

POLITICA E PROCEDURA AMMINISTRATIVA

OGGETTO: POLITICA PER I SUSSIDI

NUMERO:

TITOLARE: Carica di Presidente

**DATA DI ENTRATA IN
VIGORE: 11/2013**

**DATA DI REVISIONE:
04/2019**

SOSTITUISCE: 4/18

RIFERIMENTO:

FINALITÀ

L'obiettivo perseguito dal Montefiore Mount Vernon Hospital ("Centro medico") consiste nel fornire un'assistenza di alta qualità a tutti i propri pazienti. Ci impegniamo a prestare i nostri servizi a tutti i pazienti, compresi quelli della nostra zona di assistenza privi di una copertura assicurativa sanitaria e non in grado di sostenere in tutto o in parte il costo dell'assistenza essenziale ricevuta presso il Centro medico. Ci impegniamo a offrire a tutti i pazienti un trattamento comprensivo, sia in fase di ricovero che nella riscossione dei pagamenti e in tutte le altre operazioni. Ci impegniamo inoltre a favorire un accesso più ampio alla copertura sanitaria per tutti gli abitanti di New York.

Il Centro medico si impegna ad applicare politiche di sussidio coerenti con le proprie finalità e i propri valori e in grado di tenere conto delle condizioni economiche di ogni paziente e della sua capacità di pagare le prestazioni di assistenza sanitaria necessarie.

LINEE GUIDA DELLA POLITICA:

La presente politica contiene le linee guida del Centro medico per la prestazione dell'assistenza finanziaria a pazienti che hanno bisogno di trattamenti assistenziali di emergenza necessari dal punto di vista medico che non dispongono di un'assicurazione sanitaria o che hanno esaurito tutte le opzioni di pagamento assicurativo. I sussidi vengono forniti ai pazienti che possono dimostrare di non essere in grado di pagare, condizione diversa dalla riluttanza a pagare, che darà invece luogo a un credito inesigibile. La presente politica descrive tutti i servizi prestati nelle strutture Montefiore Mount Vernon, Infectious Disease Clinic e ACT/ICM (Mental Health Program).

1. I sussidi sono destinati ai seguenti soggetti:

- Pazienti non assicurati residenti nella zona di assistenza principale del Centro medico, destinatari di prestazioni necessarie dal punto di vista medico o di emergenza (vedi l'allegato A con lo schema delle fasce per i sussidi); e
- Pazienti residenti nella zona di assistenza principale del Centro medico che hanno esaurito tutte le opzioni di pagamento assicurativo per prestazioni necessarie dal punto di vista medico o di emergenza.

- Ad eccezione delle prestazioni di emergenza, i pazienti devono risiedere nella zona di assistenza principale del Centro medico per avere diritto ai sussidi. La zona di assistenza principale del Centro medico è lo Stato di New York. I pazienti residenti al di fuori dello Stato di New York destinatari di prestazioni di emergenza hanno diritto a ricevere sussidi.
- L'idoneità a beneficiare dei sussidi da parte dei non residenti nello Stato di New York verrà determinata caso per caso previa approvazione del Vicepresidente. In caso di approvazione della richiesta di ricevere sussidi in via eccezionale, il paziente interessato verrà sottoposto a screening in base agli stessi criteri dei pazienti residenti nella zona di assistenza principale (reddito lordo e dimensioni del nucleo familiare in relazione alla soglia di povertà federale).
- Per garantire la continuità dell'assistenza, un Vicepresidente può approvare una prestazione non coperta come assistenza per indigenti (ad esempio, servizi di riabilitazione, cure specialistiche, ecc.).
- Gli interventi non ritenuti necessari dal punto di vista medico (ad esempio, chirurgia estetica, trattamenti della sterilità) non danno diritto a ricevere sussidi. I pazienti possono ottenere una riduzione pagata in proprio per le prestazioni non coperte.
- La politica per i sussidi è conforme alle linee guida EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, Legge sulle cure mediche di emergenza e il travaglio attivo).
- La presente politica per i sussidi riguarda inoltre la mancanza di copertura per le prestazioni necessarie dal punto di vista medico e per le spese per i giorni che superano un limite di durata del ricovero per i pazienti idonei o coperti dall'assistenza Medicaid o che soddisfano i criteri della politica del Centro medico.

