

POLITICA E PROCEDURA AMMINISTRATIVA

OGGETTO: POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

NUMERO:

TITOLARE: Ufficio del Presidente

**DATA DI ENTRATA IN
VIGORE:**

**DATA DI
REVISIONE: 04/30/2018**

SOSTITUTIVO DI: 04/27/2017

RIFERIMENTO:

SCOPO:

Montefiore Mount Vernon Hospital (il Centro medico) si impegna nella missione di fornire assistenza di alta qualità a tutti i propri pazienti. Ci dedichiamo al servizio di tutti i pazienti, inclusi quelli residenti nella nostra area di servizio mancanti della copertura assicurativa sanitaria che non possono pagare del tutto o in parte l'assistenza essenziale che ricevono presso il Centro medico. Il nostro obiettivo è trattare tutti i pazienti con compassione, dal letto di degenza all'ufficio fatturazione, incluso nelle nostre procedure di riscossione dei pagamenti. Inoltre, ci impegniamo a favorire l'accesso esteso alla copertura di assistenza sanitaria per tutti i residenti di New York.

Il Centro medico si impegna a mantenere politiche di assistenza finanziaria coerenti con la propria missione e i valori e che tengano conto della capacità individuale di pagare i servizi di assistenza sanitaria necessari a livello medico.

LINEE GUIDA DELLA POLITICA:

La presente politica è destinata ad illustrare le linee guida del Centro medico correlate alla somministrazione dell'assistenza finanziaria ai pazienti che richiedano assistenza di emergenza o necessaria dal punto di vista medico mancanti di assicurazione sanitaria o abbiano esaurito tutte le fonti di pagamento assicurativo. L'assistenza finanziaria viene fornita ai pazienti la cui incapacità di pagare sia stata dimostrata, al contrario della mancanza di volontà di pagare, che viene considerata credito inesigibile. La politica copre tutti i servizi resi presso Montefiore Mount Vernon, Infectious Disease Clinic (la Clinica per le malattie infettive), e ACT/ICM (Programma di salute mentale).

1. L'assistenza finanziaria sarà disponibile per:
 - Pazienti non assicurati residenti nell'area di servizio primaria del Centro medico che ricevano servizi medici necessari o assistenza di emergenza (vedere l'Allegato A per la Tabella e i Livelli di assistenza finanziaria); e
 - Pazienti residenti nell'area di servizio primaria del Centro medico che abbiano esaurito i propri benefici medici per l'assistenza di emergenza o necessaria a livello medico.

- Ad eccezione dei servizi di emergenza, i pazienti devono risiedere all'interno dell'area di servizio primaria del Centro medico affinché un servizio particolare sia di categoria ammissibile all'assistenza finanziaria. L'area di servizio primaria del Centro medico è lo Stato di New York. I pazienti che risiedono al di fuori dello Stato di New York che ricevono assistenza di emergenza sono idonei all'assistenza finanziaria.
 - L'idoneità all'assistenza finanziaria per l'assistenza non di emergenza per non residenti dello Stato di New York verrà determinata sulla base del caso singolo e richiederà l'approvazione del Vice Presidente. Qualora il paziente sia autorizzato a ricevere l'assistenza finanziaria in via eccezionale, verrà esaminato utilizzando gli stessi criteri dei pazienti residenti nell'area di servizio primaria (reddito lordo e dimensioni della famiglia collegati al livello di povertà federale).
 - Le procedure elettive non ritenute necessarie a livello medico (per es. chirurgia estetica, trattamenti per l'infertilità) non danno diritto all'assistenza finanziaria. I pazienti possono ottenere uno sconto per il pagamento diretto dei servizi non coperti.
 - La Politica di assistenza finanziaria osserva le linee guida EMTALA.
2. Il Centro medico non pone limiti ai servizi in base alla condizione medica del paziente.
 3. Gli uffici di assistenza finanziaria sono ubicati in:

12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Uffici dei cassieri (914-361-6899/
MVFinancialAssistance@montefiore.org).

Le copie cartacee della Politica di assistenza finanziaria, il riepilogo dell'Assistenza finanziaria e/o la domanda di Assistenza finanziaria sono disponibili su richiesta, senza alcun costo, per via postale o via e-mail. Le richieste via e-mail possono essere inviate all'indirizzo
MVFinancialAssistance@montefiore.org.

