

**POLÍTICA E PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVOS**

---

**ASSUNTO: POLÍTICA DE AJUDA FINANCEIRA**

**NÚMERO:**

**RESPONSÁVEL: Gabinete do Presidente**

**DATA  
DE VIGÊNCIA: 11/2013**

**DATA  
DA REVISÃO: 02/2021**

**SUBSTITUI: 02/2021**

**REFERÊNCIA:**

---

**FINALIDADE:**

O Montefiore Mount Vernon Hospital (Centro Médico) tem a missão de prestar cuidados de alta qualidade a todos os seus pacientes. Temos o compromisso de atender a todos os pacientes, inclusive aqueles da nossa área de atendimento que não têm cobertura de seguro saúde e que não podem pagar por todos os cuidados essenciais, ou por parte deles, que recebem no Centro Médico. Temos o compromisso de tratar todos os pacientes com compaixão, desde o tratamento junto ao leito até na área de cobranças, incluindo nossas tentativas de cobrança de pagamentos. Além disso, estamos comprometidos em defender o acesso ampliado à saúde para todos os nova-iorquinos.

O Centro Médico se compromete a manter políticas de ajuda financeira que sejam consistentes com sua missão e valores e que levem em conta a capacidade que uma pessoa tem para pagar por serviços de saúde clinicamente necessários.

**DIRETRIZES DA POLÍTICA:**

Esta política destina-se a cobrir as diretrizes do Centro Médico para administrar ajuda financeira para pacientes que necessitam de cuidados de emergência e cuidados clinicamente necessários que não tenham cobertura suficiente de seguro saúde ou após esgotarem todas as fontes de pagamento por um seguro. A ajuda financeira é fornecida a pacientes que comprovadamente não têm condições de pagar, e não àqueles que estão indispostos a pagar, o que é considerado uma inadimplência. A política abrange todos os serviços prestados em Montefiore Mount Vernon, na Clínica de Doenças Infecciosas e no ACT/ICM (Programa de Saúde Mental).

1. A ajuda financeira estará disponível para:

- Pacientes não segurados ou com seguro insuficiente que residem na área de atendimento principal do Centro Médico e que recebem serviços clinicamente necessários ou atendimento de emergência (Consulte o Anexo A para obter o Quadro e os Níveis de ajuda financeira); e

- Pacientes que residem na área de atendimento principal do Centro Médico que esgotaram seus benefícios médicos para atendimento clinicamente necessário ou de emergência.
  - Com exceção dos serviços de emergência, os pacientes devem residir na área de atendimento principal do Centro Médico para que um determinado serviço seja categoricamente elegível para ajuda financeira. A área de atendimento principal do Centro Médico é o Estado de Nova York. Pacientes que residem fora do estado de Nova York e que recebem atendimento de emergência são elegíveis para assistência financeira.
  - A elegibilidade para assistência financeira para atendimento que não seja de emergência para não residentes do estado de Nova York será determinada caso a caso e requer a aprovação do vice-presidente. Se o paciente for aprovado para receber assistência financeira como exceção, ele passará por triagem usando os mesmos critérios que os pacientes que residem na área de atendimento principal (renda bruta e tamanho da família vinculados ao nível federal de pobreza).
  - Procedimentos eletivos que não são considerados clinicamente necessários (por exemplo, cirurgia estética, tratamento de infertilidade) não são elegíveis para ajuda financeira. Os pacientes podem obter um desconto do valor a pagar para serviços não cobertos.
  - A política de ajuda financeira segue as diretrizes da Lei do Tratamento Médico de Emergência e Trabalho Ativo (EMTALA).
  - Esta política de ajuda financeira também se aplica aos serviços clinicamente necessários não cobertos e despesas não cobertas por dias que excedem o limite de tempo de permanência para pacientes elegíveis ou aos cobertos pelo Medicaid que, de outra forma, atendem aos critérios da política do Centro Médico.
2. O Centro Médico não limita os serviços com base na condição médica de um paciente.
  3. Os pacientes podem solicitar o auxílio nos escritórios de auxílio financeiro, localizados em:
    - 12 North 7<sup>th</sup> Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Escritório financeiro principal: 914-361-6899 e o endereço de e-mail é [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org).
    - 16 Guion Place, New Rochelle, NY I 0801 Escritório financeiro principal: 914-365-3812 e o endereço de e-mail é [NRFFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:NRFFinancialAssistance@montefiore.org).

