

## Assistência financeira - Sumário

A Montefiore Medical Center reconhece que existem momentos em que os pacientes terão dificuldades em pagar pelos serviços prestados. O Auxílio financeiro oferece descontos para pessoas elegíveis com base na renda e no tamanho da família. Além disso, podemos ajudar você a se inscrever para o plano gratuito ou de baixo custo, caso você seja elegível. Entre em contato com um representante do Auxílio financeiro pelo número 914-365-3812, faça uma visita ao endereço 16 Guion Place, New Rochelle NY 10801, ou envie e-mail para [NRFfinancialAssistance@montefiore.org](mailto:NRFfinancialAssistance@montefiore.org) e receba atendimento gratuito e confidencial. Mais informações sobre a política de auxílio financeiro estão disponíveis em <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68>. Também é possível receber gratuitamente uma solicitação por correspondência.

### Quem é elegível para receber um desconto?

O Auxílio financeiro é disponibilizado para pacientes que não têm plano de saúde ou que têm plano de saúde com cobertura limitada, residentes na área de atendimento principal do centro médico (estado de Nova York).

A Montefiore Medical Center também oferece modalidades de pagamento para pacientes que têm cobertura médica, mas que estão comprometidos com outras despesas pessoais que eles não conseguem pagar ou que representam uma dificuldade financeira.

Todos os residentes do estado de Nova York podem receber serviços médicos ou de emergência necessários e obter um desconto.

Você não pode deixar de receber um atendimento médico ou de emergência necessário só porque precisa de auxílio financeiro.

Você pode solicitar um desconto, independentemente do seu status de imigração.

### Quais são os limites de renda?

O valor do desconto varia com base na sua renda e no tamanho da sua família. Caso você não tenha plano de saúde, ou tenha um plano de saúde limitado, estes são os limites de renda:

2016 ÍNDICE FEDERAL DE POBREZA -	CATEGORIAS DE RENDA BRUTA (Limites máximos)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tamanho da família	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	mais de 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	
Para cada indivíduo adicional acrescentado.	\$4,160	\$5,200	\$6,240	\$7,280	\$7,696	\$8,320	\$10,400	\$12,480	\$16,640	\$20,800	

\* Com base nas Diretrizes federais de 2016 sobre a pobreza

**O que acontece se eu não atender aos limites de renda?**

Caso você não consiga pagar sua conta, a Montefiore Medical Center tem uma categoria de assistência financeira para todas as pessoas aplicáveis. A porcentagem do desconto depende da sua renda anual e tamanho da família. Também oferecemos planos de pagamento estendido nos quais o valor do pagamento mensal não excede 10% da sua renda mensal. Um desconto de cortesia está disponível para pacientes acima de 500% no índice federal de pobreza. Descontos para pacientes sem plano também estão disponíveis para serviços necessários que não são médicos.

**Alguém pode me explicar o desconto? Alguém pode me ajudar com a solicitação?**

Sim. Existe uma linha de ajuda gratuita e confidencial disponível. Ligue para o Auxílio financeiro pelo número 914-365-3812.

Caso você não fale inglês, temos pessoas disponíveis para ajudar em seu próprio idioma. As solicitações, resumos e a política completa também estão disponíveis gratuitamente em outros idiomas.

O representante do Auxílio financeiro pode dizer se você é elegível para o plano gratuito ou de baixo custo, como o Medicaid, Child Health Plus ou Qualified Health Plan (durante o período de inscrições).

Caso o representante do Auxílio financeiro conclua que você não é elegível para o plano de baixo custo, ele ajudará com a solicitação de um desconto.

O representante ajudará você a preencher todos os formulários e indicará quais documentos você precisa trazer.

Faça uma visita no endereço abaixo ou visite o site <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68> para obter mais informações sobre o auxílio.

16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801 ou envie sua solicitação por e-mail para [NRFinancialAssistance@montefiore.org](mailto:NRFinancialAssistance@montefiore.org).

**Do que eu preciso para solicitar um desconto?**

Comprovante aceitável de renda:

- Declaração de desemprego
- Comprovante de seguro social/pensão
- Comprovante de emprego/holerite
- Carta de apoio
- Atestado de reconhecimento (quando necessário)
- Declaração de imposto de renda ou W2

Todos os serviços médicos necessários prestados pela Montefiore Medical Center são cobertos pelo desconto. Isso inclui serviços ambulatoriais, emergência e internações de emergência.

Encargos com *médicos particulares* que atendem no hospital podem não ser cobertos. Você deve falar com o médico particular para confirmar se ele oferece um desconto ou algum plano de pagamento. Para ter acesso à lista de provedores e saber se eles participam ou não do Programa de auxílio financeiro do Centro médico, visite nosso site na Internet em <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68> ou entre em contato com o escritório de Auxílio financeiro para que possamos dar a lista pessoalmente ou enviar por correspondência.