2. Il Centro medico non stabilisce limiti alle prestazioni in base alle condizioni di salute del paziente.

3. Gli uffici per i sussidi (Financial Aid Office) si trovano ai seguenti recapiti:

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

Le copie cartacee della presente politica per i sussidi, il riepilogo dei sussidi e/o il modulo di domanda di sussidi sono disponibili gratuitamente su richiesta per posta o via e-mail. Le richieste via e-mail devono essere inviate all'indirizzo MVFinancialAssistance@montefiore.org. Le suddette informazioni sono inoltre reperibili sul sito web <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.

4. I pazienti non assicurati che ricevono prestazioni presso le sedi ambulatoriali del Centro medico possono richiedere i sussidi al momento dell'accettazione nella struttura clinica. Tutti i pazienti che ricevono prestazioni presso Montefiore possono visitare gli uffici per i sussidi o compilare il modulo di domanda.

5. La determinazione dell'idoneità a ricevere i sussidi dovrà essere effettuata in maniera tempestiva nell'ambito della procedura di pianificazione e programmazione dell'assistenza. I pazienti possono contare sull'assistenza di consulenti ai fini della compilazione delle domande di sussidi. Le prestazioni di emergenza non potranno mai essere soggette a ritardi dovuti al completamento delle valutazioni finanziarie. I pazienti possono richiedere i sussidi prima di beneficiare delle prestazioni o dopo aver ricevuto una fattura. I pazienti possono inoltre richiedere i sussidi dopo la trasmissione della fattura a un'agenzia di recupero crediti. Non sono previsti termini di scadenza per la presentazione di una domanda di sussidi da parte di un paziente.

6. L'approvazione dei sussidi rimane valida per un anno. I pazienti vengono sottoposti a una nuova valutazione dell'idoneità a ricevere i sussidi con cadenza annuale.

7. I pazienti o le parti finanziariamente responsabili sono tenuti a collaborare con il Centro medico ai fini della richiesta di copertura assicurativa pubblica (ad esempio, Medicaid, Child Health Plus e altri programmi sanitari disponibili, in fase di libero accesso), se considerati potenzialmente idonei. L'idoneità a ricevere i sussidi non è condizionata alla presentazione di una domanda Medicaid e l'assegnazione dell'idoneità non può essere soggetta a ritardi in attesa di una decisione da parte di Medicaid.
8. Per determinare l'idoneità a ricevere i sussidi, verrà considerato il reddito lordo associato alle linee guida sul reddito in base alla soglia di povertà federale (Federal Poverty Level, FPL) pubblicate e rettificata in base alle dimensioni del nucleo familiare. Le decisioni si basano esclusivamente sul reddito annuo. Il patrimonio non viene preso in considerazione.
9. Il Centro medico deve verificare il reddito attuale. Ai fini dell'attestazione del reddito sono accettati i seguenti documenti:
 - Dichiarazione di disoccupazione
 - Lettera di assegnazione di previdenza sociale/pensione
 - Buste paga/lettera di attestazione di impiego
 - Lettera di sostegno
 - Lettera di attestazione con indicazione di reddito, sostegno e/o situazione finanziaria attuale se non sono disponibili altre attestazioni del reddito
10. I pazienti potranno contare sulla disponibilità di personale addetto alla contabilità in grado di fornire consulenza sui sussidi. Le domande di sussidi dovranno essere esaminate e valutate in maniera tempestiva entro 30 giorni lavorativi per le prestazioni non di emergenza. I pazienti hanno 30 giorni di tempo per presentare ricorso contro una decisione iniziale sui sussidi. I pazienti riceveranno le decisioni sui sussidi per posta ordinaria, con un avviso in fondo alla lettera di approvazione/rifiuto in cui vengono illustrate le modalità per la presentazione di un ricorso contro la decisione. I pazienti possono ignorare le fatture ricevute durante il periodo di valutazione della domanda. I pazienti che hanno presentato la domanda di sussidi non potranno essere soggetti a provvedimenti di riscossione durante il periodo di valutazione della domanda.
11. Le informazioni relative alle politiche per i sussidi del Centro medico devono essere comunicate ai pazienti, al personale e alle agenzie di assistenza della comunità locale. La politica per i sussidi del Centro medico sarà disponibile in diverse lingue (spagnolo, portoghese brasiliano, arabo, creolo haitiano e italiano) per coloro che richiedono le informazioni nelle seguenti modalità:
 - Uffici per il ricovero
 - Uffici di accettazione in pronto soccorso
 - <https://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>
 - Via e-mail su richiesta
 - Contattando l'ufficio per i sussidi al numero 914-361-6899 o via e-mail all'indirizzo MVFinancialAssistance@montefiore.org.

