

Resumen de Asistencia financiera

Montefiore Medical Center reconoce que hay momentos en que los pacientes que necesitan atención tendrán dificultad para pagar por los servicios prestados. La Ayuda financiera proporciona descuentos a personas que cumplen con los requisitos basándose en los ingresos y tamaño de la familia. Además, podemos ayudarle a aplicar para obtener seguros de bajo costo o gratuitos si cumple con los requisitos. Solo comuníquese con un representante de Ayuda financiera al 914-365-3812, diríjase a 16 Guion Place, New Rochelle NY 10801 o envíe un correo electrónico NRFinancialAssistance@montefiore.org para obtener ayuda gratuita y confidencial. Puede encontrar información adicional sobre la política de ayuda financiera en: <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68>. También puede recibir una solicitud sin ningún costo a través del correo.

¿Quién cumple con los requisitos para obtener un descuento?

La Asistencia financiera está disponible para pacientes que no cuentan con un seguro médico o cuentan con una cobertura de seguro médico limitada, que residen en el área de servicio principal del centro médico (Estado de Nueva York).

Montefiore Medical Center también brinda acuerdos de pago a pacientes que cuentan con una cobertura de seguro pero que poseen gastos médicos personales que no pueden solventar o consideran una dificultad.

Todas las personas en el estado de Nueva York que requieran servicios necesarios por razones médicas o de emergencia pueden recibir atención y obtener un descuento.

No se le puede negar la atención necesaria por razones médicas o de emergencias porque necesita asistencia financiera.

Puede aplicar a un descuento sin importar su estado de inmigración.

¿Cuáles son los límites de ingresos?

El monto del descuento varía según sus ingresos y el tamaño de su familia. Si no cuenta con seguro médico o cuenta con un seguro médico limitado, estos son los límites de ingresos:

2016 NIVEL FEDERAL DE POBREZA	GROSS INCOME CATEGORIES (Upper Limits)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tamaño de la familia	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	Más del 500%
1	\$11,880	\$14,850	\$17,820	\$20,790	\$21,978	\$23,760	\$29,700	\$35,640	\$47,520	\$59,400	
2	\$16,020	\$20,025	\$24,030	\$28,035	\$29,637	\$32,040	\$40,050	\$48,060	\$64,080	\$80,100	
3	\$20,160	\$25,200	\$30,240	\$35,280	\$37,296	\$40,320	\$50,400	\$60,480	\$80,640	\$100,800	
4	\$24,300	\$30,375	\$36,450	\$42,525	\$44,955	\$48,600	\$60,750	\$72,900	\$97,200	\$121,500	
5	\$28,440	\$35,550	\$42,660	\$49,770	\$52,614	\$56,880	\$71,100	\$85,320	\$113,760	\$142,200	
6	\$32,580	\$40,725	\$48,870	\$57,015	\$60,273	\$65,160	\$81,450	\$97,740	\$130,320	\$162,900	
7	\$36,730	\$45,913	\$55,095	\$64,278	\$67,951	\$73,460	\$91,825	\$110,190	\$146,920	\$183,650	
8	\$40,890	\$51,113	\$61,335	\$71,558	\$75,647	\$81,780	\$102,225	\$122,670	\$163,560	\$204,450	
Por cada persona adicional, agregar .	\$4,160	\$5,200	\$6,240	\$7,280	\$7,696	\$8,320	\$10,400	\$12,480	\$16,640	\$20,800	

* Según los Lineamientos de pobreza federal del 2016

¿Qué pasa si no cumpla con los límites de ingresos?

Si no puede pagar su cuenta, Montefiore Medical Center tiene una categoría de asistencia financiera para todos los que apliquen. El porcentaje del descuento depende del ingreso anual y el tamaño de la familia. Además ofrecemos planes de pago extendidos y el pago mensual no superará el diez por ciento de su ingreso mensual. Un descuento de cortesía está disponible para los pacientes por encima del 500 % del nivel de pobreza federal. Los descuentos de pago automático también están disponibles para servicios no necesarios por razones médicas.

¿Alguien me puede explicar el descuento? ¿Alguien me puede ayudar a aplicar?

Sí, la ayuda confidencial y gratuita está disponible. Llame a Ayuda financiera al 914-365-3812.

Si no habla inglés, alguien le ayudará en su propio idioma. Las solicitudes, los resúmenes y la política completa están disponibles de forma gratuita en varios idiomas.

El representante de Ayuda financiera puede decirle si cumple con los requisitos para obtener un seguro gratuito o a bajo costo, como Medicaid, Child Health Plus o un plan de salud calificado (durante el período de inscripción abierta).

Si el representante de Ayuda financiera encuentra que no cumple con los requisitos para obtener un seguro a bajo costo, le ayudará a aplicar para obtener un descuento.

El representante le ayudará a llenar las solicitudes y le dirá qué documentos necesita traer.

Sírvase visitar la ubicación a continuación o vaya a <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68> para obtener información o ayuda adicional.

16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801 o envíe un correo electrónico a NRFinancialAssistance@montefiore.org.

¿Qué necesito para aplicar a un descuento?

Prueba aceptable de ingresos:

- Declaración de desempleo
- Carta de asignación de pensión/seguro social
- Carta de verificación de empleo/comprobantes de pago
- Carta de apoyo
- Carta de declaración propia (en circunstancias adecuadas)
- Declaración de impuestos o W2

El descuento cubre todos los servicios necesarios por razones médicas proporcionados por Montefiore Medical Center. Esto incluye servicios ambulatorios, atención de emergencia y admisiones hospitalarias de emergencia.

