- Programmi di prescrizione finanziati dallo stato.
  - Senzatetto o ricevute assistenza da una clinica per senzatetto.
  - Partecipazione ai programmi per donne, neonati e bambini (WIC).
  - Idoneità ai buoni pasto.
  - Idoneità al programma mensa scolastica sovvenzionata.
  - Idoneità ad altri programmi di assistenza statali o locali non finanziati (ad esempio, la riduzione delle spese Medicaid).
  - L'alloggio a basso reddito/sovvenzionato è fornito come indirizzo valido; e
  - Il paziente è deceduto senza alcun patrimonio noto.
  - Il paziente è idoneo ai servizi di emergenza Medicaid ed è stato visto al pronto soccorso o ricoverato urgentemente, ma Medicaid ha negato la richiesta (escludendo trapianto e CAR-T).
  - Il paziente è approvato per il programma di assistenza al paziente e ha bollette precedenti non coperte dall'approvazione del programma di sovvenzione o copagamento.
  - Bambini/Bambini in affidato che risiedono in case famiglia
  - Chiusure di Agenzia Secondaria in cui sono disponibili informazioni FPL e il paziente è sotto il 200% del FPL
14. L'ospedale può utilizzare l'analisi predittiva per assistere nella determinazione delle cure benefiche in assenza di domande di aiuto finanziario completate. Tali risultati non renderanno un paziente non idoneo all'assistenza finanziaria. Se un paziente compila una domanda di aiuto finanziario con documentazione che dimostra che il suo reddito (tipo di reddito) è inferiore alla categoria determinata tramite analisi predittiva, la responsabilità finanziaria del paziente sarà ulteriormente ridotta a un importo inferiore.
15. Il personale finanziario sarà disponibile per assistere nelle consulenze sugli aiuti finanziari. Le domande di aiuto finanziario saranno esaminate e decise tempestivamente e entro 30 giorni lavorativi per i servizi non urgenti. I pazienti hanno 30 giorni per fare ricorso contro una decisione iniziale sull'aiuto finanziario. I pazienti riceveranno le decisioni sugli aiuti finanziari per posta, con la notifica in fondo alla lettera di approvazione/rifiuto che spiega come fare ricorso contro la decisione. Si consiglia ai pazienti di ignorare qualsiasi fattura ricevuta mentre la domanda è in corso. I conti dei pazienti che hanno completato le domande di aiuto finanziario non devono essere inviati in recupero crediti mentre le domande sono in corso. L'Individuo Responsabile che fa ricorso alle decisioni sull'aiuto finanziario deve fornire la prova del reddito e delle spese attuali del Nucleo Familiare o dei Pazienti. L'Individuo Responsabile ha 30 giorni per completare le domande di ricorso e sarà notificato delle decisioni per posta entro 30 giorni dalla presentazione delle domande. In base alle informazioni fornite, i pazienti possono essere valutati per ulteriori riduzioni o piani di pagamento estesi.
16. La comunicazione delle politiche di aiuti finanziari dell'ospedale deve essere comunicata a pazienti, personale e agenzie locali di servizi alla comunità. La politica di aiuti finanziari

dell'ospedale deve essere disponibile in più lingue (lingue disponibili a seconda della struttura utilizzata) a qualsiasi parte che richieda tali informazioni nei seguenti luoghi:

- Uffici di Ammissione
- Uffici commerciali
- Ufficio Registrazione Pronto Soccorso
- Sito web dell'ospedale: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
- Per posta su richiesta
- Contattando: 914-361-6899
- Inviando una email: [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org)

La disponibilità degli aiuti finanziari è resa pubblica nei seguenti modi, ma non limitati all'elenco seguente:

- Su tutti gli estratti conto ospedalieri
- Sono affissi cartelli agli ingressi che informano i pazienti delle posizioni delle stanze per l'aiuto finanziario
- Schermi elettronici su tutti i computer associati e televisori delle sale d'attesa
- Sito web dell'ospedale: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
- Come domanda e pacchetto informativo sul servizio annuale non clinico
- Segnaletica murale nel Pronto Soccorso, nell'Ufficio Ammissioni, negli uffici Fatturazione e Medicaid e in altre aree di registrazione e attesa

Tutto il personale di supporto interno ed esterno è formato sulla politica di aiuti finanziari. Viene fornito un servizio interno in tutte le aree con istruzioni su dove inviare i pazienti che necessitano di assistenza.