La disponibilità dei sussidi è resa pubblica nelle seguenti modalità:

- Su tutti i documenti di fatturazione delle strutture
- Avvisi affissi negli ingressi che informano i pazienti dell'ubicazione degli uffici presso cui richiedere i sussidi.
- <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>
- Nel fascicolo informativo con domande e risposte sulle prestazioni interne non cliniche annuali.
- Avvisi affissi alle pareti del pronto soccorso, dell'ufficio per il ricovero, dell'ufficio di fatturazione e della sede Medicaid, e in altri uffici di registrazione e sale di attesa.

Tutto il personale delle agenzie di accettazione, registrazione e recupero crediti ha seguito un corso di formazione sulla politica per i sussidi del Centro medico. Tutti i locali dotati di istruzioni su dove indirizzare i pazienti che necessitano di assistenza hanno a disposizione un servizio per le prestazioni interne.

12. I pazienti possono presentare ricorso contro le decisioni del Centro medico sui sussidi in caso di rifiuto della richiesta o se ritengono che la decisione assunta non sia equa. I pazienti che presentano ricorso contro le decisioni sui sussidi devono fornire un'attestazione del reddito e delle spese attuali. I pazienti hanno 30 giorni di tempo per presentare le domande di ricorso e verranno informati delle decisioni via e-mail entro 30 giorni dalla suddetta presentazione. In base alle informazioni fornite, può essere valutata l'idoneità dei pazienti a ricevere ulteriori riduzioni o a partecipare a piani di pagamento dilazionati.
13. I pazienti che non sono in grado di effettuare interamente i pagamenti in forma ridotta possono avvalersi di piani di pagamento. I pagamenti mensili non possono superare il 10% del reddito mensile del paziente. I piani di pagamento dilazionati vengono inoltre proposti tramite la procedura di ricorso. Gli eventuali anticipi versati dai pazienti vengono conteggiati come pagamento in relazione al saldo dei sussidi. Il Centro medico non addebita interessi sul saldo dei pazienti.
14. Il Centro medico adotta una politica di fatturazione e recupero crediti distinta e separata. Tale politica è reperibile sul sito web del Centro medico: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>; in alternativa, è possibile richiederne una copia cartacea contattando l'ufficio per i sussidi.
15. Trenta giorni prima che una posizione venga trasmessa a un'agenzia di recupero crediti per mancata richiesta o compilazione di una domanda di sussidi o per il mancato pagamento per l'assistenza finanziaria, i pazienti riceveranno una comunicazione in merito.
16. **Criteri per l'agenzia di recupero crediti principale:**
In seguito alla trasmissione di una posizione all'agenzia di recupero crediti principale, quest'ultima avvierà una procedura interna di verifica di un'eventuale assicurazione Medicaid attiva, verifica dell'indirizzo e del recapito telefonico, valutazione della potenziale idoneità a ricevere l'assistenza per indigenti, qualora non sia stata già eseguita una valutazione in tal senso, e la restituzione postale al mittente. Al termine di questa procedura, verranno attuate le seguenti procedure di recupero crediti:
 - Un minimo di 1-4 lettere inviate
 - Un minimo di 1-4 telefonate effettuate
 - Le posizioni dei pazienti deceduti e insolventi verranno segnalate per effettuare lo storno
 - Le posizioni con restituzione postale al mittente e prive di recapito telefonico verranno chiuse e rispedite a MMC (assistenza gestita Medicaid) per essere trasmesse alle agenzie di recupero crediti secondarie.
 - Il recupero crediti per le posizioni rimaste inattive per 180 giorni dalla data di trasmissione verrà chiuso e restituito a MMC per essere trasmesso alle agenzie di recupero crediti secondarie.

