

ASSUNTO: POLÍTICA DE AUXÍLIO FINANCEIRO

NÚMERO:

PROPRIETÁRIO: CARGO DO PRESIDENTE

EFICAZ

DATA: 11/2013

REVISADO

DATA: 04/26

SUBSTITUI:

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

REFERÊNCIA:

PROPÓSITO:

Montefiore Mount Vernon é guiado pela missão de oferecer um atendimento de alta qualidade a todos os seus pacientes. Estamos comprometidos em atender todos os pacientes, inclusive aqueles em nossa área de atendimento que não têm cobertura de seguro saúde e que não podem pagar total ou parcialmente o atendimento essencial que recebem. Estamos comprometidos em tratar todos os pacientes com compaixão, desde o leito até o escritório de faturamento, incluindo nossos esforços de cobrança de pagamentos. Além disso, estamos comprometidos em defender a ampliação do acesso à cobertura de saúde para todos os nova-iorquinos.

Estamos comprometidos em manter uma Política de Assistência Financeira (FAP) que seja consistente com sua missão e valores, e que considere a capacidade do indivíduo de pagar por serviços de saúde medicamente necessários. Esta política constituirá a Política oficial de Assistência Financeira (nos termos da Seção 501(r) do Código de Receita Federal de 1986, conforme alterada, da Seção 1.501(r) dos regulamentos do Internal Revenue Service promulgados conforme ela promulgada e da Lei de Saúde Pública de Nova York).

Definições:

Valores Geralmente Faturados (AGB): os valores geralmente cobrados pelos Serviços Cobertos prestados a indivíduos que têm seguro que cobre esse tipo de cuidado. O hospital utiliza uma porcentagem das taxas brutas (a porcentagem do AGB) e optou pelo método de "retrospectiva" para determinar o AGB. Geralmente, ao calcular a porcentagem do AGB pelo método de retrospecto, o Hospital deve incluir as reivindicações permitidas durante um período anterior de 12 meses por: (a) serviço pago pelo Medicare; (b) pagamento por serviço do Medicare e todas as seguradoras privadas que pagam sinistros à unidade hospitalar; ou (c) Medicaid, seja isoladamente ou em combinação com o pagamento por serviço do Medicare ou o pagamento por serviço do Medicare e todas as seguradoras privadas que pagam indenizações ao hospital. Por favor, consulte os gráficos no Anexo A desta Política para mais informações ou entre em contato com um Conselheiro Financeiro pelo telefone 914-365-3812.

Período de Solicitação: o período durante o qual o Hospital deve aceitar e processar uma solicitação de

assistência financeira sob a FAP.

Prazo de Faturamento: a data após a qual o Hospital pode iniciar um ECA (conforme definido) contra um Indivíduo Responsável (conforme definido) que não tenha apresentado uma solicitação de assistência financeira sob o FAP. O prazo de faturamento deve ser especificado em um aviso escrito ao Indivíduo Responsável fornecido pelo menos 30 dias antes desse prazo.

Condição Emergente: uma condição médica que resultou do surgimento súbito de uma condição de saúde com sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) que, na ausência de atenção médica imediata, são razoavelmente propensos a colocar a saúde do paciente em sério risco, causar séria comprometimento às funções corporais ou causar disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo.

Atendimento Médico de Emergência: atendimento médico necessário para Condições Emergenciais conforme a Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho, seção 1867 da Lei da Previdência Social (42 U.S.C. 1395dd) para indivíduos, independentemente de sua elegibilidade para Assistência Financeira sob esta política. Mais especificamente, Atendimento Médico de Emergência refere-se a serviços que devem ser prestados sob o Subcapítulo G do Capítulo IV do Título 42 do Código de Regulamentos Federais e Tesouraria. Reg. § 1.501(r)-4(c) (ou quaisquer regulamentos sucessores), na medida em que tais regulamentos sejam aplicáveis ao Hospital.

Ação Extraordinária de Cobrança (ECA): ações tomadas pelo Hospital contra um indivíduo relacionadas à obtenção do pagamento de uma conta por cuidados abrangidos por este FAP. (ou seja, penhora de salários ou venda forçada da residência principal).

Indivíduo Elegível para FAP: um indivíduo elegível para assistência financeira sob esta Política, independentemente de ter solicitado ou não assistência financeira.

