

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVOS

SUJETO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	NÚMERO:	
TITULAR: Oficina del Presidente		
EN VIGENCIA FECHA:	REVISADA FECHA: 11/1/2015	SUPERVISA:
REFERENCIA:		

OBJETIVO:

Montefiore Mount Vernon Hospital (el Centro Médico) tiene como misión proporcionar atención de alta calidad para todos sus pacientes. Estamos comprometidos a atender a todos los pacientes, incluidos los de nuestra área de servicio que carecen de cobertura de seguro de salud y que no pueden pagar la totalidad o una parte de la atención esencial que reciben en el Centro Médico. Nos comprometemos a tratar a todos los pacientes con compasión, tanto cuando se encuentran en la cama como en la oficina de facturación, incluso al intentar cobrar los pagos. Además, nos comprometemos a defender un mayor acceso a la cobertura de salud para todos los neoyorquinos.

El centro médico se compromete a mantener las políticas de asistencia financiera que sean compatibles con su misión y valores, y que sean acordes a la capacidad del individuo para pagar los servicios de atención médica que sean médicamente necesarios.

DIRECTRICES DE LA POLÍTICA:

Esta política intenta cubrir las directrices del Centro Médico para la administración de la asistencia financiera a los pacientes que requieren atención de emergencia y servicios médicamente necesarios y que carecen de seguro de salud o hayan agotado todas las fuentes de pago del seguro. La asistencia financiera se proporciona a los pacientes con una incapacidad demostrada para pagar, a diferencia de la falta de disposición para pagar, que se considera deuda incobrable. La política cubre todos los servicios que se presten en Montefiore Mount Vernon, la Clínica de Enfermedades Infecciosas y los programas ACT/ICM (programa de salud mental).

1. La asistencia financiera estará disponible para los siguientes:
 - los pacientes sin seguro que residen en el área de servicio principal del Centro Médico y que reciben servicios médicamente necesarios o atención de emergencia (consulte el Anexo A para ver el gráfico y los niveles de ayuda financiera).
 - Los pacientes que residen en la zona de servicio principal del Centro Médico que agotaron sus beneficios médicos para recibir atención médicamente necesaria o de emergencia.
 - Salvo en lo que respecta a los servicios de emergencia, los pacientes deben residir en el área de servicio principal del Centro Médico para que un servicio particular sea categóricamente elegible

para recibir asistencia financiera. La zona primaria de servicio del Centro Médico es el estado de Nueva York. Los pacientes que residen fuera del estado de Nueva York que reciben atención de emergencia son elegibles para recibir asistencia financiera.

- La elegibilidad para recibir asistencia financiera por atención que no es de emergencia para no residentes del estado de Nueva York se determinará caso por caso y requiere la aprobación del vicepresidente. Si el paciente está aprobado para recibir asistencia financiera como una excepción, se lo evaluará usando los mismos criterios que para los pacientes que residen en el área de servicio primario (ingresos brutos y tamaño de la familia conformes 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 recibir asistencia financiera. Los pacientes pueden obtener un descuento por pago automático por los servicios que no están cubiertos.
 - La política de asistencia financiera sigue las directrices de EMTALA.
2. El Centro Médico no establece un límite en los servicios en función de la condición médica de un paciente.
 3. Las oficinas de asistencia financiera están ubicadas en la siguiente dirección:

12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Oficina Principal de Cajeros (914-361-6899/
MVFinancialAssistance@montefiore.org).

Las copias impresas de la política de asistencia financiera, el resumen de asistencia financiera o la aplicación Asistencia Financiera se encuentran disponibles a pedido, sin cargo, por correo postal o por correo electrónico. Las solicitudes por correo electrónico pueden enviarse a NRFinancialAssistance@montefiore.org.

También puede encontrarlas en el sitio web del establecimiento:

<http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.