Cópias impressas da política de ajuda financeira, do resumo da ajuda financeira e do formulário de solicitação de ajuda financeira estão disponíveis mediante solicitação, sem custo, por correio ou por e-mail. Solicitações por e-mail podem ser enviadas para:

[MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org). Elas também podem ser encontradas no site da instituição em: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.

4. Pacientes não segurados ou com cobertura de seguro insuficiente que recebem atendimento nos ambulatórios do Centro Médico podem solicitar ajuda financeira no momento do registro clínico. Todos os pacientes que recebem serviços no Montefiore podem visitar o escritório de ajuda financeira acima para iniciar ou concluir suas solicitações.

5. A determinação da elegibilidade para ajuda financeira será feita o mais rápido possível no processo de planejamento e agendamento de cuidados. Os conselheiros ajudarão todos os pacientes que necessitarem de assistência para preencher as solicitações de ajuda financeira. Os serviços de emergência nunca serão postergados por causa de determinações financeiras. Os pacientes podem solicitar ajuda financeira antes de receberem atendimento ou depois de receberem uma fatura. Os pacientes também podem solicitar ajuda financeira depois do envio de uma fatura a uma agência de cobrança. Não há prazo para um paciente solicitar ajuda financeira.
6. As aprovações de ajuda financeira serão válidas por um ano. Os pacientes serão reavaliados anualmente para continuarem a receber a ajuda financeira.
7. Espera-se que os pacientes ou responsáveis financeiros cooperem com o Centro Médico ao solicitar cobertura de seguro saúde público disponível (por exemplo: Medicaid, Child Health Plus e planos de saúde qualificados (durante a inscrição aberta)) se considerados potencialmente elegíveis antes das determinações finais acerca da ajuda financeira. A elegibilidade para ajuda financeira não depende do preenchimento de uma solicitação do Medicaid, e a decisão não será adiada até uma decisão do Medicaid.
8. Para determinar a elegibilidade para ajuda financeira será usada a receita bruta vinculada às diretrizes de renda do FPL (nível federal de pobreza) publicadas, ajustadas para o tamanho da família. As decisões baseiam-se apenas na renda anual. Os bens não são considerados.
9. O Centro Médico verificará a renda atual. As provas aceitáveis de renda são as seguintes:
  - Declaração de desemprego
  - Carta de concessão de pensão da previdência social
  - Comprovantes de pagamento/carta de verificação de emprego
  - Carta de apoio
  - Carta de comprovação que explique a renda, o apoio financeiro e/ou a situação financeira atual se outra comprovação de renda não estiver disponível
10. A equipe financeira estará disponível para ajudar nas consultas de ajuda financeira. As solicitações de ajuda financeira serão analisadas e aprovadas ou negadas prontamente e dentro de 30 dias úteis para serviços não emergenciais. Os pacientes têm 30 dias para recorrer de uma decisão inicial de ajuda financeira. Os pacientes receberão as decisões de ajuda financeira por correio, com notificação na parte inferior da carta de aprovação/negação explicando como recorrer da decisão. Os pacientes estão orientados a desconsiderar qualquer fatura recebida enquanto uma solicitação de ajuda financeira estiver em andamento. As contas de pacientes que tenham preenchido solicitações de ajuda financeira não devem ser enviadas para cobrança enquanto as solicitações estiverem em andamento.
11. Um aviso sobre as políticas de ajuda financeira do Centro Médico deve ser comunicado aos pacientes, funcionários e agências locais de atendimento comunitário. A política de ajuda financeira do Centro Médico estará disponível em vários idiomas (espanhol, português brasileiro, árabe, haitiano-crioulo e italiano) para qualquer um que deseje tal informação, nos seguintes locais:
  - Escritórios de internação.
  - Escritórios de registro da emergência.
  - <https://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>
  - Por correio, mediante solicitação.

