

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVOS

TEMA: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

NÚMERO:

TITULAR: Oficina del presidente

**FECHA DE ENTRADA
EN VIGOR: 11/2013**

**FECHA DE
REVISIÓN: 02/2019**

SUSTITUYE: 4/2018

REFERENCIA:

OBJETIVO

En Montefiore New Rochelle Hospital (el Centro Médico), nos guía la misión de ofrecer atención de alta calidad a todos nuestros pacientes. Tenemos el compromiso de proporcionar servicios a todos los pacientes, incluidos aquellos en nuestra área de servicio que no tengan cobertura de seguro médico y que no puedan 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, desde la cama hasta la oficina de facturación, incluso en nuestras gestiones de cobro. Además, estamos comprometidos a promover un mayor acceso a la cobertura de atención médica para todos los neoyorquinos.

El Centro Médico se compromete a mantener políticas de ayuda financiera que sean coherentes con su misión y sus valores, y que tomen en cuenta la capacidad de cada persona para pagar los servicios de atención médica que sean médicamente necesarios.

DIRECTRICES DE LA POLÍTICA:

Esta política está destinada a cubrir las directrices del Centro Médico relacionadas con la administración de ayuda financiera a los pacientes que necesiten atención de emergencia y atención médicamente necesaria, pero carezcan de un seguro médico, o a los pacientes que hayan agotado todos los recursos de pago de seguros. La ayuda financiera se proporciona a los pacientes que demuestren que son incapaces de pagarla, a diferencia de aquellos que se niegan a pagar, lo que se considera una deuda incobrable. Esta política se revisa todos los años.

1. La ayuda financiera estará disponible en los siguientes casos:
 - Para los pacientes sin seguro que residan dentro del área de servicio primaria del Centro Médico y que reciban servicios médicamente necesarios o atención de emergencia (consulte el anexo A para ver la tabla y los índices de ayuda financiera).
 - Para los pacientes que residan dentro del área de servicio primaria del Centro Médico y que hayan agotado sus beneficios médicos para recibir atención médicamente necesaria o atención de emergencia.

- Excepto para los servicios de emergencia, los pacientes deben residir dentro del área de servicio primaria del Centro Médico para que un servicio particular sea categóricamente elegible para la ayuda financiera. El área de servicio primaria del Centro Médico es el estado de Nueva York. Los pacientes que residan fuera del estado de Nueva York y que reciban atención de emergencia son elegibles para recibir ayuda financiera.
- La elegibilidad para recibir ayuda financiera para la atención que no sea de emergencia a personas que no residan en el estado de Nueva York se determinará caso por caso y requiere la aprobación del vicepresidente. Si se aprueba que el paciente reciba ayuda financiera como excepción, será evaluado con los mismos criterios que los pacientes que residen en el área de servicio primaria (ingresos brutos y tamaño del grupo familiar asociados al Índice Federal de Pobreza).
- Para la continuidad de la atención, un vicepresidente puede aprobar un servicio no cubierto como atención de caridad (por ejemplo, servicios de rehabilitación, atención especializada, etc.).
- Los procedimientos opcionales que no se consideran médicamente necesarios (por ejemplo, cirugía estética, tratamientos para la infertilidad) no son elegibles para la ayuda financiera. Los pacientes pueden obtener un descuento por los servicios no cubiertos en el caso de que paguen de su bolsillo.
- La Política de Ayuda Financiera respeta lo dispuesto en la Ley EMTALA (Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto).
- Esta Política de Ayuda Financiera también se aplica a los servicios médicamente necesarios no cubiertos y a los cargos no cubiertos para los días que excedan el límite de estadía de los pacientes elegibles o cubiertos por Medicaid, quienes, de otro modo, cumplirían el criterio de la política del Centro Médico.