Criteri per l'agenzia di recupero crediti secondaria:

- In seguito alla trasmissione di una posizione all'agenzia di recupero crediti principale, quest'ultima avvierà una procedura interna di verifica di un'eventuale assicurazione Medicaid attiva, verifica dell'indirizzo e del recapito telefonico, valutazione della potenziale idoneità a ricevere l'assistenza per indigenti, qualora non sia stata già eseguita una valutazione in tal senso, e la restituzione postale al mittente. Al termine di questa procedura, verranno attuate le seguenti procedure di recupero crediti:
- Un minimo di 1-4 lettere inviate
 - Un minimo di 1-4 telefonate effettuate
 - Le posizioni dei pazienti deceduti e insolventi verranno segnalate per effettuare lo storno
 - Le posizioni con restituzione postale al mittente e prive di recapito telefonico verranno chiuse e rispedite a MMC per lo storno
 - Il recupero crediti per le posizioni rimaste inattive per 90-180 giorni dalla data di trasmissione verrà chiuso e restituito a MMC per lo storno

17. Il Centro medico vieta il recupero crediti nei confronti di qualsiasi paziente idoneo a Medicaid al momento della prestazione dell'assistenza.
18. Tutte le agenzie di recupero crediti affiliate al Centro medico dovranno avere a disposizione una copia della politica per i sussidi del Centro medico e rinviare tutti i pazienti che hanno bisogno di assistenza al Centro medico per la valutazione e la riduzione di una fattura in base al reddito annuo e alle dimensioni del nucleo familiare.
19. L'ufficio per i sussidi valuta la conformità alla politica inviando "clienti fittizi" nei luoghi di accettazione e registrazione per verificare l'affissione e la disponibilità di avvisi e opuscoli e accertarsi che le strutture associate siano a conoscenza del fatto che il Centro medico offre sussidi.
20. I sussidi completi verranno concessi ai pazienti con fatture scadute con detrazione automatica e attualmente dotati di copertura Medicaid.
21. I sussidi completi verranno concessi ai pazienti senza fissa dimora. I rapporti delle ambulanze possono essere una fonte di riferimento per documentare che il paziente è privo di domicilio.
22. Lo status di immigrato non è un criterio adottato per determinare l'idoneità.
23. Il Centro medico ricorre all'analisi predittiva per facilitare le decisioni in merito all'assistenza per indigenti in assenza di presentazione di domande di sussidi. Questa valutazione viene affidata a Transunion. I risultati ottenuti non determinano la mancanza di idoneità dei pazienti a ricevere i sussidi. Se un paziente presenta una domanda di sussidi corredata da documenti che attestano che il suo reddito è inferiore a quello della fascia definita mediante analisi predittiva, la responsabilità finanziaria del paziente verrà ulteriormente ridotta all'importo inferiore. Per eventuali domande o dubbi relativi alla richiesta, i consumatori possono contattare il servizio Transunion Customer Care Credit Line al numero (800)-916-8800.
24. Dai documenti di fatturazione del Centro medico i pazienti potranno vedere se hanno ricevuto un sussidio o una detrazione automatica.
25. Il Centro medico non adotta misure straordinarie di recupero crediti. Non vengono adottate le seguenti misure straordinarie di recupero crediti:
 - Trattenute sullo stipendio
 - Segnalazione alle agenzie per il credito
 - Cessione di crediti
26. I pazienti che vogliono presentare un reclamo in merito alla politica o per i sussidi o alle relative procedure del Centro medico possono contattare la linea per i reclami del Dipartimento di salute dello Stato di New York (New York State Department of Health Complaint Hotline) al numero 1-800-804-5447. Queste informazioni sono inoltre riportate sulle lettere di rifiuto.
27. Per i soggetti non assicurati che si trovano al 100% o a una percentuale inferiore della FPL e sono in possesso di una domanda di sussidi approvata, la responsabilità finanziaria dei pazienti sarà limitata agli importi nominali di pagamento indicati di seguito per le seguenti prestazioni (vedi l'allegato A con le tariffe):
 - Ricovero - \$150/dimissione
 - Intervento ambulatoriale - \$150/procedura
 - Prestazioni di pronto soccorso e mediche per pazienti adulti - \$15/visita
 - Prestazioni di pronto soccorso e mediche prenatali e pediatriche - gratuite