17. A Responsible Person vengono offerti piani di pagamento se non è in grado di effettuare pagamenti basati sull'intero pagamento diretto.
18. L'ospedale mantiene una politica separata di fatturazione e recupero crediti. È disponibile sul sito web dell'ospedale, oppure una copia cartacea può essere richiesta contattando l'ufficio di aiuti finanziari.
19. Gli Individui Responsabili riceveranno un avviso scritto 30 giorni prima che qualsiasi conto venga inoltrato a un'agenzia di recupero crediti o l'avvio di qualsiasi ECA per mancata richiesta o completamento di una domanda di aiuto finanziario o mancato pagamento di un saldo di assistenza finanziaria. Deve anche essere fatto uno sforzo ragionevole per notificare oralmente l'individuo responsabile tramite telefono all'ultimo numero di telefono conosciuto.
20. L'ospedale vieta la riscossione di qualsiasi paziente che sia idoneo a Medicaid al momento della rezione dei servizi.
21. L'ospedale può fatturare i pazienti quando non sono conformi all'aggiornamento del Coordinamento dei Benefici (COB) e/o non conformi all'assicurazione No Fault / Indennizzo dei Lavoratori.
22. Tutte le risorse esterne di supporto ai pazienti ospedalieri possiedono una copia della politica di aiuti finanziari e rimanderanno qualsiasi paziente che necessiti di assistenza all'ospedale per la valutazione e la riduzione di una fattura in base al reddito annuo e alla dimensione della famiglia.

23. L'ospedale misura la conformità attraverso audit semestrali delle aree di accoglienza e registrazione per garantire che segnaletica e riepiloghi siano affissi e disponibili e che gli Associati siano consapevoli che l'ospedale offre aiuti finanziari.
24. L'intero aiuto finanziario sarà concesso ai pazienti con bollette pagate direttamente in sospeso e copertura Medicaid attuale.
25. L'intero aiuto finanziario sarà concesso ai pazienti senza fissa dimora. I rapporti ambulanza possono essere una fonte di riferimento se nel rapporto è documentato che il paziente è non domiciliato.
26. L'intero aiuto finanziario sarà concesso ai minori non assicurati o sottoassicurati che ricevono cure nelle cliniche scolastiche dell'ospedale.
27. Lo status di immigrazione non è un criterio utilizzato per determinare l'idoneità.
28. I rendiconti dell'ospedale rifletteranno gli importi applicabili di aiuti finanziari o di pagamento diretto.
29. L'ospedale non utilizza misure di riscossione straordinarie. Le misure straordinarie di raccolta che non utilizziamo includono:
  - Segnalazione alle agenzie di credito
  - Vendita forzata della residenza principale
  - Collegamenti ai luoghi
  - Vendi debiti
  - Servizio rifiuto a causa di spese mediche non pagate
  - Pignoramento dei salari
  - Sue
  - Azione legale
30. I pazienti con reclami riguardanti la politica o il processo di aiuti finanziari dell'ospedale possono chiamare la Linea Diretta per i Reclami del Dipartimento della Salute dello Stato di New York al numero 1-800-804-5447. Queste informazioni sono incluse anche nelle lettere di rifiuto.
31. L'ospedale garantirà che le traduzioni di FAP, PLS e Application vengano effettuate nella lingua principale parlata da persone che utilizzano l'ospedale e che costituiscono il minore tra 1.000 persone, ovvero il 5% dei servizi comunitari.

Qualsiasi eccezione ai limiti sopra indicati sarà fatta caso per caso e richiederà l'approvazione della dirigenza senior. Nell'attuazione di questa politica, la gestione e le strutture ospedaliere devono conformarsi a tutte le altre leggi, regole e regolamenti federali, statali e locali che possono applicarsi alle attività svolte ai sensi di questa politica.