2. El Centro Médico no establece un límite en los servicios en función de la condición médica del paciente.

3. Las oficinas de ayuda financiera están ubicadas en:

- 16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801. Oficina principal de cajeros: 914-365-3812; la dirección de correo electrónico es NRFinancialAssistance@montefiore.org.
- 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551. Oficina principal de cajeros: 914-361-6899; la dirección de correo electrónico es MVFinancialAssistance@montefiore.org.

Se pueden pedir copias impresas gratuitas de la Política de Ayuda Financiera, el resumen de ayuda financiera o la solicitud de ayuda financiera por correo postal o correo electrónico. Las solicitudes por correo electrónico se pueden enviar a NRFinancialAssistance@montefiore.org; también las puede encontrar en el sitio web del centro (<http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68>).

4. Los pacientes sin seguro que reciban servicios en las clínicas de atención ambulatoria del Centro Médico pueden solicitar ayuda financiera al registrarse en la clínica. Todos los pacientes que reciban servicios en Montefiore pueden visitar la Oficina de Ayuda Financiera que se menciona arriba para iniciar o completar sus solicitudes.

5. La decisión sobre la elegibilidad para recibir ayuda financiera se tomará tan pronto como sea posible durante el proceso de planificación y coordinación de la atención. Los asesores asistirán a todos los pacientes que necesiten ayuda para completar las solicitudes de ayuda financiera. Los servicios de emergencia nunca se postergarán debido a decisiones financieras pendientes. Los pacientes pueden solicitar ayuda financiera antes de recibir los servicios o después de recibir la factura. También pueden solicitar ayuda financiera después de que se haya enviado la factura a una agencia de cobranzas. No hay una fecha límite para que el paciente complete una solicitud de ayuda financiera.

6. Las aprobaciones de ayuda financiera serán válidas por un año. Se volverá a evaluar a los pacientes cada año para determinar la necesidad de ayuda financiera.

7. En caso de considerarse posiblemente elegibles, se espera que los pacientes o las partes que tengan responsabilidad financiera colaboren con el Centro Médico para solicitar las coberturas de seguro público disponibles (como Medicaid, Child Health Plus y planes de salud calificados) durante el período de inscripción abierta. La elegibilidad para recibir ayuda financiera no depende del hecho de completar una solicitud para Medicaid, ni tampoco se postergará ninguna decisión a la espera de una resolución por parte de Medicaid.
8. Se utilizarán los ingresos brutos asociados a las pautas de ingresos del FPL (Índice Federal de Pobreza) publicadas que se ajustan al tamaño del grupo familiar para determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera. Las decisiones se basan únicamente en los ingresos anuales. No se tienen en cuenta los activos.
9. El Centro Médico verificará los ingresos actuales. Como comprobantes de los ingresos se aceptan los siguientes:
 - Declaración de desempleo.
 - Carta de la Seguridad Social o de adjudicación de pensión.
 - Recibos de sueldo o carta de verificación de empleo.
 - Carta de apoyo.
 - Carta de certificación en la que se declaren los ingresos, la asistencia o la situación financiera actual en caso de que no hubiera otros comprobantes de ingresos.
10. El personal del área financiera estará a su disposición para ayudarlo con las consultas sobre la ayuda financiera. Para los servicios que no sean de emergencia, se revisarán las solicitudes de ayuda financiera y se tomará una decisión rápidamente, dentro de los 30 días hábiles siguientes. Los pacientes tienen 30 días para apelar la decisión inicial sobre la ayuda financiera. Recibirán las decisiones de ayuda financiera por correo postal, con una notificación en la parte inferior de la carta de aprobación o denegación que explica cómo apelar la decisión. Se aconseja que el paciente desestime cualquier factura que reciba mientras se esté procesando la solicitud. Las cuentas de los pacientes que hayan completado las solicitudes de ayuda financiera no se enviarán a la agencia de cobranzas mientras las solicitudes se estén procesando.
11. El aviso sobre las políticas de ayuda financiera del Centro Médico será comunicado 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 (español, portugués de Brasil, árabe, criollo haitiano e italiano) para que cualquier persona pueda encontrar dicha información en los siguientes lugares:
 - Oficinas de admisión.
 - Oficinas de registro de la sala de emergencias.
 - Oficinas de Medicaid.
 - <https://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68>.
 - Por correo, a pedido de la parte interesada.
 - Llamando a la Oficina de Ayuda Financiera al 914-365-3812.