## **Quanto eu tenho que pagar?**

O valor por um serviço ambulatorial ou de sala de emergência começa em US\$ 0 para crianças e mulheres grávidas, dependendo da renda. O valor por um serviço ambulatorial ou de sala de emergência começa em US\$ 15 para adultos, dependendo da renda.

Um representante do Auxílio financeiro dará os detalhes sobre o(s) desconto(s) específico(s) assim que sua solicitação for processada.

Os pacientes não terão que pagar um valor acima dos que são geralmente cobrados por serviços médicos e de emergência.

## **Como obter um desconto?**

Você precisa preencher o formulário de solicitação. Assim que tivermos o seu comprovante de renda, poderemos processar a solicitação de desconto de acordo com a faixa de renda. Você terá 30 dias para preencher a solicitação.

É possível solicitar um desconto antes de marcar uma reunião, ao vir ao hospital para receber atendimento ou quando a cobrança chega por correspondência.

Envie o formulário preenchido para Montefiore New Rochelle at 16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801/ Financial Aid Office/Main Cashiers.

Após enviar a solicitação completa e os documentos, você pode ignorar quaisquer cobranças até que o hospital tenha decidido sobre sua solicitação.

## **Como saberei se consegui o desconto?**

A Montefiore Medical Center enviará uma carta dentro de 30 dias após o preenchimento e envio dos documentos, informando sobre a aprovação e sobre o faixa de desconto recebido.

## **E se eu receber uma cobrança enquanto espero pela resposta do desconto?**

Você não será solicitado a pagar uma conta de hospital enquanto espera pela resposta sobre o desconto. Se sua solicitação for negada, o hospital deverá informar por escrito os motivos, além de oferecer uma maneira de recorrer da decisão juntamente a uma instância superior do hospital.

## **E se eu tiver um problema que não posso resolver com o hospital?**

Você pode ligar para a linha de atendimento do Departamento de Saúde do estado de Nova York, no número 1-800-804-5447.

**Anexo B**  
**Solicitação**

**MONTEFIORE MEDICAL CENTER**  
**SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO**  
**INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE**

Nome do paciente			Número de seguro social		
Endereço			Data da solicitação		
Cidade			Estado	Código postal	
Telefone		Relação com o paciente	Paciente	Cônjuge	Filho(a) Neto(a) Outro
Renda bruta anual		Tamanho da família			Saldo devido

**PLANILHA DE ELEGIBILIDADE: PARA USO ADMINISTRATIVO SOMENTE**

Representante do Auxílio Financeiro			Saldo corrigido da conta	
MRN (Número de registro médico) do paciente		Número da conta	Número de referência de cobrança	
Renda comprovada do IRS (Serviço interno de receita)	Sim Não	Documentação de apoio	1. Holerite    2. Declaração de emprego	
Renda bruta anual comprovada			Outro/Especifique:	

O solicitante é elegível para o Auxílio financeiro dentro da seguinte categoria (1-6, 9M)

Data da solicitação		Data de recebimento da cópia do imposto do IRS	
Data de recebimento da solicitação		Data de ajuste da conta	
Data de notificação do Auxílio financeiro		Data de aprovação/rejeição	

Aprovado por:

|

## DECLARAÇÃO DO SOLICITANTE

Minha assinatura nessa solicitação reafirma minha autorização para solicitação dos benefícios e divulgação das informações relacionadas aos serviços médicos fornecidos na Montefiore Medical Center.

Enquanto eu for elegível para o Auxílio financeiro, concordo em manter a Montefiore Medical Center informada sobre quaisquer alterações relacionadas ao tamanho da minha família, mudanças na renda e cobertura do plano de saúde que possam afetar minha elegibilidade para o Auxílio financeiro. Eu autorizo meu empregador e minha seguradora de saúde a dar à Montefiore Medical Center informações sobre renda, prêmios de seguro de saúde, planos compartilhados, pagamentos compartilhados, deduções e benefícios de cobertura que eu tenho.

Caso eu receba algum valor em dinheiro vindo de indenização ao trabalhador ou de uma operadora de seguros em decorrência de algum acidente ou incidente, e por conta disso, eu esteja solicitando o Auxílio financeiro, concordo em ressarcir a Montefiore Medical Center por quaisquer serviços médicos prestados na Montefiore Medical Center que tenham sido pagos ou ajustados pelo Auxílio financeiro.

Declaro de pleno conhecimento que todas as informações nessa solicitação são verdadeiras e que concordo em fornecer a documentação necessária.

Nome impresso do paciente		Data	
Assinatura do paciente			
<i>Tenho autorização jurídica para dar consentimento em nome do paciente indicado acima. Minha relação com o paciente é descrita como:</i>			
Assinatura do representante autorizado		Data	
Relação com o paciente			

Após preencher essa solicitação, envie para o endereço:

Montefiore New Rochelle at 16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801/ Financial Aid Office/Main Cashiers. Após enviar a solicitação completa e os documentos, você pode ignorar quaisquer cobranças até que o hospital tenha decidido sobre sua solicitação. Preencha a solicitação dentro do período de 30 dias.