

	NÚMERO DE POLÍTICA:
	FECHA DE EMISIÓN: 10/2015 FECHA DE REVISIÓN: 09/2024
ASUNTO: Política de Asistencia Financiera y Cobros	REVISORES:
INICIADORA: Jennifer Indiviglio (Vicepresidenta Ejecutiva del Ciclo de Ingresos) APROBADO: JOSEPH GUARRACINO (VICEPRESIDENTE EJECUTIVO Y DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO)	PÁGINA: 1 DE: 15

Asunto:

Política de Asistencia Financiera y Cobros (Financial Assistance and Collections Policy, FAP)

Propósito:

El White Plains Hospital Center se rige por la misión de brindar atención de alta calidad a todos sus pacientes. Estamos comprometidos a atender a todos los pacientes, incluyendo a aquellos en nuestra área de servicio que carecen de cobertura de seguro de salud y que no pueden pagar toda o parte de la atención esencial que reciben en White Plains Hospital Center. Estamos comprometidos a tratar a todos los pacientes con compasión, desde la cama del hospital hasta la oficina de facturación, incluyendo nuestros esfuerzos de cobranza. Además, estamos comprometidos a abogar por un acceso ampliado a la cobertura de atención médica para todos los neoyorquinos.

El White Plains Hospital Center se compromete a mantener esta Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) que sea consistente con su misión y valores, y que toma en cuenta la capacidad de una persona para pagar por los servicios de atención médica necesarios. Esta política constituirá la Política de Asistencia Financiera oficial (según el significado de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su forma enmendada, la Sección 1.501(r) de las regulaciones promulgadas por el Servicio de Rentas Internas, y la Ley de Salud Pública de Nueva York) para el Hospital.

Definiciones:

1. Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) se refiere a los montos generalmente facturados por servicios cubiertos proporcionados a personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención. El Hospital utiliza un porcentaje de los cargos brutos (el porcentaje AGB) y ha optado por utilizar el método de “revisión retrospectiva” para determinar el AGB. Generalmente, al calcular el porcentaje AGB bajo el método de “revisión retrospectiva”, el Hospital debe incluir los reclamos permitidos durante un período previo de 12 meses de la siguiente manera: (a) pago por servicio de Medicare; (b) el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud que pagan reclamos al centro hospitalario; o (c) Medicaid, ya sea solo o en combinación con pago de servicio de Medicare o pago de

servicio de Medicare y todos los aseguradores de salud privados que pagan reclamos al hospital. Consulte los cuadros en el Anexo A de esta Política para obtener más información o comuníquese con un asesor financiero al (914) 681-1004.

2. Período de solicitud se refiere al período durante el cual el Hospital debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera conforme a la FAP. El período de solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención y finaliza el día 240 después de que el Hospital proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta.
3. Fecha límite de facturación se refiere a la fecha después de la cual el Hospital puede iniciar una acción extraordinaria de cobro (ECA), como se define, contra una Persona responsable (como se define) que no ha presentado una solicitud de asistencia financiera bajo la FAP. La Fecha límite de facturación debe especificarse en una notificación por escrito a la Persona responsable proporcionada al menos 30 días antes de dicha fecha límite.
4. Servicios cubiertos se refiere a la Atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios proporcionados a pacientes hospitalizados y ambulatorios del Hospital. Los pacientes que residen en el estado de Nueva York y que necesitan servicios de emergencia pueden recibir atención y calificar para un descuento si cumplen con ciertos niveles de ingresos, tal como se describe a continuación. Los pacientes que residen en los condados Bronx, Orange, Putnam, Rockland y Westchester pueden calificar para un descuento en servicios médicos necesarios no emergentes si cumplen con ciertos niveles de ingresos, tal como se describe a continuación.
5. Afección emergente se refiere a una condición médica que ha resultado de la aparición repentina de una condición de salud con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) que, en ausencia de atención médica inmediata, es razonablemente probable que pongan en grave peligro la salud del paciente, resulten en un deterioro grave de las funciones corporales o resulten en una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
6. Atención médica de emergencia se refiere a la atención médica que debe proporcionarse para las afecciones de emergencia de conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo, sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd) a las personas, independientemente de su elegibilidad para la Asistencia financiera conforme a esta política. Más específicamente, la Atención médica de emergencia se refiere a los servicios que deben ser proporcionados según el Subcapítulo G del Capítulo IV del Título 42 del Código de Regulaciones Federales y las Regulaciones del Tesoro § 1.501(r)-4(c) (o cualquier regulación sucesora), en la medida en que dichas regulaciones sean aplicables al Hospital.
7. Acción extraordinaria de cobro (Extraordinary Collection Action, ECA) se refiere a las acciones tomadas por el Hospital contra una persona en relación con la obtención del pago de una factura por atención cubierta por esta FAP.
8. Persona elegible para la FAP se refiere a una persona elegible para asistencia financiera bajo esta Política, sin importar si la persona ha solicitado asistencia financiera.
9. Hospital se refiere al Centro Hospitalario White Plains Hospital Center y sus entidades sustancialmente relacionadas (sin incluir las siguientes corporaciones profesionales cautivas): Cancer & Blood Medical Services of NY, PC; Scarsdale Medical Group, PC y White Plains Medical Diagnostics, PC).

