

POLÍTICA E PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

ASSUNTO: POLÍTICA DE AJUDA FINANCEIRA

NÚMERO:

RESPONSÁVEL: Gabinete do Presidente

**DATA DE
VIGÊNCIA: 11/2013**

**DATA DA
REVISÃO: 04/2019**

SUBSTITUI: 4/18

REFERÊNCIA:

FINALIDADE

O Montefiore Mount Vernon Hospital (o 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 ou por parte dos cuidados essenciais que recebem no Centro Médico. Temos o compromisso de tratar todos os pacientes com compaixão, desde o tratamento junto ao leito até a área de cobranças, incluindo nossos esforços de cobrança de pagamentos. Além disso, estamos comprometidos em defender o acesso ampliado à saúde para todos os noviorquinos.

O Centro Médico está comprometido em manter políticas de ajuda financeira que sejam consistentes com sua missão e valores e que levem em conta a capacidade de um indivíduo de pagar por serviços de saúde clinicamente necessários.

DIRETRIZES DA POLÍTICA:

Esta política tem o propósito de abordar as diretrizes do Centro Médico para administrar assistência financeira para pacientes que precisam de atendimento clinicamente necessário ou de emergência e que não têm seguro saúde ou que esgotaram todas as fontes de pagamento de seguro. A ajuda financeira é fornecida a pacientes que comprovadamente não têm a capacidade de pagar, em contraste a uma indisposição a pagar, o que é considerado uma insolvência. 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 que residem na principal área de atendimento 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 Auxílio Financeiro); e
- Pacientes que residem na principal área de atendimento do Centro Médico e que esgotaram seus benefícios médicos para atendimento clinicamente necessário ou de emergência.

- Com exceção dos serviços de emergência, os pacientes devem residir na principal área de atendimento do Centro Médico para que um determinado serviço seja categoricamente elegível para ajuda financeira. A principal área de atendimento 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 primário (renda bruta e tamanho da família vinculados ao nível de pobreza federal).
- Para a continuar os cuidados, um vice-presidente pode aprovar um serviço não coberto, como assistência beneficente (ou seja, serviços de reabilitação, cuidados especiais etc.).
- 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 a serviços clinicamente necessários não cobertos e cobertos por dias que excedem o limite de tempo de permanência para pacientes elegíveis ou 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 escritórios de ajuda financeira estão localizados em:

- 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Principal escritório financeiro: 914-361-6899, [endereço de e-mail: MVFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:MVFinancialAssistance@montefiore.org).
- 16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801 Principal escritório financeiro: 914-365-3812, [endereço de e-mail: NRFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:NRFinancialAssistance@montefiore.org).

Cópias físicas da política de Ajuda Financeira, o resumo da Ajuda Financeira e/ou o 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. Elas também podem ser encontradas no site do local em:

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

4. Pacientes não segurados 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 atrasados por determinações financeiras. Os pacientes podem solicitar ajuda financeira antes de receber atendimento ou após o recebimento de uma fatura. Os pacientes também podem solicitar ajuda financeira após o envio de uma fatura a uma agência de cobrança. Não há prazo para um paciente solicitar o preenchimento de uma solicitação de ajuda financeira.
6. As aprovações de ajuda financeira serão válidas por um ano. Os pacientes serão reavaliados anualmente para continuidade da 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 publicadas do nível de pobreza federal, 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 suporte 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 decisões de ajuda financeira por correio, com notificação na parte inferior da carta de aprovação/negação explicando como recorrer da decisão. Os pacientes são aconselhados 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, sob demanda
 - Entrando em contato com o escritório de ajuda financeira pelo telefone 914-361-6899 ou via e-mail: MVFinancialAssistance@montefiore.org.

A disponibilidade da ajuda financeira é divulgada em:

- Todas as declarações de faturamento da instituição
- Cartazes informando os pacientes sobre a localização da sala para ajuda financeira, afixados nas entradas.
- <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, Faturamento e nos escritórios do Medicaid e em outras áreas de registro e 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 sobre para onde enviar pacientes que precisam de assistência.