4. Los pacientes sin seguro que reciben servicios en las sedes de la clínica ambulatoria del Centro Médico pueden solicitar asistencia financiera al momento de registrarse en la clínica. Todos los pacientes que reciben servicios a través de Montefiore pueden visitar la oficina de asistencia financiera que se menciona arriba para iniciar o completar sus solicitudes.
5. La determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera se hará lo antes posible durante el proceso de planificación de la atención y la programación. Los asesores asistirán a los pacientes que requieren asistencia para completar solicitudes de asistencia financiera. Los servicios de emergencia no se demorarán por decisiones financieras pendientes. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera previa a los servicios o después de la recepción de la factura. Los pacientes también pueden solicitar asistencia financiera después de enviar una factura a una agencia de cobranzas. No hay fecha límite para que un paciente pueda solicitar completar una solicitud de asistencia financiera.
6. Las aprobaciones de asistencia financiera serán válidas por un año. Se volverá a evaluar cada año a los pacientes que la soliciten.
7. Se espera que los pacientes o las partes sean financieramente responsables de la cooperación con el Centro Médico en lo que respecta a la aplicación de la cobertura del seguro público disponible

(por ejemplo, Medicaid, Child Health Plus y planes calificados de salud (durante la inscripción abierta) si se consideran potencialmente elegibles antes de que se tomen las decisiones de asistencia financiera. La elegibilidad para recibir asistencia financiera no está supeditada a completar una solicitud de Medicaid ni se demorará una decisión a la espera de una decisión de Medicaid.

8. Se utilizará el ingreso bruto vinculado con las pautas publicadas de ingresos del Nivel Federal de Pobreza (FPL, *Federal Poverty Level*) acorde al tamaño de la familia para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Las decisiones se toman solo en función de los ingresos anuales. Los activos no se toman en cuenta.
9. El Centro Médico verificará el nivel actual de ingresos. La prueba aceptable de ingresos es la siguiente:
 - Declaración de desempleo
 - Carta de asignación de pensión/seguro social
 - Recibos de sueldo/Carta de verificación de empleo
 - Carta de apoyo
 - Carta de certificación en la que se detallen los ingresos, ayudas o situación financiera actual si no existe ninguna otra prueba de ingreso
10. El personal de finanzas estará disponible para ayudarlo con las consultas de asistencia financiera. Se revisarán y se tomarán decisiones sobre las solicitudes de asistencia financiera prontamente y dentro de los 30 días hábiles para los servicios que no sean de emergencia. Los pacientes tienen 30 días para apelar la decisión inicial de asistencia financiera. Los pacientes recibirán las decisiones de asistencia financiera por correo postal, con una notificación en la parte inferior de la carta de aprobación/denegación en la que se explique cómo apelar esa decisión. Se les aconseja a los pacientes desestimar cualquier factura que hayan recibido mientras se procesa una solicitud. Las cuentas de los pacientes que han completado las solicitudes de asistencia financiera no se enviarán a cobranzas mientras las solicitudes se estén procesando.
11. El aviso sobre las políticas de asistencia financiera del Centro Médico se comunicará a los pacientes, al personal y a las agencias de servicios comunitarios locales. La política de ayuda financiera del Centro Médico estará disponible en varios idiomas y para cualquier parte que solicite esa información en los siguientes lugares:
 - Oficinas de admisiones
 - Oficinas de registro de salas de emergencia
 - <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>
 - Por correo postal a pedido
 - Contactándose con la oficina de asistencia financiera al 914-361-6899 o por correo electrónico a MVFinancialAssistance@montefiore.org

La disponibilidad de asistencia financiera y los números de teléfono de la oficina están impresos en la parte inferior de todas las facturas hospitalarias. También hay carteles publicados en las entradas que aconsejan a los pacientes acerca de los lugares en los que deben consultar para recibir asistencia financiera.

