

**ASUNTO:** POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

**NÚMERO:**

**PROPIETARIO:** OFICINA DEL PRESIDENTE

**FECHA**

**DE VIGENCIA:** 11/2013

**FECHA**

**REVISADA:** 04/26

**SUSTITUYE:**

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

**REFERENCIA:**

### **PROPÓSITO:**

Montefiore Mount Vernon se guía por la misión de brindar atención de alta calidad a todos sus pacientes. Estamos comprometidos a atender a todos los pacientes, incluidos aquellos de nuestra área de servicio que no tienen seguro médico y que no pueden pagar la totalidad o una parte de la atención esencial que reciben. Tratamos a todos los pacientes con compasión, desde la cama del paciente hasta la oficina de facturación, incluidos nuestros esfuerzos de cobro. Además, estamos comprometidos a promover un mayor acceso a la cobertura de salud para todos los neoyorquinos.

Estamos comprometidos a mantener una Política de Asistencia Financiera (FAP) coherente con nuestra misión y valores, y que considere la capacidad de una persona para pagar servicios de salud médicamente necesarios. Esta política constituirá la Política de Asistencia Financiera oficial dentro del significado de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendada, la Sección 1.501(r) de las regulaciones del Servicio de Rentas Internas y la Ley de Salud Pública de Nueva York.

### **Definiciones:**

**Montos Generalmente Facturados (AGB):** los cargos generalmente facturados por servicios cubiertos prestados a personas con seguro que cubre dicha atención. El Hospital utiliza un porcentaje de los cargos brutos y eligió el método retrospectivo para determinar el AGB. Para más información, consulte las tablas del Anexo A o comuníquese con un asesor financiero al 914-365-3812.

**Período de solicitud:** el período durante el cual el Hospital debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera bajo la FAP.

**Fecha límite de facturación:** la fecha después de la cual el Hospital puede iniciar una acción extraordinaria de cobro (ECA) contra una persona responsable que no haya presentado una solicitud de asistencia financiera. Debe especificarse por escrito al menos 30 días antes.

**Condición de emergencia:** una condición médica de aparición repentina con síntomas agudos, incluido dolor intenso, que sin atención inmediata podría poner en peligro la salud, causar deterioro grave de funciones corporales o disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

**Atención médica de emergencia:** atención médica requerida para condiciones de emergencia conforme a EMTALA y las regulaciones aplicables, independientemente de la elegibilidad para asistencia financiera.

**Acción extraordinaria de cobro (ECA):** acciones del Hospital para obtener el pago de una factura cubierta por esta FAP, como embargo de salario o venta forzada de la residencia principal.

**Persona elegible para FAP:** una persona elegible para asistencia financiera bajo esta política, haya o no solicitado la asistencia.

**Hospital:** Montefiore Mount Vernon y sus entidades sustancialmente relacionadas.

**Medicamento necesario:** según los Centros de Medicare y Medicaid, servicios o suministros apropiados y necesarios para el diagnóstico, la atención directa y el tratamiento de una condición médica, que cumplen con los estándares de buena práctica médica del área local y no son principalmente por conveniencia del paciente o médico.

**Departamento de Cuentas de Pacientes:** unidad del Hospital responsable de facturar y cobrar cuentas de pago propio por servicios hospitalarios.

**Resumen en lenguaje sencillo de la FAP (PLS):** declaración escrita que informa que el Hospital ofrece asistencia financiera y proporciona información necesaria de manera clara, concisa y fácil de entender. Debe ofrecerse al ingreso, al alta y en cualquier factura que notifique sobre una posible ECA.

**Persona responsable:** el paciente y cualquier otra persona con responsabilidad financiera por la cuenta del paciente.

**Servicios cubiertos:** atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios provistos a pacientes hospitalizados y ambulatorios del hospital.

**Procedimientos electivos:** cirugía o procedimiento programado por adelantado porque no implica una emergencia médica.

**Autoridad de aprobación:** alta dirección con autoridad para aprobar excepciones fuera de lo cubierto por esta política.

## **PAUTAS DE LA POLÍTICA:**

Esta política aplica a servicios cubiertos prestados en Montefiore Mount Vernon. Proporciona pautas para administrar asistencia financiera a pacientes que requieren atención de emergencia y médicamente necesaria, carecen de cobertura de seguro suficiente o han agotado todas las fuentes de pago del seguro. La ayuda financiera se brinda a pacientes con incapacidad demostrada para pagar, a diferencia de la falta de voluntad para pagar, que se considera deuda incobrable.