12. Os pacientes podem recorrer de decisões de ajuda financeira do Centro Médico, caso a ajuda financeira a eles seja negada ou se considerarem a decisão desfavorável. Os pacientes que recorrem de 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.
13. Os pacientes recebem ofertas de planos de pagamento caso não possam efetuar pagamentos reduzidos na íntegra. Os pagamentos mensais não devem exceder 10% da renda mensal de um paciente. Os planos de pagamento estendidos também são oferecidos através do processo de recurso. Se um paciente fizer um depósito, ele será incluído como parte do pagamento para seu saldo de auxílio financeiro. O Centro Médico não cobra juros sobre os saldos dos pacientes.
14. 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.
15. Os pacientes receberão um aviso 30 dias antes de qualquer conta ser encaminhada a uma agência de cobrança porque não foi feita uma solicitação de ajuda financeira, porque a solicitação não foi preenchida ou porque um saldo de assistência financeira não foi pago.
16. **Crítérios da Agência Primária de Cobrança:**
Assim que uma conta for encaminhada à Agência Primária de Cobrança, ela realizará seu processo interno de busca por um seguro Medicaid ativo, verificação de endereço e telefone, elegibilidade para assistência beneficente, se já não tiver passado por triagem, e um processo de devolução de correspondência. Após a conclusão desse processo, os seguintes esforços de cobrança serão feitos:
 - Pelo menos 1 a 4 cartas serão enviadas
 - Pelo menos 1 a 4 ligações telefônicas serão feitas
 - Contas de pacientes falecidos e falidos serão devolvidas para baixa
 - Contas com retorno de correspondência e nenhum número de telefone são encerradas e retornadas ao Medicare Managed Care (MMC) para encaminhamento a agências secundárias de cobrança
 - Cobranças de contas inativas 180 dias a partir da data de encaminhamento são encerradas e devolvidas ao MMC para encaminhamento a agências secundárias de cobrança

Crítérios da Agência Secundária de Cobrança:

- Assim que uma conta for encaminhada à Agência Primária de Cobrança, ela realizará seu processo interno de busca por um seguro Medicaid ativo, verificação de endereço e telefone, elegibilidade para assistência beneficente, se já não tiver passado por triagem, e um processo de devolução de correspondência. Após a conclusão desse processo, os seguintes esforços de cobrança serão feitos:
- Pelo menos 1 a 4 cartas serão enviadas
 - Pelo menos 1 a 4 ligações telefônicas serão feitas
 - Contas de pacientes falecidos e falidos serão devolvidas para baixa
 - Contas com retorno de correspondência e nenhum número de telefone são encerradas e devolvidas ao MMC para baixa
 - Cobranças inativas de contas 90-180 dias a partir da data de encaminhamento são encerradas e devolvidas ao MMC para baixa

17. O Centro Médico proíbe cobranças contra qualquer paciente que seja elegível para o Medicaid no momento 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. Ajuda financeira integral será concedida a pacientes com faturas em aberto e cobertura atual do Medicaid.
21. 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 análise preditiva para auxiliar nas determinações de assistência beneficente. A Transunion é utilizada para essa triagem. Essas descobertas não tornarão os pacientes inelegíveis para assistência financeira. Se um paciente preencher uma solicitação de ajuda financeira com documentação demonstrando que sua renda é menor do que a categoria determinada usando análise preditiva, a responsabilidade financeira do paciente será reduzida ainda mais para o valor mais baixo. Se os consumidores tiverem dúvidas ou preocupações sobre a investigação, eles poderão entrar em contato com a linha de crédito de atendimento ao consumidor da Transunion pelo número (800)-916-8800.
24. As declarações de faturamento do Centro Médico aconselharão os pacientes que tiverem recebido ajuda financeira ou desconto do 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 New York State Department of Health (Departamento de Saúde do estado de Nova York) pelo número 1-800-804-5447. Essa informação também está incluída em cartas de recusa.
27. Para indivíduos não segurados com ou abaixo de 100% de nível de pobreza federal aprovados 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 obter informações sobre taxas):
 - Paciente internado - US\$ 150/alta
 - Cirurgia ambulatorial - US\$ 150/procedimento
 - Serviços clínicos e de emergência para adultos - US\$ 15/visita
 - Serviços clínicos e emergência pediátrica e pré-natal - sem custo