Todo el personal de admisión, de registro y de la agencia de cobranzas está capacitado en lo que respecta a la política de asistencia financiera del Centro Médico. Se ofrece un servicio interno en todas las áreas que consta de instrucciones sobre dónde se debe enviar a los pacientes que necesitan asistencia.

12. Los pacientes pueden apelar las decisiones de asistencia financiera del Centro Médico si se les niega la asistencia financiera o consideran que la decisión es desfavorable. Los pacientes que apelen las decisiones de asistencia financiera deben proporcionar evidencia de los ingresos y los gastos actuales. Los pacientes tienen 30 días para completar las solicitudes de apelación y se les notificarán las decisiones a través de un correo electrónico dentro de los 30 días siguientes a la presentación de las solicitudes de apelación.
En función de la información que se proporcionó, se pueden evaluar nuevas reducciones o planes de pago extendidos para los pacientes.
13. Se les ofrecen planes de pago a los pacientes si no pueden hacer pagos totales reducidos. Los pagos mensuales no deben exceder el 10 % del ingreso mensual de un paciente. Los planes de pago extendidos también se ofrecen a través del proceso de apelación. Si un paciente hace un depósito, se incluye como parte de pago del saldo de la asistencia financiera. El Centro Médico no cobra intereses sobre los saldos de los pacientes.
14. El Centro Médico mantiene políticas de facturación y cobro por separado. Se pueden encontrar en el sitio web del Centro Médico: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> o se puede solicitar una copia impresa contactándose con la Oficina de Asistencia Financiera.
15. Los pacientes recibirán un aviso 30 días antes de remitir cualquier cuenta a una agencia de cobranzas en caso de no solicitar o completar una solicitud de ayuda financiera o no realizar los pagos de un saldo de asistencia financiera.

16. **Criterios de la agencia de cobranzas primaria:**

Una vez que una cuenta se deriva a la agencia de cobranzas primaria, se llevar a cabo su proceso interno en busca de seguro de Medicaid activo; se verificarán la dirección y el número de teléfono, y la potencial elegibilidad para recibir cuidados caritativos si esto ya no se evaluó antes; y se realizará un proceso de devolución de correo. Al término de este proceso, se realizarán los siguientes esfuerzos de cobranzas:

- Se enviarán al menos entre 1 y 4 cartas.
- Se realizarán al menos entre 1 y 4 llamadas telefónicas.
- Las cuentas de pacientes fallecidos y en quiebra se devolverán para realizar la cancelación.
- Las cuentas con devolución de correo y sin número de teléfono se cerrarán y devolverán a MMC para su derivación a agencias de cobranzas secundarias.
- Las cuentas con cobranzas activas de 180 días a partir de la fecha de derivación se cierran y regresan a MMC para su derivación a agencias de cobranzas secundarias.

Criterios de agencias de cobranzas secundarias:

Una vez que una cuenta se deriva a la agencia de cobranzas primaria, se llevará a cabo su proceso interno en busca de seguro de Medicaid activo; se verificarán la dirección y el número de teléfono, y la potencial elegibilidad para recibir cuidados caritativos si esto ya no se evaluó antes; y se realizará un proceso de devolución de correo. Al término de este proceso, se realizarán los siguientes esfuerzos de cobranzas:

- Se enviarán al menos entre 1 y 4 cartas.
- Se realizarán al menos entre 1 y 4 llamadas telefónicas.
- Las cuentas de pacientes fallecidos y en quiebra se devolverán para realizar la cancelación.
- Las cuentas con devolución de correo y sin número de teléfono se cerrarán y devolverán a MMC para su cancelación.
- Las cuentas con cobranzas activas de 90 a 180 días a partir de la fecha de derivación se cierran y regresan a MMC para su cancelación.