Esta política cubre al Hospital Montefiore Mount Vernon. Consulte el Anexo B para otros centros cubiertos por esta política. Si un sitio no está listado, el paciente puede enviar un correo a [NRFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:NRFinancialAssistance@montefiore.org) o llamar/visitar la oficina de ayuda financiera en 16 Guion Place, New Rochelle, NY, Oficina Principal de Caja, 914-365-3812.

La política se revisa anualmente. Conforme a la ley federal, los servicios prestados en sitios FQHC están sujetos a la escala móvil correspondiente. Además, las personas que viven con VIH/SIDA con ingresos iguales o inferiores al 100% del nivel federal de pobreza no serán cobradas por servicios recibidos en la Clínica Center for Positive Living/Infectious Disease.

No se puede negar la admisión ni el tratamiento/servicios a pacientes por una factura médica no pagada.

1. La ayuda financiera estará disponible para:

- Pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que residen en el área de servicio principal del hospital y reciben servicios médicos necesarios o atención de emergencia (Véase el Anexo A para la Tabla de Ayuda Financiera, Niveles y área de servicio primaria cubierta para cada entidad)
- Pacientes que residen en el área principal de servicio del hospital y que agotaron sus beneficios médicos para atención médica necesaria o urgente.
- Excepto en los servicios de emergencia, los pacientes deben residir dentro del área principal de servicio del hospital para que un servicio concreto sea categóricamente elegible para la ayuda financiera.
- La elegibilidad para la asistencia financiera para atención no urgente de no residentes del Estado de Nueva York se determinará caso por caso y requerirá la aprobación de la alta dirección.
- Si el paciente es aprobado para recibir ayuda financiera como excepción, se le evaluará utilizando los mismos criterios que los pacientes que residen en el área de servicio principal (ingresos brutos y tamaño familiar vinculados al nivel federal de pobreza).
- Los procedimientos electivos que no se consideran médicamente necesarios (por ejemplo, cirugía estética, tratamiento de infertilidad) no son elegibles para ayuda financiera. Los pacientes pueden obtener una tarifa de pago directo por servicios no cubiertos.
- Los pacientes que tienen seguro médico pero han gastado más del 10% de sus ingresos en gastos médicos de bolsillo y que están en o por debajo del 400% del FPL también son elegibles para asistencia financiera
- Niños en acogida/niños que residen en hogares grupales
- Cuentas devueltas de una agencia de cobro secundaria donde la información del FPL está disponible, y los pacientes son menos del 200% del FPL

2. La política de Ayuda Financiera sigue las directrices de EMTALA.

3. Esta política de Ayuda Financiera también se aplica a servicios no cubiertos médicamente necesarios y a cargos no cubiertos por días que excedan el límite de duración de la estancia para pacientes que sean elegibles o estén cubiertos por Medicaid y que cumplan los criterios de la política del hospital.

4. A partir del 1 de enero de 2018, también se considerarán los cargos por servicios que sean denegados por un pagador de HMO de Medicaid como no cubiertos para atención benéfica.

5. Cualquier excepción a los límites se hará caso por caso y requerirá aprobación.
6. El hospital no impone un límite a los servicios en función de la condición médica del paciente.
7. La oficina de ayuda financiera donde los pacientes pueden solicitar asistencia se encuentra en: 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Oficina Principal de Cajas, 914-361-6899.

Copias en papel de la política de ayuda financiera, el resumen y/o la solicitud de ayuda financiera están disponibles bajo solicitud, sin coste alguno, por correo o correo electrónico. Las solicitudes por correo electrónico pueden enviarse a [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org).

También hay copias disponibles en la página web de cada centro en <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.

La información sobre la ayuda financiera estará disponible en el momento de la alta en el resumen posterior a la visita.