La disponibilidad de la ayuda financiera se publica en:

- Todos los resúmenes de facturación del centro.
- Carteles colocados en las entradas para informar a los pacientes acerca de los lugares donde pueden obtener información sobre ayuda financiera.
- <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68>
- Un paquete de información y preguntas en las capacitaciones no clínicas anuales.
- Letreros en las paredes del Departamento de Emergencias, la oficina de admisión, las oficinas de facturación y de Medicaid, y en otras áreas de registro y espera.

Todo el personal de admisión, de registro y de la agencia de cobranzas recibe capacitación sobre la Política de Ayuda Financiera del Centro Médico. Se ofrece una capacitación en todas las áreas y se dan indicaciones sobre adónde se debe enviar a los pacientes que necesiten ayuda.

12. Los pacientes pueden apelar las decisiones sobre ayuda financiera del Centro Médico en caso de que les hayan denegado dicha ayuda o consideren que la decisión no ha sido favorable. Quienes apelen las decisiones sobre ayuda financiera deben presentar comprobantes de sus ingresos y gastos actuales. Tienen 30 días para completar las solicitudes de apelación y se les notificarán las decisiones por correo dentro de los 30 días siguientes a la presentación de las solicitudes de apelación. De acuerdo con la información proporcionada, se pueden evaluar nuevas reducciones o planes de pago extendidos para los pacientes.
13. Se les ofrecen planes de pago en caso de que no puedan hacer pagos totales reducidos. Los pagos mensuales no deben superar el 10 % de los ingresos mensuales del paciente. También se ofrecen planes de pago extendidos por medio del proceso de apelación. Si un paciente hace un depósito, se incluye como parte del pago de su saldo de ayuda financiera. El Centro Médico no cobra intereses sobre los saldos de los pacientes.
14. El Centro Médico mantiene una política de facturación y cobranza por separado. Se puede encontrar en el sitio web del Centro Médico (<http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68>) o se puede solicitar una copia impresa a la Oficina de Ayuda Financiera.
15. Los pacientes recibirán un aviso 30 días antes de que se remita su cuenta a una agencia de cobranzas en caso de no haber solicitado o completado una solicitud de ayuda financiera, o en caso de no haber hecho pagos en un saldo de ayuda financiera.
16. **Criterios de la agencia de cobranzas primaria:**
Cuando una cuenta se remite a la agencia de cobranzas primaria, esta inicia un proceso interno en busca de un seguro de Medicaid activo, verifica la dirección, el número de teléfono y la posible elegibilidad para recibir atención de caridad, si esto no se ha evaluado antes, y lleva adelante un proceso de devolución por correo. Al finalizar este proceso, se tomarán las siguientes medidas de cobranza:
 - Se enviarán, como mínimo, entre 1 y 4 cartas.
 - Se harán, como mínimo, entre 1 y 4 llamadas telefónicas.
 - Las cuentas de los pacientes fallecidos y las cuentas en quiebra se devolverán para su cancelación.
 - Las cuentas con devolución por correo que no tengan número de teléfono se cerrarán y regresarán a MMC para remitirlas a agencias de cobranzas secundarias.
 - Las cuentas con cobranzas inactivas durante 180 días a partir de la fecha de remisión se cerrarán y regresarán a MMC para remitirlas a agencias de cobranzas secundarias.**Criterios de la agencia de cobranzas secundaria:**
Cuando una cuenta se remite a la agencia de cobranzas primaria, esta inicia un proceso interno en busca de un seguro de Medicaid activo, verifica la dirección, el número de teléfono y la posible elegibilidad para recibir atención de caridad, si esto no se ha evaluado antes, y lleva adelante un proceso de devolución por correo. Al finalizar este proceso, se tomarán las siguientes medidas de cobranza:
 - Se enviarán, como mínimo, entre 1 y 4 cartas.
 - Se harán, como mínimo, entre 1 y 4 llamadas telefónicas.
 - Las cuentas de los pacientes fallecidos y las cuentas en quiebra se devolverán para su cancelación.
 - Las cuentas con devolución por correo que no tengan número de teléfono se cerrarán y regresarán a MMC para su cancelación.
 - Las cuentas con cobranzas inactivas durante 90 a 180 días a partir de la fecha de remisión se cerrarán y regresarán a MMC para su cancelación.
17. El Centro Médico prohíbe medidas de cobranza contra cualquier paciente que sea elegible para Medicaid al momento de la prestación de 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 de los ingresos anuales y del tamaño del grupo familiar.