Si possono anche trovare sul sito web dell'istituto all'indirizzo:
<http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>.

4. I pazienti non assicurati che ricevono servizi presso le sedi cliniche ambulatoriali del Centro medico possono effettuare la domanda di assistenza finanziaria al momento della registrazione clinica. Tutti i pazienti che ricevano i servizi attraverso Montefiore possono visitare l'ufficio di assistenza finanziaria summenzionato per avviare o completare le proprie domande.
5. La determinazione di idoneità all'assistenza finanziaria verrà effettuata il prima possibile nel processo di programmazione e pianificazione dell'assistenza. I consulenti assisteranno i pazienti che richiedono assistenza a completare le domande di assistenza finanziaria. I servizi di emergenza non verranno mai ritardati in attesa della determinazione finanziaria. I pazienti possono effettuare domanda di assistenza finanziaria previamente ai servizi o successivamente al ricevimento di una fattura. I pazienti possono anche effettuare domanda di assistenza finanziaria una volta che una fattura sia stata inviata a un'agenzia di recupero crediti. Non esiste alcun termine entro il quale un paziente possa richiedere di completare una domanda di assistenza finanziaria.
6. Le approvazioni di assistenza finanziaria saranno valide per un anno. L'idoneità dei pazienti all'assistenza finanziaria verrà rivalutata annualmente.

7. Prima dell'effettuazione delle determinazioni finali di assistenza finanziaria, i pazienti o le parti finanziariamente responsabili sono tenuti a cooperare con il Centro medico nel richiedere la copertura assicurativa pubblica disponibile (per es. Medicaid, Child Health Plus e i piani sanitari qualificati (durante l'iscrizione aperta)) laddove ritenuti potenzialmente idonei. L'idoneità all'assistenza finanziaria non è condizionata dal completamento di una domanda Medicaid né la decisione verrà ritardata in attesa di una decisione Medicaid.
8. Per determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria verrà utilizzato il reddito lordo collegato alle linee guida sul reddito FPL aggiustato per la dimensione della famiglia. Le decisioni sono basate esclusivamente sul reddito annuale. Il patrimonio non viene considerato.
9. Il Centro medico verificherà il reddito corrente. Le prove di reddito accettabili sono le seguenti:
 - Dichiarazione di disoccupazione
 - Lettere di assegnazione di pensione/previdenza sociale
 - Buste paga/lettera di verifica di impiego
 - Lettera di sostegno
 - Lettera di attestazione illustrante reddito, sostegno e/o attuale situazione finanziaria qualora non sia disponibile un'altra prova di reddito.
10. Il personale finanziario sarà disponibile a fornire assistenza con consulenze in merito all'assistenza finanziaria. Per servizi non di emergenza, le domande di assistenza finanziaria verranno esaminate e decise tempestivamente ed entro 30 giorni lavorativi. I pazienti hanno a disposizione 30 giorni per appellarsi a una decisione iniziale di assistenza finanziaria. I pazienti riceveranno la decisione relativa all'assistenza finanziaria via e-mail con notifica nella parte inferiore della lettera di approvazione/rifiuto illustrante in che modo appellarsi alla decisione. Si consiglia ai pazienti di ignorare qualsiasi fattura ricevuta mentre viene elaborata una domanda. I conti dei pazienti che abbiano completato una domanda di assistenza finanziaria non verranno inviati alle agenzie di recupero crediti durante l'elaborazione delle domande.
11. La notifica delle politiche di assistenza finanziaria del Centro medico verrà trasmessa a pazienti, personale ed enti di assistenza della comunità locale. La politica di assistenza finanziaria del Centro medico sarà disponibile in più lingue a chiunque desideri tali informazioni nelle modalità seguenti:
 - Ufficio ricoveri
 - Uffici di registrazione del pronto soccorso
 - <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>
 - Per posta su richiesta
 - Contattando l'ufficio assistenza finanziaria al numero 914-361-6899 o via e-mail all'indirizzo MVFinancialAssistance@montefiore.org.