Hospital: Montefiore Mount Vernon e suas entidades substancialmente relacionadas.

Medicamento Necessário: de acordo com os Centros de Medicare e Medicaid, serviços ou suprimentos adequados e necessários para o diagnóstico ou tratamento da sua condição médica são fornecidos para o diagnóstico, cuidado direto e tratamento da sua condição médica, atendem aos padrões de boa prática médica da região e não são principalmente para a conveniência sua ou do seu médico.

Departamento de Contas de Pacientes: a unidade operacional do hospital responsável pela cobrança e coleta de contas de pagamento direto dos serviços hospitalares.

Resumo em Linguagem Simples do FAP (PLS): uma declaração escrita que notifica o indivíduo que a unidade hospitalar oferece assistência financeira por meio de um FAP e fornece informações necessárias em linguagem clara, concisa e fácil de entender. O PLS deve ser oferecido na entrada ou alta e em qualquer projeto de lei que notifique um Indivíduo Responsável sobre uma possível ECA.

Indivíduo Responsável: o paciente e qualquer outro indivíduo responsável financeiramente pela conta do paciente. Pode haver mais de um Indivíduo Responsável.

Serviços Cobertos: Atendimento Médico de Emergência (conforme definido) ou outros serviços Medicamento Necessários (conforme definido) prestados aos pacientes hospitalares e ambulatoriais.

Procedimentos eletivos: Cirurgia eletiva ou procedimento eletivo é uma cirurgia agendada com antecedência porque não envolve uma emergência médica.

Autoridade de Aprovação: Liderança Sênior (que inclui Vice-Presidente Assistente de Ciclo de Receita; Vice-Presidente Associado de Serviços Profissionais; Vice-Presidente, Ciclo de Receita ou CFO) que têm autoridade para fornecer aprovação de exceção para qualquer caso fora do que está coberto na apólice.

DIRETRIZES DE POLÍTICA:

Esta política se destina a se aplicar a serviços cobertos prestados dentro de Montefiore Mount Vernon. Ele fornece diretrizes para administrar assistência financeira a pacientes que necessitam de cuidados emergenciais e médicos necessários e que não têm cobertura adequada de seguro de saúde ou após esgotar todas as fontes de pagamento do seguro. Ajuda financeira é oferecida a pacientes com demonstrada incapacidade de pagamento, em contraste com a relutância em pagar, considerada dívida incobrável.

Esta apólice cobre o Montefiore Mount Vernon Hospital.

Por favor, consulte o Anexo B para outras instituições de saúde abrangidas por esta política. Se um local não estiver listado, o paciente pode enviar um e-mail para o departamento de auxílio financeiro em NRFinancialAssistance@montefiore.org ou ligue/visite qualquer um dos escritórios de auxílio financeiro em 16 Guion Place, New Rochelle, NY (Escritório Principal do Caixa) 914-365-3812.

A apólice é revisada anualmente.

Conforme exigido pela lei federal, os serviços oferecidos em locais de Centros de Saúde Qualificados Federalmente (FQHC) para pacientes estão sujeitos à Rede de Saúde Comunitária do Bronx (BCHN) e à política de escala tarifária móvel dos Programas Pediátricos Comunitários (JF15.1). Além disso, em conformidade com a legislação do Programa Ryan White para HIV/AIDS, pessoas vivendo com HIV/AIDS com renda familiar ou renda de pacientes menores ou iguais a 100% do nível federal de pobreza não serão cobradas pelos serviços recebidos na Clínica do Centro de Vida Positiva/Doenças Infeciosas".

Pacientes não podem ser negados na admissão ou tratamento/serviços por conta médica não paga.

1. Auxílio financeiro deverá estar disponível para:

- Pacientes sem seguro e com seguro insuficiente que residem na área de serviço principal do hospital recebendo serviços médicos necessários ou atendimento de emergência (Veja o Anexo A para o Quadro de Auxílio Financeiro, Níveis e área de serviço primária coberta para cada entidade)
- Pacientes que residem na área principal de serviço do hospital que esgotaram seus benefícios médicos para cuidados médicos necessários ou de emergência.
- Exceto pelos serviços de emergência, os pacientes precisam residir dentro da área principal de serviço do hospital para que um serviço específico seja categoricamente elegível para auxílio financeiro.