19. La Oficina de Ayuda Financiera mide el cumplimiento de su política mediante el envío de sus propios “clientes incógnitos” a las áreas de admisión y registro para garantizar que los letreros y los resúmenes estén publicados y disponibles, y que los empleados sepan que el Centro Médico ofrece ayuda financiera.
20. Se dará ayuda financiera total a los pacientes que tengan facturas de pago pendientes a su cargo y cobertura actual de Medicaid.
21. Se dará ayuda financiera total a los pacientes que no tengan vivienda. Los informes de ambulancia pueden ser una fuente de referencia si, en el informe, se documenta que el paciente no tiene domicilio.
22. El estado migratorio no es un criterio que se utiliza para determinar la elegibilidad.
23. El Centro Médico hace un análisis predictivo para colaborar en las decisiones sobre atención de caridad cuando no se completan solicitudes de ayuda financiera. Para esta proyección, se solicitan los servicios de TransUnion. Dichos resultados no afectarán la elegibilidad de los pacientes para recibir ayuda financiera. Si un paciente completa una solicitud de ayuda financiera con documentación que demuestre que sus ingresos son inferiores a la categoría que se determinó mediante el análisis predictivo, la responsabilidad financiera del paciente se reducirá aún más hasta la cantidad inferior. Si el consumidor tiene alguna pregunta o preocupación sobre la consulta, puede ponerse en contacto con la Línea de Crédito del Servicio de Atención al Cliente de TransUnion (TransUnion Customer Care Credit line) llamando al (800)-916-8800.
24. En los resúmenes de cuenta del Centro Médico, se les informará a los pacientes si han recibido ayuda financiera o un descuento en el pago a su cargo.
25. El Centro Médico no toma medidas de cobranza extraordinarias. Las medidas de cobranza extraordinarias que no usamos incluyen:
 - Embargo de salarios.
 - Presentación de informes ante agencias de crédito.
 - Venta de la deuda.
26. Los pacientes que tengan quejas sobre la política o los procesos de ayuda financiera del Centro Médico pueden llamar a la Línea Directa de Quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health) al 1-800- 804-5447. Esta información también se incluye en las cartas de denegación.
27. En el caso de las personas sin seguro médico que estén en el 100 % del FPL o por debajo de este, y que tengan la aprobación para recibir ayuda financiera, se limitará la responsabilidad financiera del paciente a las cantidades de pago nominales que se indican más abajo para los siguientes servicios (consulte el anexo A para ver las tasas):
 - Pacientes hospitalizados: \$150 por alta.
 - Cirugía ambulatoria: \$100 por procedimiento.
 - Servicios de la sala de emergencias y servicios clínicos para adultos: \$15 por consulta.
 - Servicios clínicos prenatales y pediátricos en la sala de emergencias: sin cargo.
28. En el caso de las personas sin seguro médico que estén en el 300 % del FPL o por debajo de este, y que tengan la aprobación para recibir ayuda financiera, la responsabilidad financiera del paciente se basará en una escala gradual con un tope de las cantidades que se habrían pagado por los mismos servicios de Medicaid o Medicare (consulte el anexo A para ver las tasas).