## Allegazione A: Livello di povertà federale e tassi di aiuti finanziari

2026					
Livello di povertà federale	1	2	3	4	5
Dimensione della famiglia	SOTTO IL 200%	200%-300%	301%-400%	401%-500%	oltre il 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	
Per ogni persona aggiuntiva aggiungere.	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$28,400	
* Basato sulle Linee Guida Federali per la Povertà del 2026					

Punti salienti:

- L'area principale di servizio di Montefiore Mount Vernon è lo Stato di New York. I pazienti che risiedono fuori dallo Stato di New York e ricevono cure d'emergenza hanno diritto all'assistenza finanziaria.
- I pazienti con debiti precedenti in ospedale non sono esclusi dall'aiuto finanziario.
- I pazienti che ricevono cure ambulatoriali non sono esclusi dall'aiuto finanziario.
- È disponibile assistenza a pazienti con spese mediche elevate se altrimenti non hanno diritto a cure gratuite o scontate. I rappresentanti dei Servizi Finanziari per i Pazienti assisteranno i pazienti con le opzioni disponibili.
- Per le tariffe ospedaliere fino al 500% del FPL si fa un confronto con l'importo generalmente fatturato e il paziente è responsabile del costo inferiore dei due.
- Un confronto tra la percentuale AGB e la tassa di categoria di aiuto finanziario viene effettuato per i pazienti che rientrano al 100% o meno del FPL fino al 500% del FPL. L'importo limitato per i Servizi Ospedalieri nell'Attachment A è il seguente (fino al 500% del FPL):
  - Il tasso di visite al pronto soccorso non supera il 47% delle spese ospedaliere sostenute.
  - Il tasso di intervento ambulatoriale non supera il 27% delle spese ospedaliere sostenute.
  - Le visite in clinica/patologia/ambulatorio inviato non devono superare il 14% delle spese ospedaliere sostenute.
  - Il tasso di ricovero d'emergenza non deve superare il 28% delle spese ospedaliere sostenute.

## Non assicurati

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Visite al pronto soccorso di Montefiore Mount Vernon</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	700 dollari
5	>500%	\$1500

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Ricoveri d'emergenza per ricoveri di urgenza a Montefiore Mount Vernon</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	11.000 dollari per ogni scarica
5	>500%	\$16.000 per ogni scarica

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Visite alla clinica Montefiore Mount Vernon (per sedi di studio, cliniche di salute mentale, visite in ufficio oncologico, clinica renale, laboratorio e patologia)</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	200\$
5	>500%	350\$

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Procedure Medicamente Necessarie - Ambulatorio (escluso Gastrointestinale)</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	\$3,500 per procedure
5	>500%	\$5,000 per procedure

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Procedure Medicamente Necessarie - Gastrointestinale</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	\$,1800 per procedure
5	>500%	\$2,500 per procedure

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Radiology: Radiografia</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	50 dollari
5	>500%	Lo sconto per pagamento diretto al tasso di indennizzo Blue Cross del 100%

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Radiologia Montefiore Mount Vernon: Ecografia</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	100 dollari
5	>500%	Lo sconto per pagamento diretto al tasso di indennizzo Blue Cross del 100%

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Radiology: Mammografia</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	\$130
5	>500%	Lo sconto per pagamento diretto al tasso di indennizzo Blue Cross del 100%

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon: Tomografia Computerizzata (TC)</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	\$250
5	>500%	Lo sconto per pagamento diretto al tasso di indennizzo Blue Cross del 100%

<b>Livelli di prezzo</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Radiology: risonanza magnetica</b>
1	Sotto il 200%	\$0
2	200-300%	10% di Medicaid
3	301-400%	20% di Medicaid
4	401-500%	550\$
5	>500%	Lo sconto per pagamento diretto al tasso di indennizzo Blue Cross del 100%

**Sottoassicurato**

**Pazienti che hanno un'assicurazione sanitaria, ma hanno speso più del 10% del loro  
Reddito da sanità a carico**

<b>Livello di reddito</b>	<b>Pagamento</b>
<b>Sotto il 200% FPL</b>	Rinuncia a tutte le accuse
<b>200% - 300% FPL</b>	10% dell'importo che sarebbe stato pagato in base alla condivisione dei costi assicurative del paziente.
<b>301% - 400% FPL</b>	Il 20% dell'importo che sarebbe stato pagato in base alla condivisione dei costi assicurative del paziente.