La disponibilità dell'assistenza finanziaria e i numeri telefonici degli uffici sono indicati nella parte inferiore di tutte le fatture ospedaliere. Nelle vie di accesso si trovano anche le indicazioni che segnalano ai pazienti la posizione delle sedi dell'assistenza finanziaria.

Tutto il personale di ammissione, registrazione e delle agenzie di recupero crediti viene formato in base alla politica di assistenza finanziaria del Centro medico. Viene fornita a tutte le aree una formazione interna con le istruzioni relative a dove indirizzare i pazienti che necessitano di assistenza.

12. I pazienti possono appellarsi alle decisioni di assistenza finanziaria del Centro medico qualora venga loro negata l'assistenza finanziaria o ritengano sfavorevole la decisione. I pazienti che si appellano alle decisioni di assistenza finanziaria devono fornire la prova del reddito corrente e delle spese. I pazienti hanno a disposizione 30 giorni per completare le domande di appello e verranno loro comunicate le decisioni via e-mail entro 30 giorni dall'invio delle domande di appello. In base alle informazioni fornite, i pazienti possono essere presi in considerazione per ulteriori riduzioni o piani di pagamento estesi.
13. Qualora non siano in grado di far fronte integralmente ai pagamenti ridotti, ai pazienti verranno offerti dei piani di pagamento. I pagamenti mensili non devono superare il 10% del reddito mensile di un paziente. Mediante il processo di appello vengono anche offerti piani di pagamento estesi. Qualora un paziente effettui un deposito, viene incluso come parte di un pagamento a fronte del proprio saldo di assistenza finanziaria. Il Centro medico non addebita interessi sui saldi dei pazienti.
14. Il Centro medico mantiene politiche separate di fatturazione e recupero crediti. Tali politiche si possono trovare sul sito web del Centro medico: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> oppure si può richiedere una copia cartacea contattando l'Ufficio di assistenza finanziaria.
15. I pazienti riceveranno una notifica 30 giorni prima dell'inoltro di qualsiasi conto a un'agenzia di recupero crediti in caso mancata richiesta o completamento di una domanda di assistenza finanziaria o mancata effettuazione dei pagamenti a fronte di un saldo di assistenza finanziaria.

16. **Criteri dell'agenzia primaria di recupero crediti:**

Una volta che un conto viene deferito all'agenzia primaria di recupero crediti, passa attraverso il suo processo interno per ricercare un'assicurazione Medicare attiva, verificare indirizzo e telefono, potenziale idoneità all'assistenza caritatevole se non già esaminata, quindi un processo di giro di posta. A completamento del processo, verranno effettuati i seguenti tentativi di recupero:

- Invio di almeno 1-4 lettere
- Effettuazione di almeno 1-4 telefonate
- I conti dei pazienti deceduti o in fallimento verranno restituiti per la cancellazione
- I conti con ritorno di posta e nessun numero di telefono vengono chiusi e restituiti a MMC per essere deferiti alle agenzie secondarie di recupero crediti
- I conti in recupero attivo 180 giorni dopo la data di deferimento vengono chiusi e restituiti a MMC per il trasferimento alle agenzie secondarie di recupero crediti.

Criteri delle agenzie secondarie di recupero crediti:

Una volta che un conto viene deferito all'agenzia primaria di recupero crediti, passa attraverso il suo processo interno per ricercare un'assicurazione Medicare attiva, verificare indirizzo e telefono, potenziale idoneità all'assistenza caritatevole se non già esaminata, quindi un processo di giro di posta. A completamento del processo, verranno effettuati i seguenti tentativi di recupero:

- Invio di almeno 1-4 lettere

- Effettuazione di almeno 1-4 telefonate
 - I conti dei pazienti deceduti o in fallimento verranno restituiti per la cancellazione
 - I conti con ritorno di posta e nessun numero di telefono vengono chiusi e restituiti a MMC per la cancellazione
 - I conti in recupero attivo 90-180 giorni dopo la data di deferimento vengono chiusi e restituiti a MMC per la cancellazione
17. Il Centro medico vieta il recupero crediti in relazione ai pazienti che siano idonei per Medicaid al momento della fornitura dei servizi.
18. Tutte le agenzie di recupero crediti affiliate al Centro medico dispongono di una copia della politica di assistenza finanziaria del Centro medico e indirizzeranno tutti i pazienti che necessitino di assistenza al Centro medico per una valutazione e riduzione della fattura in base al reddito annuale e alla dimensione della famiglia.
19. L'Ufficio di assistenza finanziaria valuta la conformità alla propria politica inviando rappresentanti in incognito presso le aree di ammissione e registrazione per accertare che segnalazioni e riepiloghi siano affissi e visibili e i collaboratori siano a conoscenza del fatto che il Centro medico offre assistenza finanziaria.
20. Verrà concessa un'assistenza finanziaria completa ai pazienti con fatture a pagamento diretto in sospeso e copertura Medicaid corrente.
21. Lo stato di immigrato non costituisce un criterio per la determinazione dell'idoneità.
22. Il Centro medico utilizza l'analisi predittiva per favorire la determinazione dell'assistenza caritatevole in assenza di domande di assistenza finanziaria completate. Ai fini di tale esame viene utilizzato Transunion. I risultati non faranno sì che i pazienti vengano ritenuti inadatti all'assistenza finanziaria. Qualora un paziente completi una domanda di assistenza finanziaria con una documentazione attestante che il proprio reddito sia inferiore alla categoria determinata utilizzando l'analisi predittiva, la responsabilità finanziaria del paziente verrà ulteriormente ridotta all'importo inferiore. Laddove i consumatori abbiano dubbi o domande riguardanti l'indagine, possono contattare la linea Transunion Customer Care Credit al numero (800)-916-8800.
23. Le dichiarazioni di fatturazione del Centro medico informeranno i pazienti del ricevimento dell'assistenza finanziaria o di uno sconto sul pagamento diretto.
24. Il Centro medico non utilizza misure straordinarie di recupero crediti. Le misure di recupero credito straordinarie che non utilizziamo includono:
- Pignoramento dello stipendio
 - Segnalazione alle agenzie di credito
 - Vendita del debito
25. I pazienti che abbiano reclami in merito alla politica di assistenza finanziaria o processo del Centro medico possono chiamare la Hotline per i reclami del Dipartimento della salute dello Stato di New York al numero 1-800- 804-5447. Tale informazione è anche inclusa nelle lettere di rifiuto.
26. Per i soggetti al, o al di sotto del 100% del FPL che siano autorizzati all'assistenza finanziaria, la responsabilità finanziaria sarà limitata agli importi di pagamento nominale elencati in calce per i servizi seguenti (vedere l'Allegato A per le percentuali):
- Paziente ospedalizzato – \$150/dimissione
 - Chirurgia ambulatoriale – \$150/procedura

- Pronto soccorso per adulti e servizi clinici – \$15/visita
 - Pronto soccorso prenatale e pediatrico e servizi clinici - nessun addebito
27. Per i soggetti al, o al di sotto del 300% del FPL che siano autorizzati all'assistenza finanziaria, la responsabilità finanziaria si baserà su una scala progressiva di reddito con un tetto pari agli importi che sarebbero stati pagati per gli stessi servizi da Medicaid o Medicare, (vedere l'Allegato A per le percentuali).
 28. La politica di assistenza finanziaria del Centro medico si estende anche ai soggetti non assicurati compresi tra il 300% e il 500% del FPL che siano approvati per l'assistenza (vedere l'Allegato A per le percentuali).
 29. I soggetti non assicurati al di sopra del 500% del FPL residenti nell'area di servizio primaria del Centro medico che ricevano assistenza di emergenza o necessaria a livello medico sono idonei a uno sconto di cortesia (vedere l'Allegato A per le percentuali).
 30. Il Centro medico utilizza il metodo retrospettivo per calcolare l'importo generalmente fatturato. Le percentuali di assistenza finanziaria e l'importo generalmente fatturato devono essere valutati entro il 30 aprile di ogni anno di calendario. Nel calcolo AGB (Importo generalmente fatturato) vengono utilizzate le percentuali di Medicare e pagatori commerciali. La percentuale AGB è disponibile su richiesta presso qualsiasi sede di assistenza finanziaria. A seguito delle determinazioni di idoneità all'Assistenza finanziaria, a un soggetto idoneo FAP non può essere addebitato più dell'importo generalmente fatturato per l'assistenza di emergenza o necessaria a livello medico.