28. Para indivíduos não segurados com ou abaixo de 300% do nível de pobreza federal e aprovados 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 taxas).
29. A política de ajuda financeira do Centro Médico também se estende a indivíduos não segurados entre 300% e 500% do nível de pobreza federal e aprovados para receber ajuda financeira (consulte o Anexo A para obter informações sobre taxas).
30. Indivíduos não segurados acima de 500% do nível de pobreza federal que residem na principal área de atendimento do Centro Médico e que recebem cuidados médicos necessários ou de emergência são elegíveis para um desconto de cortesia (consulte o Anexo A para obter informações sobre taxas).
31. Nos casos em que a documentação de apoio não puder 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 65% dos encargos, o que for menor.
32. O Centro Médico utiliza o método de análise retroativa para calcular a quantia geralmente faturada. As taxas de ajuda financeira e a quantia geralmente faturada devem ser avaliadas até 30 de abril de cada ano. As taxas do Medicare e da operadora comercial são usadas no cálculo da QGF. A porcentagem da Quantia Geralmente Faturada (QGF) está disponível mediante solicitação em qualquer um dos locais de ajuda financeira. Após a determinação da elegibilidade da assistência financeira, um indivíduo elegível para a Política de Ajuda Financeira não pode ser cobrado mais do que a quantia geralmente faturada por atendimento clinicamente necessário ou de emergência.
33. Uma comparação entre a porcentagem da QGF e a taxa da categoria de ajuda financeira é feita para pacientes que se enquadram em ou abaixo de 100% do nível de pobreza federal até 500% do nível de pobreza federal. O valor limitado para Serviços Hospitalares no Anexo A é o seguinte (até 500% do nível de pobreza federal):
 - A taxa de consulta na emergência não deve exceder 24% dos encargos hospitalares incorridos.
 - A taxa de cirurgia ambulatorial não deve exceder 25% dos encargos hospitalares incorridos.
 - A taxa de tratamento médico oncológico não deve exceder 19% dos encargos hospitalares incorridos.
 - As taxas de consulta clínica/patologia/renal/radiologia/tratamento de radiação não devem exceder 19% dos encargos hospitalares incorridos.
 - A taxa de internação na emergência não deve exceder 26% dos encargos hospitalares incorridos.
34. A lista de provedores (que é 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 física visitando ou ligando para os escritórios de ajuda financeira gratuitamente: 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Principal escritório financeiro 914-361-6899.

Quaisquer exceções aos limites acima devem ser feitas 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: Gráfico e níveis de ajuda financeira

Nível de pobreza federal de 2019	Categorias de renda bruta (limites superiores)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tamanho da família	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	acima de 500%
1	\$12.490	\$15.613	\$18.210	\$21.245	\$22.459	\$24.280	\$30.350	\$36.420	\$48.560	\$60.700	\$60.700
2	\$16.910	\$21.138	\$24.690	\$28.805	\$30.451	\$32.920	\$41.150	\$49.380	\$65.840	\$82.300	\$82.300
3	\$21.330	\$26.663	\$31.170	\$36.365	\$38.443	\$41.560	\$51.950	\$62.340	\$83.120	\$103.900	\$103.900
4	\$25.750	\$32.188	\$37.650	\$43.925	\$46.435	\$50.200	\$62.750	\$75.300	\$100.400	\$125.500	\$125.500
5	\$30.170	\$37.713	\$44.130	\$51.485	\$54.427	\$58.840	\$73.550	\$88.260	\$117.680	\$147.100	\$147.100
6	\$34.590	\$43.238	\$50.610	\$59.045	\$62.419	\$67.480	\$84.350	\$101.220	\$134.960	\$168.700	\$168.700
7	\$39.010	\$48.763	\$57.090	\$66.605	\$70.411	\$76.120	\$95.150	\$114.180	\$152.240	\$190.300	\$190.300
8	\$43.430	\$54.288	\$63.570	\$74.165	\$78.403	\$84.760	\$105.950	\$127.140	\$169.520	\$211.900	\$211.900
Para cada pessoa adicional, somar	\$4.420	\$5.525	\$6.480	\$7.560	\$7.992	\$8.640	\$10.800	\$12.960	\$17.280	\$21.600	\$21.600