8. La determinación de la elegibilidad para la ayuda financiera se hará lo antes posible en el proceso de planificación y programación del cuidado. Los orientadores ayudarán a cualquier paciente que necesite ayuda para completar las solicitudes de ayuda financiera. Los servicios de emergencia nunca se retrasarán hasta que se tomen determinaciones financieras. Los pacientes pueden solicitar ayuda financiera antes de recibir servicios o después de recibir una factura. Los pacientes también pueden solicitar ayuda financiera después de que una factura haya sido enviada a una agencia de cobro. No existe una fecha límite para que un paciente pueda solicitar completar una solicitud de ayuda financiera.
9. Las aprobaciones de ayudas financieras serán válidas durante un año. Los pacientes serán reevaluados anualmente para recibir ayuda financiera.
10. Se espera que los pacientes o las partes financieramente responsables cooperen con el hospital para solicitar la cobertura pública disponible (por ejemplo, Medicaid, Child Health Plus y Planes de Salud Calificados (durante la inscripción abierta) si se considera potencialmente elegible. La elegibilidad para la ayuda financiera no depende de completar una solicitud de Medicaid ni se retrasará una decisión pendiente de una decisión de Medicaid.
11. Se utilizará el ingreso bruto del hogar o paciente vinculado a las directrices publicadas sobre el Nivel de Pobreza Federal ajustadas al tamaño de la familia para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera. Las decisiones se basan únicamente en los ingresos anuales. No se consideran los bienes.
12. El hospital debe verificar los ingresos actuales. La prueba aceptable de ingresos del hogar o del paciente es la siguiente:
  - Carta de concesión de la Seguridad Social/pensión
  - Declaración de Desempleo
  - Recibos de nómina/carta de verificación de empleo

- Carta de apoyo
  - Carta de atestación que explique ingresos, apoyo y/o situación financiera actual si no hay otra prueba de ingresos disponible
  - Declaraciones de impuestos o W2 (si el paciente solicita proporcionar como prueba de ingresos pero no es documentación obligatoria)
13. La elegibilidad presuntiva también puede basarse en la elegibilidad previa para FAP, o el hospital puede utilizar la inscripción en ciertos programas públicos especificados con prueba de recursos para determinar presumiblemente que las personas son elegibles para FAP, incluyendo:
- Programas de recetas financiados por el Estado.
  - Sin hogar o recibiendo atención en una clínica para personas sin hogar.
  - Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC).
  - Elegibilidad para cupones de alimentos.
  - Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subvencionados.
  - Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no estén financiados (por ejemplo, gastos de Medicaid).
  - Se proporciona vivienda de bajos ingresos/subvencionada como dirección válida; y
  - El paciente ha fallecido y no tiene patrimonio conocido.
  - El paciente es elegible para servicios de emergencia Medicaid y fue atendido en urgencias o ingresado urgentemente, pero Medicaid denegó la reclamación (excluyendo trasplantes y CAR-T).
  - El paciente está aprobado para el programa de Asistencia al Paciente y tiene facturas previas que no están cubiertas por la aprobación de la subvención o del programa de copago.
  - Niños en acogida/niños que residen en hogares grupales
  - Cierre de agencias secundarias donde la información del FPL está disponible y el paciente está por debajo del 200% del FPL
14. El hospital puede utilizar análisis predictivos para ayudar en la determinación de la atención benéfica en ausencia de solicitudes de ayuda financiera completadas. Estos hallazgos no considerarán a un paciente inelegible para asistencia financiera. Si un paciente completa una solicitud de ayuda financiera con documentación que demuestra que su ingreso (tipo de ingreso) es inferior a la categoría determinada mediante análisis predictivo, la responsabilidad financiera del paciente se reducirá aún más a la cantidad menor.
15. El personal de finanzas estará disponible para ayudar con las consultas de ayuda financiera. Las solicitudes de ayuda financiera serán revisadas y decididas de forma rápida y en un plazo de 30 días laborables para servicios no urgentes. Los pacientes disponen de 30 días para apelar una decisión inicial sobre la ayuda financiera. Los pacientes recibirán las decisiones de ayuda financiera por correo, con la notificación al final de la carta de aprobación/denegación explicando cómo apelar la decisión. Se recomienda a los pacientes ignorar cualquier factura recibida mientras la solicitud esté en proceso. Las cuentas de pacientes que hayan completado solicitudes

de ayuda financiera no se enviarán a cobro mientras las solicitudes estén en proceso. La Persona Responsable que recurra decisiones de ayuda financiera debe aportar prueba de los ingresos y gastos actuales del hogar o del paciente. La Persona Responsable tiene 30 días para completar las solicitudes de apelación y será notificada de las decisiones por correo dentro de los 30 días siguientes a la presentación de las solicitudes de apelación. Según la información proporcionada, los pacientes pueden ser evaluados para obtener más reducciones o planes de pago extendidos.