17. El Centro Médico prohíbe realizar acciones de cobranza contra cualquier paciente que sea elegible para Medicaid al momento de prestar los servicios.
18. Todas las agencias de cobranzas afiliadas al Centro Médico tienen una copia de la política de ayuda financiera del Centro Médico, y derivarán a cualquier paciente que necesite asistencia al Centro Médico para que se evalúe y reduzca la factura en función del ingreso anual y del tamaño de la familia.
19. La Oficina de Asistencia Financiera mide el cumplimiento de su política mediante el envío de sus propios "Clientes silenciosos" a las áreas de ingreso y registro para garantizar que las publicaciones y los resúmenes se publiquen y estén disponibles, y que los asociados sepan que el Centro Médico ofrece asistencia financiera.
20. Se otorgará asistencia financiera total a los pacientes con facturas de pago automático pendientes y cobertura actual de Medicaid.
21. El estado migratorio no es un criterio en uso a la hora de determinar la elegibilidad.
22. El Centro Médico utiliza el método de análisis predictivo para ayudar a determinar si corresponde solicitar cuidados caritativos en ausencia de solicitudes de asistencia financiera. Se utilizan los servicios de Transunion para realizar esta evaluación. Tales hallazgos no harán que los pacientes no sean elegibles para recibir asistencia financiera. Si algún paciente completa una solicitud de asistencia financiera y adjunta documentación que evidencia que su ingreso es menor que la categoría que se determinó usando el método de análisis predictivo, la responsabilidad financiera del paciente se reducirá aún más al monto menor. Si el consumidor tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la consulta, puede comunicarse con la línea de Transunion Customer Care Credit al (800)-916-8800.
23. En los resúmenes de cuenta del Centro Médico, se informará a los pacientes si han recibido una asistencia financiera o un descuento de pago automático.
24. El centro Médico no toma medidas extraordinarias de cobranzas. Las medidas extraordinarias de cobranzas que no utilizamos incluyen las siguientes:
 - Embargo de salarios
 - Presentación de informes ante organismos de crédito
 - Venta de la deuda
25. Los pacientes que tengan quejas acerca de la política de asistencia financiera del Centro Médico o de sus procesos pueden llamar a la línea telefónica 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.
26. Para las personas sin seguro médico que se encuentren al 100 % del FPL o por debajo de este y que están aprobados para recibir asistencia financiera, se limitará la responsabilidad financiera del paciente al monto nominal que se indica a continuación para los siguientes servicios (consulte el Anexo A para ver las tarifas):
 - Pacientes internados: \$150 por alta
 - Cirugía ambulatoria: \$150 por procedimiento
 - Servicios de sala de emergencias y clínicos para adultos: \$15 por visita
 - Servicios clínicos prenatales y pediátricos de sala de emergencias: sin cargo
27. Para las personas sin seguro médico que se encuentren al 300 % del FPL o por debajo de este y que están aprobados para recibir asistencia financiera, la responsabilidad financiera del paciente se dará en función de una escala descendente con un tope de los montos que se habrían pagado por los mismos servicios de Medicaid o Medicare, (Consulte el Anexo A para ver las tasas).

28. La política de asistencia financiera del Centro Médico también se extiende a las personas sin seguro médico con entre el 300 % y el 500 % del FPL que están aprobados para recibir asistencia financiera (consulte el Anexo A para ver las tasas).
29. Los individuos sin seguro por encima del 500 % del FPL y que residen en la zona primaria de servicio del Centro Médico que reciben servicios médicamente necesarios o de emergencia son elegibles para recibir un descuento de cortesía (consulte el Anexo A para ver las tasas).
30. El Centro Médico utiliza retroactivo para calcular el monto general facturado. Las tasas de asistencia financiera y los Montos Generalmente Facturados (*AGB, Amount Generally Billed*) deben evaluarse para el 30 de abril de cada año calendario. Las tasas de Medicare y de los pagadores comerciales se utilizan en el cálculo del AGB. El porcentaje de AGB está disponible a pedido en cualquiera de las sedes de asistencia financiera. Luego de tomar la determinación de la elegibilidad para Asistencia Financiera, no se podrá cobrar a un individuo elegible un monto superior al generalmente facturado por servicios de emergencia o médicamente necesarios.