- Entrando em contato com o escritório de ajuda financeira pelo telefone 914-361-6899.
- Pelo e-mail [MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org).

A disponibilidade da ajuda financeira é divulgada em:

- Todos os extratos de faturamento da instituição.
- Cartazes afixados nas entradas, informando os pacientes sobre a localização da sala para ajuda financeira.
- <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>
- Na forma de pacote informativo e de perguntas sobre o treinamento anual não clínico.
- Sinalização de parede nas áreas de emergência, internação e financeira, nos escritórios do Medicaid e em outras áreas de registro e de espera.

Todos os funcionários das agências de admissão, registro e cobrança recebem treinamento sobre a política de ajuda financeira do Centro Médico. Um treinamento é fornecido para todas as áreas, com instruções para onde enviar pacientes que precisem de assistência.

- Os pacientes podem recorrer das decisões de ajuda financeira do Centro Médico, caso a ajuda financeira seja negada ou se considerarem a decisão desfavorável. Os pacientes que recorrem das decisões de ajuda financeira devem apresentar comprovação de renda e despesas atuais. Os pacientes têm 30 dias para concluir as solicitações de recurso e serão notificados das decisões por correio no prazo de 30 dias após a apresentação das solicitações de recurso. Com base nas informações fornecidas, os pacientes podem ser avaliados quanto a outras reduções ou planos de pagamento estendidos.
- Os pacientes recebem ofertas de planos de pagamento caso não possam arcar com a íntegra dos pagamentos reduzidos. Os pagamentos mensais não devem exceder 10% da renda mensal de um paciente. Planos de pagamento estendidos também são oferecidos através do processo de apelação. Se um paciente fizer um depósito, ele será incluído como parte do pagamento para seu saldo de ajuda financeira. O Centro Médico não cobra juros sobre o saldo dos pacientes.
- O Centro Médico mantém uma política separada de faturamento e cobrança. Essa política pode ser encontrada no site do Centro Médico: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> ou uma cópia impressa pode ser solicitada entrando em contato com o escritório de ajuda financeira.
- Os pacientes receberão um aviso 30 dias antes que qualquer conta seja encaminhada a uma agência de cobrança, explicando que não foi feita uma solicitação de ajuda financeira, que a solicitação estava incompleta ou que um saldo de assistência financeira não foi pago.
- Critérios da Agência de Cobrança Principal:**  
Assim que uma conta for encaminhada à agência de cobrança principal, ela passará pelo processo interno de busca por um seguro Medicaid ativo, verificação de endereço e telefone, elegibilidade para assistência beneficente se a triagem ainda não tiver sido feita, e por um processo de devolução de correspondência. Além disso, consultas de crédito e pesquisas de patrimônio serão realizadas. Após a conclusão desse processo, as seguintes tentativas de cobrança serão feitas:
  - Serão enviadas de 1 a 4 cartas, pelo menos.
  - Serão feitas de 1 a 4 ligações telefônicas, pelo menos.
  - Contas de pacientes falecidos e falidos serão devolvidas para baixa.

- Contas com correspondências devolvidas e sem algum número de telefone informado são encerradas e retornadas ao Medicare Managed Care (MMC) para encaminhamento a agências de cobrança secundárias.
- Contas sem atividade há 180 dias a partir da data de encaminhamento para a agência secundária de cobrança serão encerradas e devolvidas.

**Crítérios da Agência de Cobrança Secundária:**

Assim que uma conta for encaminhada à agência de cobrança secundária, ela passará pelos processos internos de busca por um seguro ativo, verificação de endereço e telefone e de um processo de devolução de correspondência. Além disso, consultas de crédito e pesquisas de patrimônio serão realizadas. Após a conclusão desse processo, as seguintes tentativas de cobrança serão feitas:

- Serão enviadas de 1 a 4 cartas, pelo menos.
- Serão feitas de 1 a 4 ligações telefônicas, pelo menos.
- Contas de pacientes falecidos e falidos serão devolvidas para baixa.
- Contas com correspondências devolvidas e sem algum número de telefone informado são encerradas e devolvidas ao MMC para baixa.
- Após 180 dias a partir da data de encaminhamento, as contas serão encerradas e devolvidas ao MMC para baixa, a menos que o paciente esteja pagando ativamente em uma conta, ou a agência esteja procurando um patrimônio para o pagamento.