- A elegibilidade para assistência financeira para cuidados não emergenciais para não residentes do Estado de Nova York será determinada caso a caso e requer aprovação da alta liderança.
- Se o paciente for aprovado para receber assistência financeira como exceção, ele será avaliado usando os mesmos critérios que os pacientes que residem na área de serviço principal (renda bruta e tamanho da família vinculados ao nível federal de pobreza).
- Procedimentos eletivos que não são considerados medicamente necessários (por exemplo, cirurgia estética, tratamento de infertilidade) não são elegíveis para auxílio financeiro. Os pacientes podem obter uma tarifa de pagamento próprio para serviços não cobertos.
- Pacientes que têm plano de saúde, mas que gastaram mais de 10% de sua renda em despesas médicas do próprio bolso e estão inúmeros ou abaixo de 400% do FPL também têm direito a assistência financeira
- Crianças/Crianças Temporárias que residem em lares coletivos
- Contas retornadas de uma agência secundária de cobrança onde as informações do FPL estão disponíveis, e os pacientes estão abaixo de 200% do FPL

2. A política de Auxílio Financeiro segue as diretrizes da EMTALA.
3. Esta apólice de Auxílio Financeiro também se aplica a serviços não cobertos por questões médicas necessárias e a cobranças não cobertas por dias que excedam o limite de duração da estadia para pacientes elegíveis ou cobertos pelo Medicaid que, de outra forma, atendam aos critérios da política do hospital.
4. A partir de 1º de janeiro de 2018, as cobranças por serviços negados por um pagador de HMO do Medicaid como não cobertos também serão consideradas para cuidados de caridade.
5. Quaisquer exceções aos limites devem ser feitas caso a caso e exigem aprovação.
6. O Hospital não impõe limite aos serviços com base na condição médica do paciente.
7. O escritório de auxílio financeiro onde os pacientes podem solicitar assistência está localizado em: 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Escritório do Caixa Principal, 914-361-6899.

Cópias impressas da política de Auxílio Financeiro, do resumo da Ajuda Financeira e/ou da solicitação de Auxílio Financeiro estão disponíveis mediante solicitação, sem custo, por correio ou e-mail. Solicitações por e-mail podem ser enviadas para

MVFinancialAssistance@montefiore.org.

Cópias também estão disponíveis no site de cada unidade em <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.

Informações sobre Auxílio Financeiro estarão disponíveis na alta, no resumo pós-visita.

8. A determinação da elegibilidade para auxílio financeiro será feita o mais cedo possível no processo de planejamento e agendamento do cuidado. Os conselheiros ajudarão qualquer paciente que precise de assistência para preencher as solicitações de auxílio financeiro. Os serviços de emergência nunca serão atrasados até determinações financeiras. Os pacientes podem solicitar auxílio financeiro antes ou após o recebimento de uma conta. Os pacientes também podem solicitar auxílio financeiro após a conta ser enviada para uma agência de cobrança. Não há prazo para que um paciente possa solicitar o cumprimento de uma solicitação de auxílio financeiro.
9. As aprovações de auxílio financeiro serão válidas por um ano. Os pacientes serão reavaliados anualmente para obter auxílio financeiro.
10. Espera-se que pacientes ou partes financeiramente responsáveis cooperem com o hospital na solicitação de cobertura pública disponível (por exemplo, Medicaid, Child Health Plus e Planos de Saúde Qualificados durante a inscrição aberta) se considerados potencialmente elegíveis. A elegibilidade para auxílio financeiro não depende do preenchimento de uma solicitação de Medicaid, nem a decisão será adiada até a decisão do Medicaid.
11. A renda bruta do domicílio ou do paciente vinculada às diretrizes publicadas de renda federal do Nível de Pobreza, ajustada ao tamanho da família, deve ser usada para determinar a elegibilidade para auxílio financeiro. As decisões são baseadas apenas na renda anual. Os ativos não são considerados.
12. O hospital deve verificar a renda atual. A prova aceitável da renda do domicílio ou do paciente é a seguinte:
 - Carta de concessão de Previdência Social/pensão
 - Declaração de Desemprego
 - Contracheques/carta de verificação de emprego
 - Carta de apoio
 - Carta de atestação explicando renda, pensão e/ou situação financeira atual caso não haja outra comprovação de renda disponível
 - Declarações de imposto de renda ou W2 (caso o paciente solicite para fornecer como comprovante de renda, mas isso não é documentação obrigatória)
13. A elegibilidade presumida também pode ser baseada na elegibilidade prévia para FAP, ou o hospital pode usar a inscrição em certos programas públicos especificados e com critério de recursos para presumir determinar que os indivíduos são elegíveis para FAP, incluindo:

- Programas de prescrição financiados pelo estado.
 - Sem-teto ou recebido atendimento em uma clínica de moradores de rua.
 - Participação em programas para Mulheres, Bebês e Crianças (WIC).
 - Elegibilidade para vale-alimentação.
 - Elegibilidade para programas subsidiados de almoço escolar.
 - Elegibilidade para outros programas estaduais ou locais de assistência que não sejam financiados (por exemplo, despesas com Medicaid).
 - Moradia de baixa renda/subsidiada é fornecida como endereço válido; e
 - O paciente faleceu, sem herança conhecida.
 - O paciente é elegível para serviços de emergência Medicaid e foi atendido na sala de emergência ou internado de emergência, mas o Medicaid negou o pedido (excluindo transplante e CAR-T).
 - O paciente é aprovado para o programa de Assistência ao Paciente e possui contas anteriores não cobertas pela aprovação do programa de auxílio ou coparticipação.
 - Crianças/Crianças Temporárias que residem em lares coletivos
 - Fechamentos de agências secundárias onde informações sobre FPL estão disponíveis e o paciente está abaixo de 200% do FPL
14. O hospital pode usar análise preditiva para auxiliar na determinação de cuidados de caridade na ausência de solicitações de auxílio financeiro preenchidas. Tais constatações não consideram um paciente inelegível para assistência financeira. Se um paciente preencher uma solicitação de auxílio financeiro com documentação demonstrando que sua renda (tipo de renda) é menor que a categoria determinada por meio de análise preditiva, a responsabilidade financeira do paciente será ainda mais reduzida para o valor menor.
15. A equipe financeira estará disponível para auxiliar nas consultas de auxílio financeiro. Solicitações de auxílio financeiro serão analisadas e decididas prontamente e em até 30 dias úteis para serviços não emergenciais. Os pacientes têm 30 dias para recorrer de uma decisão inicial de auxílio financeiro. Os pacientes receberão decisões de auxílio financeiro por correio, com notificação no rodapé da carta de aprovação/negação explicando como recorrer da decisão. Recomenda-se que os pacientes desconsiderem qualquer fatura recebida enquanto a solicitação estiver em andamento. Contas de pacientes que já preencheram pedidos de auxílio financeiro não devem ser enviadas para cobrança enquanto as inscrições estiverem em andamento. Indivíduo Responsável que recorrer de decisões de auxílio financeiro deve fornecer comprovação da renda e despesas atuais do domicílio ou dos pacientes. O Indivíduo Responsável tem 30 dias para preencher os pedidos de apelação e será notificado das decisões por correio dentro de 30 dias após o envio dos pedidos. Com base nas informações fornecidas, os pacientes podem ser avaliados para reduções adicionais ou planos de pagamento estendidos.
16. O aviso das políticas de auxílio financeiro do hospital deve ser comunicado aos pacientes, funcionários e agências locais de serviços comunitários. A política de auxílio financeiro do

hospital deve estar disponível em vários idiomas (idiomas disponíveis dependendo da instalação que você estiver utilizando) para qualquer parte que solicite tais informações nos seguintes locais:

- Escritórios de Admissão
- Escritórios Comerciais
- Escritório de Registro de Emergência
- Site do hospital: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
- Por correio mediante solicitação
- Entrando em contato: 914-361-6899
- Por e-mail: MVFinancialAssistance@montefiore.org

A disponibilidade de auxílio financeiro é divulgada no seguinte, mas não se limitando à lista abaixo:

- Em todos os extratos hospitalares
- Placas estão afixadas nas entradas informando os pacientes sobre a localização dos quartos para auxílio financeiro
- Telas eletrônicas em todos os computadores e televisores de sala de espera
- Site do hospital: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
- Como Pergunta e Pacote Informativo sobre Serviço Anual Não Clínico
- Sinalização nas paredes no Departamento de Emergência, Escritório de Admissão, escritórios de Faturamento e Medicaid e outras áreas de registro e espera

Todos os funcionários internos e externos de apoio ao paciente são treinados sobre a política de auxílio financeiro. Um serviço contínuo é oferecido para todas as áreas, com instruções sobre onde enviar os pacientes que precisam de assistência.