Se ofrece una comparación del porcentaje de AGB con la tasa de la categoría de ayuda financiera para los pacientes que se encuentran al 100 % del FPL o por debajo de este, y hasta el 500 % del FPL. La cantidad máxima por Servicios Hospitalarios en el Anexo A es la siguiente (hasta el 500 % del FPL):

- La tasa de visitas al servicio de urgencias no debe exceder el 33 % de los cargos hospitalarios efectuados.
 - La tasa de cirugía ambulatoria no debe exceder el 33 % de los cargos hospitalarios efectuados.
 - La tasa de tratamientos médicos oncológicos no debe exceder el 26 % de los cargos hospitalarios efectuados.
 - Las tasas de visitas clínicas/patológicas/renales/de análisis radiológicos/tratamientos con radiación no deben exceder el 36 % de los cargos hospitalarios efectuados.
 - La tasa de admisión para internación hospitalaria de emergencia no debe exceder el 44 % de los cargos hospitalarios efectuados.
31. La lista de proveedores (que es una lista de los proveedores que no son hospitales) que proporcionan servicios de emergencia y atención médicamente necesaria en las instalaciones del hospital. En la lista, se muestra si los proveedores están cubiertos por la política de asistencia financiera o no. Es un anexo separado y se actualiza cada tres meses. Los pacientes pueden encontrar una copia en el sitio web de asistencia financiera <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> o pueden solicitar una copia impresa sin cargo contactándose con las oficinas de asistencia financiera ubicadas en:

12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 - Oficina Principal de Cajeros 914-361-6899

Cualquier excepción a los límites anteriores se efectuará caso por caso y requerirá la aprobación del vicepresidente asociado del Departamento de Cobro de Servicios Médicos; del vicepresidente de Servicios Profesionales o del vicepresidente de Finanzas. En la aplicación de esta política, la gestión y las instalaciones del Centro Médico deberán cumplir con todas las demás leyes, normas y regulaciones federales, estatales o locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas en virtud de esta política.

Anexo A: Gráfico y Niveles de Asistencia Financiera

2015 NIVEL FEDERAL DE POBREZA	CATEGORÍAS DE INGRESOS BRUTOS (Límites superiores)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tamaño de la familia	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	Más del 500%
1	\$11,880	\$14,850	\$17,820	\$20,790	\$21,978	\$23,760	\$29,700	\$35,640	\$47,520	\$59,400	
2	\$16,020	\$20,025	\$24,030	\$28,035	\$29,637	\$32,040	\$40,050	\$48,060	\$64,080	\$80,100	
3	\$20,160	\$25,200	\$30,240	\$35,280	\$37,296	\$40,320	\$50,400	\$60,480	\$80,640	\$100,800	
4	\$24,300	\$30,375	\$36,450	\$42,525	\$44,955	\$48,600	\$60,750	\$72,900	\$97,200	\$121,500	
5	\$28,440	\$35,550	\$42,660	\$49,770	\$52,614	\$56,880	\$71,100	\$85,320	\$113,760	\$142,200	
6	\$32,580	\$40,725	\$48,870	\$57,015	\$60,273	\$65,160	\$81,450	\$97,740	\$130,320	\$162,900	
7	\$36,730	\$45,913	\$55,095	\$64,278	\$67,951	\$73,460	\$91,825	\$110,190	\$146,920	\$183,650	
8	\$40,890	\$51,113	\$61,335	\$71,558	\$75,647	\$81,780	\$102,225	\$122,670	\$163,560	\$204,450	
Por cada persona adicional, agregar .	\$4,160	\$5,200	\$6,240	\$7,280	\$7,696	\$8,320	\$10,400	\$12,480	\$16,640	\$20,800	