29. La Política de Ayuda Financiera del Centro Médico también se extiende a las personas sin seguro médico que están entre el 300 % y el 500 % del FPL y que tienen la aprobación para recibir ayuda financiera (consulte el anexo A para ver las tasas).
30. Las personas sin seguro que están por encima del 500 % del FPL, que residen en el área de servicio primaria del Centro Médico y que reciben atención médicamente necesaria o atención de emergencia son elegibles para recibir un descuento de cortesía (consulte el anexo A para ver las tasas).
31. En los casos en que no se pueda proporcionar documentación de respaldo o en que el cheque de Experian se devuelva sin información, los cargos aún se reducirán a la categoría superior como un descuento de cortesía o se reducirán en un 65 %, el que sea menor de los dos.
32. El Centro Médico emplea un método retroactivo para calcular la AGB (cantidad generalmente facturada). Las tasas de ayuda financiera y la cantidad generalmente facturada deben evaluarse antes del 30 de abril de cada año natural. Las tasas de Medicare y de los pagadores comerciales se usan en el cálculo de la AGB. El porcentaje de las AGB está disponible a pedido en cualquiera de las sedes de ayuda financiera. Luego de determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera, no se le puede cobrar una cantidad superior a la cantidad generalmente facturada a una persona elegible para el FAP (Programa de Ayuda Financiera) por la atención de emergencia o la atención médicamente necesaria.
33. Se hace una comparación del porcentaje de la AGB con la tasa de la categoría de ayuda financiera para los pacientes que están en el 100 % del FPL o por debajo de este, o hasta el 500 % del FPL. La cantidad máxima por los servicios hospitalarios en el anexo A es la siguiente (hasta el 500 % del FPL):
 - La tasa por visitas al ED (Departamento de Emergencias) no debe superar el 27 % de los cargos hospitalarios pagaderos.
 - La tasa por cirugía ambulatoria no debe superar el 28 % de los cargos hospitalarios pagaderos.
 - La tasa por tratamientos médicos oncológicos no debe superar el 24 % de los cargos hospitalarios pagaderos.
 - Las tasas por visitas clínicas, pruebas bioquímicas, renales y radiológicas, y radioterapia no deben superar el 24 % de los cargos hospitalarios pagaderos.
 - La tasa por admisión para hospitalización de emergencia no debe superar el 31 % de los cargos hospitalarios pagaderos.
34. La lista de proveedores (una lista de proveedores distintos de los hospitales) que ofrecen atención de emergencia y atención médicamente necesaria en las instalaciones del hospital. En la lista, se muestra si los proveedores están o no cubiertos por la Política de Ayuda Financiera. Se conserva como un anexo separado que se actualiza cada tres meses. Los pacientes pueden obtener una copia en el sitio web de ayuda financiera (<http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68>) o pueden visitar o llamar a las oficinas de ayuda financiera para solicitar una copia impresa gratuita: 16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801. Oficina principal de cajeros: 914-365-3812.

Cualquier excepción a los límites anteriores se evaluará caso por caso y requerirá la aprobación del vicepresidente asociado del Departamento de Cobro de Servicios Médicos (Health Service Receivables), del vicepresidente de Servicios Profesionales (Professional Services) o del vicepresidente de Finanzas (Finance). Al implementar esta política, la dirección y las instalaciones del Centro Médico deberán cumplir con todas las demás leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales o locales que puedan aplicarse a las actividades que se lleven adelante para aplicar esta política.