Ambas as agências, principal e secundária, podem negociar acordos de passivos pendentes de pacientes.

17. O Centro Médico proíbe cobranças contra qualquer paciente que seja elegível para o Medicaid na época em que os serviços são prestados.
18. Todas as agências de cobrança afiliadas ao Centro Médico têm uma cópia da política de ajuda financeira do Centro Médico e encaminharão qualquer paciente que precise de assistência ao Centro Médico para avaliação e redução de fatura com base na renda anual e no tamanho da família.
19. O escritório de ajuda financeira avalia o cumprimento da política enviando seus próprios "clientes ocultos" para as áreas de admissão e registro para garantir que as sinalizações e resumos sejam divulgados e estejam disponíveis e que os funcionários estejam cientes de que o Centro Médico oferece ajuda financeira.
20. Uma ajuda financeira integral será concedida a pacientes com faturas em aberto e cobertura atual do Medicaid.
21. Uma ajuda financeira integral será concedida a pacientes sem-teto. Os relatórios das ambulâncias podem ser uma fonte de referência, caso esteja documentado no relatório que o paciente é sem-teto.
22. O status de imigração não é um critério usado para determinar a elegibilidade.

23. Caso não haja solicitações de ajuda financeira preenchidas, o Centro Médico utiliza a análise preditiva para auxiliar a determinar a assistência beneficente. Esse tipo de análise não tornará os pacientes inelegíveis para assistência financeira. Se um paciente preencher uma solicitação de ajuda financeira com documentação que demonstre que sua renda é menor do que a categoria determinada pela análise preditiva, a responsabilidade financeira do paciente será reduzida ainda mais conforme o valor mais baixo. Para locais publicados no EPIC, a Experian é utilizada. A Experian Healthcare Financial Assistance Screening/Presumptive Charity usa as informações financeiras apresentadas no relatório de crédito do paciente e outros atributos específicos do paciente para estimar o nível de renda e em que posição o paciente se encontra em relação ao nível federal de pobreza para qualificá-lo para um programa de assistência beneficente do hospital. A triagem para a assistência financeira da Experian Healthcare contém perguntas simples, que só podem ser vistas pelo consumidor e não afetam a pontuação de crédito. Se o consumidor tiver dúvidas ou preocupações sobre a pesquisa, ele poderá entrar em contato com o atendimento ao consumidor da Experian Healthcare, telefone (763) 416-1030. Para locais faturados pela American Health ware/EGLU (sistema legado), a Transunion é utilizada. Se o consumidor tiver dúvidas ou preocupações sobre a pesquisa, ele poderá entrar em contato com a linha de crédito do serviço de atendimento ao consumidor da Transunion, telefone (800) 916-8800.
24. Nos extratos de faturamento do Centro Médico constará um aviso aos pacientes se eles receberam uma ajuda financeira ou um desconto para o valor a pagar.
25. O Centro Médico não utiliza medidas extraordinárias de cobrança. As medidas extraordinárias de cobrança que não utilizamos incluem:
- Penhora de salário
  - Relato a agências de crédito
  - Venda da dívida
26. Os pacientes com quaisquer reclamações sobre a política ou o processo de ajuda financeira do Centro Médico podem ligar para a linha direta de reclamações do Departamento de Saúde do Estado de Nova York, telefone 1-800-804-5447. Essa informação também está incluída nas cartas de recusa.
27. Para pessoas não seguradas e no nível de pobreza igual ou abaixo de 100% do FPL aprovadas para receber ajuda financeira, a responsabilidade financeira do paciente será limitada aos valores nominais de pagamento relacionados abaixo para os seguintes serviços (consulte o Anexo A para informações sobre taxas):
- Paciente internado – \$150/alta
  - Cirurgia ambulatorial – \$150/procedimento
  - Serviços clínicos e de emergência para adultos – \$15/visita
  - Serviços clínicos e emergência pediátrica e pré-natal – sem custo
28. Para pessoas não seguradas e no nível de pobreza igual ou abaixo de 300% do FPL aprovadas para receber ajuda financeira, a responsabilidade financeira do paciente será baseada em uma escala de preços regressivos limitada aos valores que teriam sido pagos pelos mesmos serviços pelo Medicaid ou Medicare (consulte o Anexo A para obter informações sobre as taxas).
29. A política de ajuda financeira do Centro Médico também se estende a pessoas não seguradas e no nível de pobreza entre 300% e 500% do FPL aprovadas para receber ajuda financeira (consulte o Anexo A para obter informações sobre as taxas).