* Según el Índice Federal de Pobreza de 2016

Visitas a la sala de emergencias:

- Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15 por adultos y \$0 por prenatales y pediátricas
- Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$35
- Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$45
- Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$65
- Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$110
- Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$155
- Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$180
- Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$225
- Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$700
- Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía de \$1500

Admisiones para internación de emergencia:

- Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$150 por alta
- Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$300 por alta
- Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$500 por alta
- Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$2,800 por alta
- Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$4,700 por alta
- Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$6,600 por alta
- Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$7,600 por alta
- Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$9,500 por alta
- Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$11,000 por alta
- Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía de \$16,000 por alta

Visitas clínicas (en las sedes de Montefiore, Clínica de Salud Mental, Oficina Oncológica, Renal, de Laboratorio y de Patología):

- Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15 por adultos y \$0 por prenatales y pediátricas
- Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$20
- Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$30
- Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$45
- Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$75
- Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$105
- Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$120
- Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$150
- Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$200
- Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía de \$350

Procedimientos médicamente necesarios/Ambulatorios (excepto gastrointestinales):

- Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$150 por procedimiento
- Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$300 por procedimiento
- Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$400 por procedimiento
- Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$600 por procedimiento
- Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$1000 por procedimiento
- Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$1,400 por procedimiento
- Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$1,600 por procedimiento
- Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$2,000 por procedimiento
- Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$3,500 por procedimiento
- Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía de \$5,000

Procedimientos médicamente necesarios - Gastrointestinal:

- Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$100 por procedimiento
- Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$150 por procedimiento
- Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$200 por procedimiento
- Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$300 por procedimiento
- Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$500 por procedimiento
- Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$700 por procedimiento
- Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$800 por procedimiento
- Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$1,000 por procedimiento
- Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$1,800 por procedimiento
- Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía de \$2,500

Radiología - Radiografías:

- Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15
- Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15
- Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15
- Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15
- Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15
- Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15
- Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15
- Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15
- Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$50
- Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía al 100 % de la Tasa de Indemnización de Blue Cross

Radiología - Ecografías:

- Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$15
- Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$20
- Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$25
- Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$30
- Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$35
- Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$40
- Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$45
- Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$50
- Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$100
- Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía al 100 % de la Tasa de Indemnización de Blue Cross

Radiología - Mamografías:

- Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$25
- Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$30
- Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$35
- Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$40
- Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$50
- Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$60
- Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$70
- Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$90
- Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$130
- Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía al 100 % de la Tasa de Indemnización de Blue Cross

Radiología - Tomografías computadas:

- Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$40
- Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$45
- Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$50
- Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$60
- Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$75
- Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$90
- Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$105
- Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$130
- Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$250
- Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía al 100 % de la Tasa de Indemnización de Blue Cross

Radiología - Resonancias magnéticas:

- **Hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza: \$150**
- **Hasta el 125 % del Nivel Federal de Pobreza: \$175**
- **Hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza: \$200**
- **Hasta el 175 % del Nivel Federal de Pobreza: \$250**
- **Hasta el 185 % del Nivel Federal de Pobreza: \$300**
- **Hasta el 200 % del Nivel Federal de Pobreza: \$350**
- **Hasta el 250 % del Nivel Federal de Pobreza: \$400**
- **Hasta el 300 % del Nivel Federal de Pobreza: \$500**
- **Hasta el 500 % del Nivel Federal de Pobreza: \$550**
- **Más del 500 % del Nivel Federal de Pobreza: descuento de cortesía al 100 % de la Tasa de Indemnización de Blue Cross**

Para las tarifas hospitalarias de hasta el 500 % del FPL, existe una comparación con los montos generalmente facturados, y el paciente es responsable por el menor de los dos.

Todos los montos anteriores incluyen el recargo del Estado de Nueva York.

Todas las decisiones desfavorables o aplicaciones denegadas se pueden apelar dentro de los 30 días de la toma de la decisión.

Aprobado por: _____ Fecha: _____

Joel A. Perlman
Vicepresidente ejecutivo