16. El aviso de las políticas de ayuda financiera del hospital deberá comunicarse a pacientes, personal y agencias locales de servicios comunitarios. La política de ayuda financiera del hospital estará disponible en varios idiomas (idiomas disponibles según la instalación que utilice) para cualquier parte que solicite dicha información en los siguientes lugares:

- Oficinas de admisión
- Oficinas comerciales
- Oficina de Registro de Urgencias
- Página web del hospital: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
- Por correo a petición
- Contactando con: 914-361-6899
- Por correo electrónico: [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org)

La disponibilidad de la ayuda financiera se publica en la siguiente lista, pero no limitada a:

- En todos los extractos hospitalarios
- Hay carteles en las entradas que informan a los pacientes de la ubicación de las habitaciones para recibir ayuda financiera
- Pantallas electrónicas en todos los ordenadores asociados y televisores de sala de espera
- Página web del hospital: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.
- Como pregunta y paquete informativo sobre el servicio anual no clínico
- Señalización en las paredes en el Departamento de Urgencias, la Oficina de Admisiones, las oficinas de facturación y Medicaid y otras áreas de registro y espera

Todo el personal de apoyo al paciente interno y externo recibe formación sobre la política de ayuda financiera. Se ofrece un servicio de servicio en todas las áreas con instrucciones sobre dónde enviar a los pacientes que necesitan ayuda.

17. A Responsable Individual se le ofrecen planes de pago si no puede realizar pagos basados en la tarifa de pago directo en su totalidad.

18. El hospital mantiene una política de facturación y cobro separada. Se puede encontrar en la página web del hospital, o se puede solicitar una copia impresa contactando con la oficina de ayuda financiera.

19. Las Personas Responsables recibirán un aviso por escrito 30 días antes de que cualquier cuenta sea remitida a una agencia de cobro o de la iniciación de cualquier ECA por no solicitar o completar una solicitud de ayuda financiera o no realizar pagos sobre un saldo de asistencia financiera. También debe hacerse un esfuerzo razonable para notificar oralmente al responsable por teléfono en el último número telefónico conocido.

20. El hospital prohíbe cobrar a cualquier paciente que sea elegible para Medicaid en el momento de prestar los servicios.

21. El hospital puede facturar a los pacientes cuando no cumplan con la actualización de Coordinación de Beneficios (COB) y/o no cumplan con el seguro de No Culpa / Compensación Laboral.
22. Todos los recursos externos de apoyo al paciente del hospital cuentan con una copia de la política de ayuda financiera y derivarán a cualquier paciente que necesite asistencia al hospital para su evaluación y reducción de una factura basada en ingresos anuales y tamaño familiar.
23. El hospital mide el cumplimiento mediante auditorías semestrales de las áreas de admisión y registro para asegurar que la señalización y los resúmenes estén publicados y disponibles, y que los Asociados sean conscientes de que el hospital ofrece ayuda financiera.
24. Se concederá ayuda financiera completa a los pacientes con facturas pendientes de pago propio y cobertura actual de Medicaid.
25. Se concederá la ayuda financiera completa a los pacientes sin hogar. Los informes de ambulancia pueden ser una fuente de referencia si se documenta en el informe que el paciente no está domiciliado.
26. Se concederá la ayuda financiera completa a menores sin seguro o con seguro insuficiente que reciban atención en las clínicas de salud escolares del hospital.
27. El estatus migratorio no es un criterio utilizado para determinar la elegibilidad.
28. Los extractos del hospital reflejarán las cantidades aplicables de ayuda financiera o pago directo.
29. El hospital no utiliza medidas extraordinarias de cobro. Las medidas extraordinarias de recaudación que no utilizamos incluyen:
  - Reportes a agencias de crédito
  - Venta forzosa de residencia principal
  - Enlaces de lugares
  - Vender deuda
  - Servicio de rechazo debido a facturas médicas impagadas
  - Embargo de salarios
  - Sue
  - Acción legal
30. Los pacientes con quejas sobre la política o el proceso de ayuda financiera del hospital pueden llamar a la Línea Directa de Quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447. Esta información también se incluye en las cartas de denegación.
31. El hospital se asegurará de que las traducciones de la FAP, PLS y Solicitud se realicen al idioma principal hablado por las personas que utilizan el hospital y que constituyen la menor de 1.000 personas o el 5% de los servicios comunitarios.

Cualquier excepción a los límites anteriores se hará caso por caso y requerirá la aprobación de la alta dirección. Al implementar esta política, la gestión y las instalaciones hospitalarias deberán cumplir con todas las demás leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas conforme a esta política.