28. Per i soggetti non assicurati che si trovano al 300% o a una percentuale inferiore della FPL e sono in possesso di una domanda di sussidi approvata, la responsabilità finanziaria dei pazienti si baserà su uno schema a tariffa flessibile con un tetto corrispondente agli importi che sarebbe stato necessario pagare per le stesse prestazioni fornite da Medicaid o Medicare (vedi l'allegato A con le tariffe).
29. La politica per i sussidi del Centro medico si estende inoltre ai soggetti non assicurati compresi tra il 300% e il 500% della FPL e in possesso di una domanda di sussidi approvata (vedi l'allegato A con le tariffe).
30. I soggetti non assicurati che si trovano al di sopra del 500% della FPL residenti nella zona di assistenza principale del Centro medico, destinatari di prestazioni necessarie dal punto di vista medico o di assistenza di emergenza, hanno diritto a ricevere una riduzione di cortesia (vedi l'allegato A con le tariffe).
31. Se non è possibile corroborare la documentazione fornita a supporto della richiesta e/o un controllo Experian non rileva informazioni, le spese verranno comunque ridotte alla fascia più alta come riduzione di cortesia o al 65% delle spese, a seconda dell'importo minore tra i due.
32. Il Centro medico utilizza il metodo dell'esame retroattivo per calcolare l'importo generalmente fatturato. Le percentuali dei sussidi e l'importo generalmente fatturato devono essere definiti entro il 30 aprile di ogni anno solare. Le percentuali Medicare e della parte commerciale che eroga i pagamenti vengono utilizzate ai fini del calcolo dell'importo generalmente fatturato (Amount Generally Billed, AGB). La percentuale AGB è disponibile su richiesta in uno dei punti informativi per i sussidi. In seguito alla determinazione dell'idoneità a ricevere i sussidi, non è possibile addebitare un importo maggiore di quello generalmente fatturato per prestazioni di assistenza di emergenza o necessarie da un punto di vista medico a un soggetto idoneo ai fini della politica per i sussidi.
33. Viene effettuato un confronto tra la percentuale AGB e la percentuale della fascia di sussidi per i pazienti che si trovano al 100% o a una percentuale inferiore della FPL fino al 500% della FPL. Per gli importi relativi alle prestazioni ospedaliere nell'allegato A (fino al 500% della FPL) viene stabilito un tetto in base ai seguenti criteri:
- La percentuale di visite al pronto soccorso non deve superare il 24% delle spese ospedaliere sostenute.
 - La percentuale di interventi ambulatoriali non deve superare il 25% delle spese ospedaliere sostenute.
 - La percentuale di cure mediche oncologiche non deve superare il 19% delle spese ospedaliere sostenute.
 - La percentuale di visite mediche, test patologici, nefrologici, radiologici e radioterapie non deve superare il 19% delle spese ospedaliere sostenute.
 - La percentuale di ricoveri di emergenza non deve superare il 26% delle spese ospedaliere sostenute.
34. Nell'elenco dei fornitori, che diversamente dagli ospedali offrono prestazioni di assistenza di emergenza o necessarie da un punto di vista medico nelle strutture ospedaliere, viene indicato se i fornitori presentano o meno la copertura prevista dalla politica per i sussidi. L'elenco viene aggiornato ogni tre mesi e reso disponibile come appendice. I pazienti possono scaricarlo una copia sul sito web degli aiuti finanziari <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> o richiederne una copia cartacea visitando o chiamando gratuitamente gli uffici per i sussidi: 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Main Cashiers Office 914-361-6899.

Le eventuali eccezioni ai suddetti limiti dovranno essere applicate su base individuale e richiedere l'approvazione dei vicepresidenti associati degli uffici per i crediti da prestazioni sanitarie (Health Service Receivables), per le prestazioni professionali (Professional Services) o per la contabilità (Finance). L'attuazione della presente politica presuppone la conformità della direzione e delle strutture del Centro medico a tutte le altre leggi, norme e regolamenti federali, statali e locali applicabili alle attività realizzate ai sensi della presente politica.