30. Pessoas não seguradas e no nível de pobreza acima de 500% do FPL residentes na área de atendimento principal do Centro Médico e que recebem cuidados médicos necessários ou de emergência são elegíveis para um desconto de cortesia (consulte o Anexo A para informações sobre taxas).
31. Nos casos em que a documentação de apoio não possa ser comprovada e/ou uma verificação Experian for devolvida sem informações, as cobranças ainda serão reduzidas para a categoria mais alta como desconto de cortesia, ou para 65% dos encargos, o que for menor dos dois.
32. O Centro Médico utiliza o método de análise retroativa para calcular o valor básico faturado. As taxas de ajuda financeira e o valor básico faturado devem ser avaliados até 30 de abril de cada ano. As taxas do Medicare e da operadora comercial são usadas no cálculo do AGB (valor básico faturado). A porcentagem do AGB está disponível mediante solicitação em qualquer um dos locais de ajuda financeira. Após a determinação da elegibilidade da assistência financeira, uma pessoa elegível para a política de ajuda financeira não pode ser cobrada mais do que o valor básico faturado por atendimento clinicamente necessário ou de emergência.
33. Uma comparação entre a porcentagem do AGB (valor básico faturado) e a taxa da categoria de ajuda financeira é feita para pacientes no nível de pobreza igual ou abaixo de 100% do FPL ou de até 500% do FPL. O valor limitado para Serviços Hospitalares no Anexo A é o seguinte (até 500% do FPL):
- A taxa de consulta na emergência não deve exceder 21% dos encargos hospitalares incorridos.
  - A taxa de cirurgia ambulatorial não deve exceder 39% dos encargos hospitalares incorridos.
  - As taxas de consulta clínica/patologia/encaminhamento ambulatorial não devem ultrapassar 37% dos encargos hospitalares incorridos.
  - A taxa de internação na emergência não deve exceder 32% dos encargos hospitalares incorridos.
34. A lista de provedores (ou seja, uma lista de provedores exceto hospitais) que fornecem atendimento clinicamente necessários e de emergência nas instalações do hospital. A lista mostra se os provedores estão cobertos pela política de ajuda financeira ou não. É mantida como um apêndice separado e é atualizada trimestralmente. Os pacientes podem encontrar uma cópia no site de ajuda financeira em <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> ou podem solicitar uma cópia impressa visitando ou ligando para os escritórios de ajuda financeira gratuitamente: 12 North 7<sup>th</sup> Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Escritório financeiro principal 914-361-6899.

Quaisquer exceções aos limites acima devem ser consideradas caso a caso e exigem a aprovação do Vice-Presidente Associado, Contas a Receber dos Serviços de Saúde; Vice-Presidente de Serviços Profissionais; ou Vice-Presidente de Finanças. Na implementação desta política, a administração e as instalações do Centro Médico devem cumprir todas as outras leis, regras e regulamentos federais, estaduais e locais que possam ser aplicados às atividades realizadas de acordo com esta política.