Un confronto tra la % AGB e la percentuale della categoria di assistenza finanziaria viene completato per pazienti che si trovino al, o al di sotto del 100% del FPL fino al 500% del FPL. Gli importi con tetto per i Servizi ospedalieri dell'Allegato A sono i seguenti (fino al 500% del FPL):

- La percentuale per la visita di pronto soccorso non deve superare il 26% delle spese ospedaliere sostenute.
 - La percentuale per la chirurgia ambulatoriale non deve superare il 33% delle spese ospedaliere sostenute.
 - La percentuale per il trattamento medico oncologico non deve superare il 37% delle spese ospedaliere sostenute.
 - Le percentuali per i trattamenti di radiazione/test radiologici/renali/patologici/visite cliniche non devono superare il 37% delle spese ospedaliere sostenute.
 - La percentuale per il ricovero di emergenza del paziente non deve superare il 38% delle spese ospedaliere sostenute.
31. Elenco dei fornitori (ossia un elenco di fornitori (diversi dall'ospedale) che forniscono assistenza di emergenza e necessaria a livello medico nelle strutture ospedaliere. L'elenco è visualizzabile sia che i fornitori siano coperti dalla politica di assistenza finanziaria o meno). Viene mantenuto in un'appendice separata e aggiornato trimestralmente. I pazienti possono trovarne una copia sul sito web dell'assistenza finanziaria all'indirizzo <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> oppure richiedere una copia cartacea visitando o chiamando gratuitamente gli uffici di assistenza finanziaria:

12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10551 Ufficio del cassiere principale 914-361-6899

Qualsiasi eccezione ai limiti summenzionati verrà effettuata su base singola e richiederà l'approvazione del Vice Presidente Associato Crediti assistenza sanitaria, Vice Presidente Servizi professionali o Vice Presidente Finanza. Nell'implementare la presente politica, la direzione e le strutture del Centro medico si conformeranno a tutte le altre leggi, normative e regole federali, statali e locali che potrebbero applicarsi alle attività condotte ai sensi della presente politica.

Allegato A: Tabella e livelli di assistenza finanziaria

2018 FEDERAL POVERTY LEVEL -	GROSS INCOME CATEGORIES (Upper Limits)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Family Size	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	over 500%
1	\$12,140	\$15,175	\$18,210	\$21,245	\$22,459	\$24,280	\$30,350	\$36,420	\$48,560	\$60,700	\$60,700
2	\$16,460	\$20,575	\$24,690	\$28,805	\$30,451	\$32,920	\$41,150	\$49,380	\$65,840	\$82,300	\$82,300
3	\$20,780	\$25,975	\$31,170	\$36,365	\$38,443	\$41,560	\$51,950	\$62,340	\$83,120	\$103,900	\$103,900
4	\$25,100	\$31,375	\$37,650	\$43,925	\$46,435	\$50,200	\$62,750	\$75,300	\$100,400	\$125,500	\$125,500
5	\$29,420	\$36,775	\$44,130	\$51,485	\$54,427	\$58,840	\$73,550	\$88,260	\$117,680	\$147,100	\$147,100
6	\$33,740	\$42,175	\$50,610	\$59,045	\$62,419	\$67,480	\$84,350	\$101,220	\$134,960	\$168,700	\$168,700
7	\$38,060	\$47,575	\$57,090	\$66,605	\$70,411	\$76,120	\$95,150	\$114,180	\$152,240	\$190,300	\$190,300
8	\$42,380	\$52,975	\$63,570	\$74,165	\$78,403	\$84,760	\$105,950	\$127,140	\$169,520	\$211,900	\$211,900
For each additional person add.	\$4,320	\$5,400	\$6,480	\$7,560	\$7,992	\$8,640	\$10,800	\$12,960	\$17,280	\$21,600	\$21,600

*In base alle Linee guida federali sulla povertà 2018

Visite di pronto soccorso:

- **fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$15 per adulti \$0 per prenatale e pediatrico**
- **fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$35**
- **fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$45**
- **fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$65**
- **fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$110**
- **fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$155**
- **fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$180**
- **fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$225**
- **fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$700**
- **oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia di \$1500**

Ricovero pazienti di emergenza:

- **fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$150 per dimissione**
- **fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$300 per dimissione**
- **fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$500 per dimissione**
- **fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$2.800 per dimissione**
- **fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$4.700 per dimissione**
- **fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$6.600 per dimissione**
- **fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$7.600 per dimissione**
- **fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$9.500 per dimissione**
- **fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$11.000 per dimissione**
- **oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia di \$16.000 per dimissione**

Visite cliniche (per sedi operative Montefiore, Clinica di salute mentale, Ufficio oncologia, Renale, Laboratorio e Patologia):

- **fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$15 per adulti \$0 per prenatale e pediatrico**
- **fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$20**
- **fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$30**
- **fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$45**
- **fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$75**
- **fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$105**
- **fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$120**
- **fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$150**
- **fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$200**
- **oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia di \$350**

Procedure necessarie a livello medico - Ambulatorio (escluso gastro-intestinale)

- fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$150 per procedura
- fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$300 per procedura
- fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$400 per procedura
- fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$600 per procedura
- fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$1000 per procedura
- fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$1.400 per procedura
- fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$1.600 per procedura
- fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$2.000 per procedura
- fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$3.500 per procedura
- oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia di \$5.000

Procedure necessarie a livello medico - Gastro-intestinali

- fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$100 per procedura
- fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$150 per procedura
- fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$200 per procedura
- fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$300 per procedura
- fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$500 per procedura
- fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$700 per procedura
- fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$800 per procedura
- fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$1.000 per procedura
- fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$1.800 per procedura
- oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia di \$2.500

Radiologia - Raggi X

- **fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$15**
- **fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$15**
- **fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$15**
- **fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$15**
- **fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$15**
- **fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$15**
- **fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$15**
- **fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$15**
- **fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$50**
- **oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia al 100% della Tariffa di rimborso della Croce blu**

Radiologia - Ultrasuoni

- **fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$15**
- **fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$20**
- **fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$25**
- **fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$30**
- **fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$35**
- **fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$40**
- **fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$45**
- **fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$50**
- **fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$100**
- **oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia al 100% della Tariffa di rimborso della Croce blu**

Radiologia - Mammografia:

- **fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$25**
- **fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$30**
- **fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$35**
- **fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$40**
- **fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$50**
- **fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$60**
- **fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$70**
- **fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$90**
- **fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$130**
- **oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia al 100% della Tariffa di rimborso della Croce blu**

Radiologia - TAC:

- **fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$40**
- **fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$45**
- **fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$50**
- **fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$60**
- **fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$75**
- **fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$90**
- **fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$105**
- **fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$130**
- **fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$250**
- **oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia al 100% della Tariffa di rimborso della Croce blu**

Radiologia - RM:

- **fino al 100% del Livello di povertà federale -- \$150**
- **fino al 125% del Livello di povertà federale -- \$175**
- **fino al 150% del Livello di povertà federale -- \$200**
- **fino al 175% del Livello di povertà federale -- \$250**
- **fino al 185% del Livello di povertà federale -- \$300**
- **fino al 200% del Livello di povertà federale -- \$350**
- **fino al 250% del Livello di povertà federale -- \$400**
- **fino al 300% del Livello di povertà federale -- \$500**
- **fino al 500% del Livello di povertà federale -- \$550**
- **oltre il 500% del Livello di povertà federale -- tariffa di sconto di cortesia al 100% della Tariffa di rimborso della Croce blu**

Per le tariffe ospedaliere relative alla fascia fino al 500% del FPL esiste un confronto con l'importo generalmente fatturato e il paziente è responsabile dell'importo inferiore tra i due.

Tutti gli importi summenzionati includono la soprattassa dello Stato di New York.

Si può fare appello a qualsiasi decisione sfavorevole o domanda rifiutata entro 30 giorni dalla decisione.

Approvato da: _____ Data: 4/30/2018

Colleen Blye

Vice Presidente Esecutivo