**Anexo A: Nivel federal de pobreza y tasas de ayuda financiera**

2026					
Nivel federal de pobreza	1	2	3	4	5
Tamaño de la familia	POR DEBAJO DEL 200%	200%-300%	301%-400%	401%-500%	más del 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	
Por cada persona adicional, Añade.	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$28,400	
<b>* Basado en las Directrices Federales de Pobreza de 2026</b>					

Aspectos clave:

- La principal área de servicio de Montefiore Mount Vernon es el estado de Nueva York. Los pacientes que residen fuera del estado de Nueva York y reciben atención de urgencia son elegibles para asistencia económica.
- Los pacientes con deudas previas en el hospital no están excluidos de la ayuda financiera.
- Los pacientes que reciben atención ambulatoria no están excluidos de la ayuda financiera.
- Se ofrece ayuda a pacientes con facturas médicas elevadas si no cumplen los requisitos para atención gratuita o con descuento. Los representantes de Servicios Financieros para Pacientes ayudarán a los pacientes con las opciones disponibles.
- Para las tarifas hospitalarias de hasta el 500% del FPL hay una comparación con la cantidad generalmente facturada y el paciente es responsable de la menor de las dos.
- Se realiza una comparación entre el porcentaje de AGB y la tasa de la categoría de ayuda financiera para pacientes que están en el 100% o por debajo del FPL hasta el 500% del FPL. El importe máximo para los Servicios Hospitalarios en el Anexo A es el siguiente (hasta el 500% del FPL):
  - La tasa de visitas a urgencias no debe superar el 47% de los gastos hospitalarios incurridos.
  - La tasa de cirugía ambulatoria no debe superar el 27% de los gastos hospitalarios incurridos.
  - Las visitas a la clínica/patología/ambulatorio derivado no deben superar el 14% de los gastos hospitalarios incurridos.
  - La tasa de ingreso hospitalario de urgencia no debe superar el 28% de los cargos hospitalarios incurridos.

**Sin seguro**

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Visitas a urgencias en Montefiore Mount Vernon</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	700 dólares
5	>500%	1500 \$

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Ingresos de Urgencias Hospitalarias en Montefiore Mount Vernon</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	11.000 dólares por descarga
5	>500%	16.000 dólares por descarga

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Visitas a la clínica Montefiore Mount Vernon (para ubicaciones de consulta, clínicas de salud mental, consultas de oncología, clínica renal, laboratorio y patología)</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	200 dólares
5	>500%	350 dólares

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Procedimientos Medicamente Necesarios - Ambulatorio (excluyendo Gastrointestinal)</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	3.500 dólares por procedimientos
5	>500%	5.000 dólares por procedimiento

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Procedimientos Medicamente Necesarios - Gastrointestinales</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	\$1800 por procedimientos
5	>500%	2.500 dólares por procedimiento

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Radiology: Rayos X</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	50 dólares
5	>500%	El descuento por pago directo con una tasa de indemnización del 100% de Blue Cross

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Radiología Montefiore Mount Vernon: Ecografía</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	100 dólares
5	>500%	El descuento por pago directo con una tasa de indemnización del 100% de Blue Cross

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon Radiology: Mamografía</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	130 \$
5	>500%	El descuento por pago directo con una tasa de indemnización del 100% de Blue Cross

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Montefiore Mount Vernon: Tomografía computarizada (TC)</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	250 \$
5	>500%	El descuento por pago directo con una tasa de indemnización del 100% de Blue Cross

<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>Radiología Montefiore Mount Vernon: Resonancia magnética</b>
1	Por debajo del 200%	\$0
2	200-300%	10% de Medicaid
3	301-400%	20% de Medicaid
4	401-500%	550 dólares
5	>500%	El descuento por pago directo con una tasa de indemnización del 100% de Blue Cross

**Con seguro insuficiente**

**Pacientes que tienen seguro médico, pero han gastado más del 10% de su  
ingresos por gastos médicos de bolsillo**

<b>Nivel de ingresos</b>	<b>Pago</b>
<b>Por debajo del 200% FPL</b>	Renunciar a todos los cargos
<b>200% - 300% FPL</b>	10% de la cantidad que se habría pagado en virtud de la compartición de costes del seguro de dicho paciente.
<b>301% - 400% FPL</b>	El 20% de la cantidad que se habría pagado en virtud de la participación en el seguro de dicho paciente.