## Anexo A: Níveis e gráfico de ajuda financeira

2020	Categorias de renda bruta (limites superiores)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Nível de Pobreza Federal	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	Acima de 500%
Tamanho da família	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	Acima de 500%
1	\$12.760	\$15.950	\$19.140	\$22.330	\$23.606	\$25.520	\$31.900	\$38.280	\$51.040	\$63.800	\$63.800
2	\$17.240	\$21.550	\$25.860	\$30.170	\$31.894	\$34.480	\$43.100	\$51.720	\$68.960	\$86.200	\$86.200
3	\$21.720	\$27.150	\$32.580	\$38.010	\$40.182	\$43.440	\$54.300	\$65.160	\$86.880	\$108.600	\$108.600
4	\$26.200	\$32.750	\$39.300	\$45.850	\$48.470	\$52.400	\$65.500	\$78.600	\$104.800	\$131.000	\$131.000
5	\$30.680	\$38.350	\$46.020	\$53.690	\$56.758	\$61.360	\$76.700	\$92.040	\$122.720	\$153.400	\$153.400
6	\$35.160	\$43.950	\$52.740	\$61.530	\$65.046	\$70.320	\$87.900	\$105.480	\$140.640	\$175.800	\$175.800
7	\$39.640	\$49.550	\$59.460	\$69.370	\$73.334	\$79.280	\$99.100	\$118.920	\$158.560	\$198.200	\$198.200
8	\$44.120	\$55.150	\$66.180	\$77.210	\$81.622	\$88.240	\$110.300	\$132.360	\$176.480	\$220.600	\$220.600
Para cada pessoa adicional acrescentar	\$4.480	\$5.600	\$6.720	\$7.840	\$8.288	\$8.960	\$11.200	\$13.440	\$17.920	\$22.400	\$22.400

\* Baseado nas Diretrizes do Nível Federal de Pobreza de 2020

### Consultas na emergência:

até 100% do nível federal de pobreza – \$15 para adultos e \$0 para pré-natal e pediatria

até 125% do nível federal de pobreza – \$35

até 150% do nível federal de pobreza – 45

até 175% do nível federal de pobreza – \$65

até 185% do nível federal de pobreza – \$110

até 200% do nível federal de pobreza – \$155

até 250% do nível federal de pobreza – \$180

até 300% do nível federal de pobreza – \$225

até 500% do nível federal de pobreza – \$700

acima de 500% do nível federal de pobreza – taxa de desconto de cortesia de \$1.500



**Internação hospitalar de emergência:**

até 100% do nível federal de pobreza – \$150 por alta

até 125% do nível federal de pobreza – \$300 por alta

até 150% do nível federal de pobreza – \$500 por alta

até 175% do nível federal de pobreza – \$2.800 por alta

até 185% do nível federal de pobreza – \$4.700 por alta

até 200% do nível federal de pobreza – \$6.600 por alta

até 250% do nível federal de pobreza – \$7.600 por alta

até 300% do nível federal de pobreza – \$9.500 por alta

até 500% do nível federal de pobreza – \$11.000 por alta

acima de 500% do nível federal de pobreza – taxa de desconto de cortesia de \$16.000

**Consultas clínicas (para Clínicas Montefiore, Clínica de Saúde Mental, Consultório de Oncologia, Renal, Laboratório e Patologia):**

até 100% do nível federal de pobreza – \$15 para adultos e \$0 para pré-natal e pediatria

até 125% do nível federal de pobreza – \$20

até 150% do nível federal de pobreza – \$30

até 175% do nível federal de pobreza – \$45

até 185% do nível federal de pobreza – \$75

até 200% do nível federal de pobreza – \$105

até 250% do nível federal de pobreza – \$120

até 300% do nível federal de pobreza – \$150

até 500% do nível federal de pobreza – \$200

acima de 500% do nível federal de pobreza – taxa de desconto de cortesia de \$350

**Procedimentos clinicamente necessários – Ambulatório (excluindo procedimentos gastrointestinais):**

até 100% do nível federal de pobreza – \$150 por procedimento

até 125% do nível federal de pobreza – \$300 por procedimento

até 150% do nível federal de pobreza – \$400 por procedimento

até 175% do nível federal de pobreza – \$600 por procedimento

até 185% do nível federal de pobreza – \$1.000 por procedimento

até 200% do nível federal de pobreza – \$1.400 por procedimento

até 250% do nível federal de pobreza – \$1.600 por procedimento

até 300% do nível federal de pobreza – \$2.000 por procedimento

até 500% do nível federal de pobreza – \$3.500 por procedimento

acima de 500% do nível federal de pobreza – taxa de desconto de cortesia de \$5.000