Allegato A: Schema delle fasce per i sussidi

Soglia di povertà federale 2019	Fasce di reddito lordo (limiti superiori)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Nucleo familiare	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	oltre 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
Per ogni componente in più, aggiungere	\$4,420	\$5,525	\$6,480	\$7,560	\$7,992	\$8,640	\$10,800	\$12,960	\$17,280	\$21,600	\$21,600

*Secondo le linee guida 2019 sulla povertà federale

Visite al pronto soccorso:

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$15 per visite di pazienti adulti e \$0 per visite prenatali e pediatriche
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$35
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$45
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$65
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$110
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$155
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$180
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$225
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$700
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia di \$1,500

Ricoveri di emergenza:

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$150 per dimissione
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$300 per dimissione
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$500 per dimissione
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$2,800 per dimissione
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$4,700 per dimissione
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$6,600 per dimissione
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$7,600 per dimissione
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$9,500 per dimissione
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$11,000 per dimissione
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia di \$16,000 per dimissione

Visite cliniche (per centri medici, cliniche di salute mentale, studi oncologici, nefrologici, laboratori e centri di patologia clinica Montefiore):

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$15 per visite di pazienti adulti e \$0 per visite prenatali e pediatriche
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$20
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$30
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$45
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$75
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$105
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$120
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$150
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$200
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia di \$350

Procedure mediche ambulatoriali necessarie dal punto di vista medico (escluse le procedure gastrointestinali):

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$150 per procedura
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$300 per procedura
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$400 per procedura
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$600 per procedura
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$1,000 per procedura
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$1,400 per procedura
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$1,600 per procedura
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$2,000 per procedura
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$3,500 per procedura
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia di \$5,000

Procedure mediche gastrointestinali necessarie dal punto di vista medico:

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$100 per procedure
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$150 per procedura
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$200 per procedura
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$300 per procedura
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$500 per procedura
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$700 per procedura
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$800 per procedura
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$1,000 per procedura
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$1,800 per procedura
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia di \$2,500

Radiografie:

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$15
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$15
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$15
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$15
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$15
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$15
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$15
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$15
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$50
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia del 100% del tasso di indennizzo Blue Cross

Ecografie:

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$15
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$20
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$25
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$30
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$35
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$40
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$45
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$50
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$100
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia del 100% del tasso di indennizzo Blue Cross

Mammografie:

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$25
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$30
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$35
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$40
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$50
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$60
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$70
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$90
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$130
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia del 100% del tasso di indennizzo Blue Cross

TAC:

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$40
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$45
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$50
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$60
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$75
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$90
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$105
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$130
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$250
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia del 100% del tasso di indennizzo Blue Cross

Risonanze:

fino al 100% della soglia di povertà federale	--	\$150
fino al 125% della soglia di povertà federale	--	\$175
fino al 150% della soglia di povertà federale	--	\$200
fino al 175% della soglia di povertà federale	--	\$250
fino al 185% della soglia di povertà federale	--	\$300
fino al 200% della soglia di povertà federale	--	\$350
fino al 250% della soglia di povertà federale	--	\$400
fino al 300% della soglia di povertà federale	--	\$500
fino al 500% della soglia di povertà federale	--	\$550
oltre il 500% della soglia di povertà federale	--	riduzione di cortesia del 100% del tasso di indennizzo Blue Cross

Per le prestazioni ospedaliere fino al 500% della FPL (soglia di povertà federale), viene effettuato un confronto con l'importo generalmente fatturato e il paziente è tenuto a pagare l'importo minore tra i due.

Tutti gli importi di cui sopra includono la sovrattassa dello Stato di New York.

È possibile presentare ricorso contro tutte le decisioni sfavorevoli o le domande respinte entro 30 giorni dalla data della decisione o del rifiuto.

Approvato da:

Colleen Blye

Colleen Blye
Vicepresidente esecutivo

Data:

30 aprile 2019