Los cargos por *médicos privados* que proporcionen servicios en el hospital pueden no estar cubiertos. Debe conversar con los médicos privados para saber si ofrecen un descuento o plan de pagos. Para obtener una lista de proveedores y saber si participan o no el programa de Ayuda financiera del centro médico, sírvase visitar nuestro sitio de Internet en <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68> o comuníquese con la oficina de Ayuda financiera y le proporcionarán una lista en persona o a través del correo electrónico.

¿Cuánto tengo que pagar?

El monto de un servicio para pacientes ambulatorios o en la sala de emergencias comienza en \$0 para niños y mujeres embarazadas, dependiendo de sus ingresos. El monto de un servicio para pacientes ambulatorios o en la sala de emergencias comienza en \$15 para adultos, dependiendo de sus ingresos.

Un representante de Ayuda financiera le brindará los detalles acerca de su(s) descuento(s) específico(s) una vez que se procese su solicitud.

No se cobrará a los pacientes más de los montos normalmente facturados por atención de emergencias u otra atención necesaria por razones médicas.

¿Cómo obtengo el descuento?

Tiene que llenar los formularios de solicitud. Tan pronto como tengamos prueba de sus ingresos, podemos procesar su solicitud para obtener un descuento según su nivel de ingresos. Tendrá 30 días para completar la solicitud.

Puede aplicar para obtener un descuento antes de tener una cita, cuando vaya al hospital para recibir atención o cuando la factura llegue al correo.

Envíe el formulario completo a 16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801/ Financial Aid Office/Main Cashiers.

Una vez que haya enviado la documentación y la solicitud completa, puede ignorar cualquier factura hasta que el hospital haya proporcionado una decisión acerca de su solicitud.

¿Cómo sabré si aprobé para obtener el descuento?

Montefiore Medical Center le enviará una carta dentro de los 30 días después de que haya completado y enviado la documentación, indicándole si ha aprobado y el nivel de descuento recibido.

¿Qué pasa si recibo una factura mientras estoy esperando si puedo obtener un descuento?

No se le puede exigir el pago de una factura del hospital mientras se está considerando su solicitud para obtener un descuento. Si se rechaza su solicitud, el hospital debe indicarle el motivo por escrito y debe proporcionarle un modo para apelar esta decisión a un nivel más alto dentro del hospital.

¿Qué pasa si tengo un problema que no puedo resolver con el hospital?

Puede llamar a la línea telefónica de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447.

**Anexo B
Solicitud**

**MONTEFIORE MEDICAL CENTER
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente		Número de seguro social	Fecha de Nacimiento
Dirección		Fecha de la solicitud	
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono	Parentesco con el paciente	El mismo	Cónyuge Hijo(a) Padre/madre Abuelo(a) Nieto(a) Otro
Ingreso bruto anual	Tamaño de la familia	Saldo adeudado	

Hoja de cálculo de elegibilidad: Solo para uso de la oficina

Representante de ayuda financiera		Saldo de cuenta ajustado
Número de historia clínica del paciente	Número de cuenta	Número de referencia de factura
Ingreso verificado por el IRS	Sí No	Documentación de respaldo
Ingreso bruto anual verificado		Otro (especificar):

El solicitante es aprobado para Ayuda financiera en el siguiente nivel de categoría (1-6, 9M)

Fecha de la solicitud	Fecha de recepción del Traslunto de impuestos del IRS
Fecha de recepción de la solicitud	Fecha de la cuenta ajustada
Fecha de la notificación de ayuda financiera	Fecha de aprobación/negación

Aprobado por:

DECLARACIÓN DE SOLICITUD

Mi firma en la presente solicitud reafirma mis autorizaciones para la asignación de beneficios y divulgación de información relacionada con los servicios médicos proporcionados en Montefiore Medical Center.

Aunque soy elegible para obtener Ayuda financiera, acuerdo informar a Montefiore Medical Center de cualquier cambio en el estado de mi familia con respecto al tamaño de familia, cambios en los ingresos y cobertura de salud que podrían cambiar mi elegibilidad para obtener Ayuda financiera. Autorizo que mi empleador y asegurador de salud brinden a Montefiore Medical Center información sobre mis ingresos, primas de seguro de salud, coseguros, copagos, deducibles y beneficios cubiertos.

Si estoy buscando Ayuda financiera debido a un accidente u otro incidente y recibo dinero debido a ese accidente o incidente de cualquier fuente como compensación de trabajadores o una compañía de seguros, volveré a pagar a Montefiore Medical Center por cualquier servicio médico proporcionado en Montefiore Medical Center y pagado o ajustado por Ayuda financiera.

Toda la información en la presente solicitud es verdadera a mi leal saber y entender y acuerdo proporcionar la documentación probatoria de ser solicitada.

Nombre en letra imprenta del paciente		Fecha	
Firma del paciente			
<i>Estoy autorizado legalmente para brindar consentimiento en representación del paciente mencionado anteriormente. Mi parentesco con el paciente se describe a continuación:</i>			
Firma del representante autorizado		Fecha	
Parentesco con el paciente			

Complete la presente solicitud y envíela a la siguiente dirección:

Montefiore New Rochelle en 16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801/ Financial Aid Office/Main Cashiers. Una vez que haya enviado la documentación y la solicitud completa, puede ignorar cualquier factura hasta que el hospital haya proporcionado una decisión acerca de su solicitud. Sírvase completar la solicitud dentro de 30 días.