*Baseado nas Diretrizes da Pobreza Federal de 2019

Consultas na emergência:

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15 para adultos e US\$ 0 para pré-natal e pediatria
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 35
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 45
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 65
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 110
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 155
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 180
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 225
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 700
acima 500% do nível de pobreza federal	--	taxa de desconto de cortesia de US\$ 1.500

Internação hospitalar de emergência:

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 150 por alta
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 300 por alta
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 500 por alta
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 2.800 por alta
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 4.700 por alta
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 6.600 por alta
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 7.600 por alta
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 9.500 por alta
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 11.000 por alta
acima 500% do nível de pobreza federal	--	taxa de desconto de cortesia de US\$ 16.000 por alta

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

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15 para adultos e US\$ 0 para pré-natal e pediatria
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 20
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 30
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 45
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 75
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 105
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 120
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 150
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 200
acima 500% do nível de pobreza federal	--	taxa de desconto de cortesia de US\$ 350

Procedimentos clinicamente necessários - ambulatório (excluindo procedimentos gastrointestinais):

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 150 por procedimento
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 300 por procedimento
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 400 por procedimento
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 600 por procedimento
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 1.000 por procedimento
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 1.400 por procedimento
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 1.600 por procedimento
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 2.000 por procedimento
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 3.500 por procedimento
acima 500% do nível de pobreza federal	--	taxa de desconto de cortesia de US\$ 5.000

Procedimentos clinicamente necessários - gastrointestinais:

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 100 por procedimento
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 150 por procedimento
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 200 por procedimento
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 300 por procedimento
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 500 por procedimento
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 700 por procedimento
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 800 por procedimento
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 1.000 por procedimento
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 1.800 por procedimento
acima 500% do nível de pobreza federal	--	taxa de desconto de cortesia de US\$ 2.500

Radiologia - Raio X:

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 50
acima 500% do nível de pobreza federal	--	desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

Radiologia - Ultrassonografia:

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 15
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 20
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 25
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 30
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 35
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 40
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 45
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 50
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 100
acima 500% do nível de pobreza federal	--	desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

Radiologia - Mamografia:

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 25
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 30
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 35
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 40
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 50
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 60
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 70
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 90
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 130
acima 500% do nível de pobreza federal	--	desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

Radiologia - Tomografia computadorizada:

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 40
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 45
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 50
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 60
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 75
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 90
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 105
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 130
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 250
acima 500% do nível de pobreza federal	--	desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

Radiologia- Ressonância magnética

até 100% do nível de pobreza federal	--	US\$ 150
até 125% do nível de pobreza federal	--	US\$ 175
até 150% do nível de pobreza federal	--	US\$ 200
até 175% do nível de pobreza federal	--	US\$ 250
até 185% do nível de pobreza federal	--	US\$ 300
até 200% do nível de pobreza federal	--	US\$ 350
até 250% do nível de pobreza federal	--	US\$ 400
até 300% do nível de pobreza federal	--	US\$ 500
até 500% do nível de pobreza federal	--	US\$ 550
acima 500% do nível de pobreza federal	--	desconto de cortesia em 100% da taxa de indenização da Blue Cross

Para as taxas hospitalares de até 500% do nível de pobreza federal, há uma comparação com a quantia geralmente faturada e o paciente é responsável pela menor das duas quantias.

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:

Colleen Blye

Colleen Blye
Vice-Presidente Executivo

Data:

30 de abril de 2019