Índice Federal de Pobreza de 2019	Categorías de ingresos brutos (límites superiores)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tamaño del grupo familiar	100 %	125 %	150 %	175 %	185 %	200 %	250 %	300 %	400 %	500 %	Más del 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
Por cada persona adicional agregar:	\$4,420	\$5,525	\$6,480	\$7,560	\$7,992	\$8,640	\$10,800	\$12,960	\$17,280	\$21,600	\$21,600

*Según las pautas del Índice Federal de Pobreza de 2019.

Anexo A: Tabla e índices de ayuda financiera

Visitas a la sala de emergencias

Hasta el 100 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$15 para los adultos y \$0 para la atención prenatal y pediátrica
Hasta el 125 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$35
Hasta el 150 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$45
Hasta el 175 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$65
Hasta el 185 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$110
Hasta el 200 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$155
Hasta el 250 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$180
Hasta el 300 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$225
Hasta el 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$700
Más del 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	tasa de descuento de cortesía de \$1,500

Admisiones para hospitalización de emergencia

Hasta el 100 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$150 por alta
Hasta el 125 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$300 por alta
Hasta el 150 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$500 por alta
Hasta el 175 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$2,200 por alta
Hasta el 185 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$3,700 por alta
Hasta el 200 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$5,200 por alta
Hasta el 250 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$6,000 por alta
Hasta el 300 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$7,500 por alta
Hasta el 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$9,000 por alta
Más del 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	tasa de descuento de cortesía de \$16,000 por alta

Visitas clínicas (para los consultorios de Montefiore, la Clínica de Salud Mental [Mental Health Clinic], el consultorio de oncología, pruebas renales, de laboratorio y bioquímicas)

Hasta el 100 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$15 para los adultos y \$0 para la atención prenatal y pediátrica
Hasta el 125 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$20
Hasta el 150 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$30
Hasta el 175 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$45
Hasta el 185 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$75
Hasta el 200 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$105
Hasta el 250 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$120
Hasta el 300 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$150
Hasta el 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$200
Más del 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	tasa de descuento de cortesía de \$350

Procedimientos médicamente necesarios: ambulatorios (excepto los gastrointestinales)

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

Procedimientos médicamente necesarios: gastrointestinales

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

Sesiones de tratamientos médicos oncológicos

Hasta el 100 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$130
Hasta el 125 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$200
Hasta el 150 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$250
Hasta el 175 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$400
Hasta el 185 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$650
Hasta el 200 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$900
Hasta el 250 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$1,000
Hasta el 300 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$1,300
Hasta el 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$1,600
Más del 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	tasa de descuento de cortesía de \$4,700

Sesiones de tratamientos oncológicos con radiación

Hasta el 100 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$60
Hasta el 125 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$90
Hasta el 150 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$120
Hasta el 175 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$180
Hasta el 185 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$300
Hasta el 200 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$420
Hasta el 250 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$480
Hasta el 300 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$600
Hasta el 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$680
Más del 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	tasa de descuento de cortesía de \$2,800

Radiología: radiografías

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

Radiología: ecografías

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

Radiología: mamografías

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

Radiología: tomografías computarizadas

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

Radiología: MRI (resonancias magnéticas)

Hasta el 100 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$150
Hasta el 125 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$175
Hasta el 150 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$200
Hasta el 175 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$250
Hasta el 185 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$300
Hasta el 200 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$350
Hasta el 250 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$400
Hasta el 300 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$500
Hasta el 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	\$550
Más del 500 % del Índice Federal de Pobreza:	--	descuento de cortesía del 100 % de la tasa de indemnización de Blue Cross

Para las tasas hospitalarias de hasta el 500 % del FPL, existe una comparación con las cantidades generalmente facturadas, y el paciente es responsable de pagar la menor de las dos.

Todas las cantidades anteriores incluyen el recargo del estado de Nueva York.

Todas las decisiones desfavorables o solicitudes denegadas se pueden apelar dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la decisión.

Aprobado por:

Colleen Blye

Colleen Blye
Vicepresidenta ejecutiva

Fecha:

30 de abril de 2019