17. O Indivíduo Responsável recebe planos de pagamento se não conseguir fazer pagamentos com base na taxa total de pagamento próprio.
18. O hospital mantém uma política separada de cobrança e cobrança. Pode ser encontrado no site do hospital, ou uma cópia impressa pode ser solicitada entrando em contato com o escritório de auxílio financeiro.
19. Indivíduos Responsáveis receberão um aviso por escrito 30 dias antes de qualquer conta ser encaminhada para uma agência de cobrança ou da abertura de qualquer ECA por não solicitar ou preencher uma solicitação de auxílio financeiro ou não fazer pagamentos de um saldo de assistência financeira. Também deve ser feito um esforço razoável para notificar oralmente o responsável por telefone no último número de telefone conhecido.
20. O hospital proíbe cobranças contra qualquer paciente que seja elegível para o Medicaid no momento dos serviços prestados.
21. O hospital pode cobrar do paciente quando ele não estiver em conformidade com a atualização da Coordenação de Benefícios (COB) e/ou não estiver em conformidade com o seguro de Sem Culpa/Compensação Trabalhista.
22. Todos os recursos externos de apoio ao paciente do hospital possuem uma cópia da política de auxílio financeiro e encaminharão qualquer paciente que precise de assistência de volta ao hospital para avaliação e redução de uma conta baseada na renda anual e no tamanho da família.

23. O hospital mede a conformidade por meio de auditorias semestrais das áreas de admissão e registro para garantir que sinalização e resumos estejam afixados e disponíveis, e que os Associados estejam cientes de que o hospital oferece auxílio financeiro.
24. A ajuda financeira integral será concedida a pacientes com contas de pagamento direto pendentes e cobertura atual do Medicaid.
25. A ajuda financeira completa será concedida a pacientes em situação de rua. Relatórios de Ambulância podem ser uma fonte de referência se estiver documentado no relatório que o paciente está sem domicílio.
26. A Ajuda Financeira Total será concedida a menores sem seguro ou com seguro insuficiente que receberem atendimento nas clínicas de saúde escolares do hospital.
27. O status migratório não é um critério usado para determinar a elegibilidade.
28. Os extratos do hospital refletirão os valores aplicados de auxílio financeiro ou pagamento próprio.
29. O hospital não utiliza medidas extraordinárias de cobrança. As medidas extraordinárias de cobrança que não utilizamos incluem:
 - Reporte a agências de crédito
 - Venda forçada da residência principal
 - Links de Lugares
 - Venda dívida
 - Serviço de Recusa devido a contas médicas não pagas
 - Penhora de Salários
 - Sue
 - Ação Judicial
30. Pacientes com reclamações sobre a política ou processo de auxílio financeiro do hospital podem ligar para a Linha Direta de Reclamações do Departamento de Saúde do Estado de Nova York pelo telefone 1-800-804-5447. Essas informações também estão incluídas nas cartas de negação.
31. O hospital garantirá que as traduções do FAP, PLS e Aplicação sejam feitas para o idioma principal falado por indivíduos que utilizam o hospital, que constituem a menor de 1.000 pessoas ou 5% do serviço comunitário.

Quaisquer exceções aos limites acima devem ser feitas caso a caso e exigirão a aprovação da alta liderança. Ao implementar esta política, a gestão e as instalações hospitalares devem cumprir todas as outras leis, regras e regulamentos federais, estaduais e locais que possam se aplicar às atividades realizadas de acordo com esta política.