**Procedimentos clinicamente necessários – Gastrointestinais:**

até 100% do nível federal de pobreza – \$100 por procedimento

até 125% do nível federal de pobreza – \$150 por procedimento

até 150% do nível federal de pobreza – \$200 por procedimento

até 175% do nível federal de pobreza – \$300 por procedimento

até 185% do nível federal de pobreza – \$500 por procedimento

até 200% do nível federal de pobreza – \$700 por procedimento

até 250% do nível federal de pobreza – \$800 por procedimento

até 300% do nível federal de pobreza – \$1.000 por procedimento

até 500% do nível federal de pobreza – \$1.800 por procedimento

acima de 500% do nível federal de pobreza – taxa de desconto de cortesia de \$2.500

**Radiologia – Raio X:**

até 100% do nível federal de pobreza – \$15

até 125% do nível federal de pobreza – \$15

até 150% do nível federal de pobreza – \$15

até 175% do nível federal de pobreza – \$15

até 185% do nível federal de pobreza – \$15

até 200% do nível federal de pobreza – \$15

até 250% do nível federal de pobreza – \$15

até 300% do nível federal de pobreza – \$15

até 500% do nível federal de pobreza – \$50

acima de 500% do nível federal de pobreza – desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

**Radiologia – Ultrassonografia:**

até 100% do nível federal de pobreza – \$15

até 125% do nível federal de pobreza – \$20

até 150% do nível federal de pobreza – \$25

até 175% do nível federal de pobreza – \$30

até 185% do nível federal de pobreza – \$35

até 200% do nível federal de pobreza – \$40

até 250% do nível federal de pobreza – \$45

até 300% do nível federal de pobreza – \$50

até 500% do nível federal de pobreza – \$100

acima de 500% do nível federal de pobreza – desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

**Radiologia – Mamografia:**

até 100% do nível federal de pobreza – \$25

até 125% do nível federal de pobreza – \$30

até 150% do nível federal de pobreza – \$35

até 175% do nível federal de pobreza – \$40

até 185% do nível federal de pobreza – \$50

até 200% do nível federal de pobreza – \$60

até 250% do nível federal de pobreza – \$70

até 300% do nível federal de pobreza – \$90

até 500% do nível federal de pobreza – \$130

acima de 500% do nível federal de pobreza – desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

**Radiologia – Tomografia computadorizada:**

até 100% do nível federal de pobreza – \$40

até 125% do nível federal de pobreza – \$45

até 150% do nível federal de pobreza – \$50

até 175% do nível federal de pobreza – \$60

até 185% do nível federal de pobreza – \$75

até 200% do nível federal de pobreza – \$90

até 250% do nível federal de pobreza – \$105

até 300% do nível federal de pobreza – \$130

até 500% do nível federal de pobreza – \$250

acima de 500% do nível federal de pobreza – desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

**Radiologia – Ressonância magnética**

até 100% do nível federal de pobreza – \$150

até 125% do nível federal de pobreza – \$175

até 150% do nível federal de pobreza – \$200

até 175% do nível federal de pobreza – \$250

até 185% do nível federal de pobreza – \$300

até 200% do nível federal de pobreza – \$350

até 250% do nível federal de pobreza – \$400

até 300% do nível federal de pobreza – \$500

até 500% do nível federal de pobreza – \$550

acima de 500% do nível federal de pobreza – desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

Para as taxas hospitalares para o nível de até 500% do FPL é feita uma comparação com o valor básico faturado e o paciente é responsável pelo menor dos dois valores.

**Todos os valores acima incluem a sobretaxa do Estado de Nova York.**

Pode-se apelar de todas as decisões desfavoráveis ou solicitações negadas dentro de 30 dias após a decisão.

Aprovado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Colleen Blye  
Vice-Presidente Executivo