Anexo A: Nível Federal de Pobreza e Taxas de Auxílio Financeiro

2026					
Nível Federal de Pobreza	1	2	3	4	5
Tamanho da Família	ABAIXO DE 200%	200%-300%	301%-400%	401%-500%	mais 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	
Para cada pessoa adicional, adicione.	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$28,400	
* Com base nas Diretrizes Federais de Pobreza de 2026					

Destaques principais:

- A principal área de serviço de Montefiore Mount Vernon é o Estado de Nova York. Pacientes que residem fora do estado de Nova York e recebem atendimento de emergência têm direito a assistência financeira.
- Pacientes com dívidas anteriores no hospital não são excluídos de auxílio financeiro.
- Pacientes que recebem atendimento ambulatorial não estão excluídos da ajuda financeira.
- Ajuda está disponível para pacientes com grandes contas médicas caso não se qualifiquem para atendimento gratuito ou com desconto. Representantes dos Serviços Financeiros para Pacientes irão ajudar os pacientes com as opções disponíveis.
- Para as tarifas hospitalares de até 500% do FPL, há uma comparação com o Valor Geralmente Faturado, e o paciente é responsável pelo menor dos dois.
- Uma comparação do percentual de AGB com a taxa da categoria de auxílio financeiro é feita para pacientes que estejam iguais ou abaixo de 100% do FPL até 500% do FPL. O valor limitado para Serviços Hospitalares na Unidade A é o seguinte (até 500% do FPL):
 - A taxa de visitas ao pronto-socorro não deve exceder 47% das despesas hospitalares incorridas.
 - A taxa de cirurgia ambulatorial não deve exceder 27% das despesas hospitalares incorridas.
 - Visitas à clínica/patologia/ambulatorio encaminhado não devem exceder 14% das despesas hospitalares incorridas.
 - A taxa de internação em emergências não deve exceder 28% das despesas hospitalares incorridas.

Sem seguro

Níveis de Preços	% FPL	Visitas ao Pronto-Socorro em Montefiore Mount Vernon
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$700
5	>500%	\$1500

Níveis de Preços	% FPL	Internações de Emergência Montefiore Mount Vernon
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$11.000 por descarga
5	>500%	\$16.000 por descarga

Níveis de Preços	% FPL	Visitas à Clínica Montefiore Mount Vernon (para locais de consultório, clínicas de saúde mental, consultórios de oncologia, clínica renal, laboratório e patologia)
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$200
5	>500%	\$350

Níveis de Preços	% FPL	Montefiore Mount Vernon Procedimentos Médicos Necessários - Ambulatório (exceto Gastrointestinal)
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$3.500 para procedimentos
5	>500%	\$5.000 por procedimento

Níveis de Preços	% FPL	Montefiore Mount Vernon Procedimentos Médicos Necessários - Gastrointestinal
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$1800 para procedimentos
5	>500%	\$2.500 por procedimento

Níveis de Preços	% FPL	Montefiore Mount Vernon Radiology: Raio-X
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$50
5	>500%	O desconto por pagamento próprio com taxa de indenização Blue Cross de 100%

Níveis de Preços	% FPL	Montefiore Mount Vernon Radiology: Ultrassom
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$100
5	>500%	O desconto por pagamento próprio com taxa de indenização Blue Cross de 100%

Níveis de Preços	% FPL	Montefiore Mount Vernon Radiology: Mamografia
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$130
5	>500%	O desconto por pagamento próprio com taxa de indenização Blue Cross de 100%

Níveis de Preços	% FPL	Montefiore Mount Vernon: Tomografia Computorizada (TC)
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$250
5	>500%	O desconto por pagamento próprio com taxa de indenização Blue Cross de 100%

Níveis de Preços	% FPL	Radiologia Montefiore Mount Vernon: Ressonância Magnética
1	Abaixo de 200%	\$0
2	200-300%	10% do Medicaid
3	301-400%	20% do Medicaid
4	401-500%	\$550
5	>500%	O desconto por pagamento próprio com taxa de indenização Blue Cross de 100%

Subsegurado

**Pacientes que têm plano de saúde, mas já gastaram mais de 10% de seus
Renda de atendimento médico do próprio bolso**

Nível de renda	Pagamento
Abaixo de 200% de FPL	Renuncie a todas as acusações
200% - 300% FPL	10% do valor que teria sido pago conforme o compartilhamento de custos do seguro do paciente.
301% - 400% FPL	20% do valor que teria sido pago com base no compartilhamento de custos do seguro do paciente.

Aprovado por: _____ Data: _____

Colleen Blye

Vice-Presidente Executivo, CFO & CBO