10. Médicamente necesarios se refiere a aquellos servicios necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones en una persona que causen un sufrimiento agudo; pongan en peligro la vida; resulten en una enfermedad o dolencia; interfieran con su capacidad para realizar actividades normales; o amenacen con alguna discapacidad significativa.
11. Tasa de pago nominal se refiere a las tarifas nominales para las principales categorías de servicio que fueron especificadas por el Departamento de Salud de Nueva York (NYSDOH) en un documento adjunto a la carta "Dear Hospital CEO" de mayo de 2009.
12. Departamento de Cuentas del Paciente se refiere a la unidad operativa del Hospital responsable de facturar y cobrar las cuentas de pago por cuenta propia por los servicios del Hospital.
13. Resumen en Lenguaje Simple de la Política de Asistencia Financiera (PLS) se refiere a una declaración escrita mediante la cual se notifica a una persona que el centro hospitalario ofrece asistencia financiera en el marco de una FAP y se proporciona la información necesaria en un lenguaje claro, conciso y de fácil comprensión. El PLS debe ofrecerse en el momento de la admisión o el alta, y en cualquier factura que notifique a una Persona Responsable sobre una posible ECA.
14. Persona responsable se refiere al paciente y a cualquier otra persona que tenga responsabilidad financiera sobre la cuenta del paciente. Puede haber más de una Persona responsable.

Lineamientos de políticas:

Esta política está destinada a aplicarse a los servicios cubiertos y proporciona lineamientos para administrar los servicios de asistencia financiera a los pacientes que requieren tratamiento "médicamente necesario" después de agotar todas las fuentes de pago del seguro. La asistencia financiera se proporciona a los pacientes que demuestran una incapacidad para pagar, en contraste con una falta de voluntad para pagar, lo cual se considera deuda incobrable. A partir del 1 de enero de 2018, las denegaciones no cubiertas de HMO de Medicaid también serán consideradas para atención benéfica. Esta política de asistencia financiera también se aplica a los servicios no cubiertos y a los días no cubiertos que se consideren médicamente necesarios y a los días sin cobertura que excedan un límite de duración de estadía para pacientes elegibles o cubiertos por Medicaid que, por lo demás, cumplen con los criterios de la política del Hospital.

1. La asistencia financiera estará disponible para:
 - Pacientes sin seguro que residan en el área de servicio principal del Hospital y que reciban servicios médicamente necesarios o atención de emergencia. Consulte el Anexo A para conocer la tabla y los niveles de ayuda financiera; y
 - Pacientes que residen en el área de servicio principal del Hospital y que agotaron sus beneficios médicos.

Con excepción de los servicios de emergencia, los pacientes deben residir dentro del área de servicio principal del Hospital para ser categóricamente elegibles para recibir asistencia financiera para un servicio en particular. El área de servicio principal del Hospital abarca los condados Bronx, Orange, Putnam, Rockland y Westchester. La elegibilidad para asistencia financiera para los no residentes del estado de Nueva York se determinará caso por caso.

Los procedimientos y servicios opcionales que no se consideren médicamente necesarios (por ejemplo, una cirugía estética) no son elegibles para asistencia financiera.

Se puede encontrar un listado de los proveedores, distintos al Hospital, que brindan atención de emergencia o atención médicamente necesaria y que están cubiertos o no por esta política en el sitio web del Hospital (<https://www.wphospital.org> [haga clic en la pestaña “Patients and Families” [Pacientes y Familias] y luego en “Financial and Insurance Information” [Información Financiera y de Seguros]). También está disponible en el Departamento de Cuentas de Pacientes. Esta lista se actualiza trimestralmente.

2. El Hospital no impone límites a los servicios según la condición médica del paciente.
3. La determinación de elegibilidad para la asistencia financiera se realizará tan pronto como sea posible en el proceso de planificación y programación de la atención. Los asesores de Cuentas de Pacientes brindarán ayuda a cualquier Persona responsable que necesite asistencia para completar las solicitudes de asistencia financiera. Los servicios de emergencia nunca se retrasarán por evaluaciones financieras. Las Personas responsables pueden solicitar asistencia financiera antes de recibir los servicios o después de recibir una factura. Las Personas responsables también pueden solicitar asistencia financiera después de que la factura haya sido enviada a una agencia de cobranza.
4. Las solicitudes de asistencia financiera se revisarán y decidirán con prontitud y en un plazo de 30 días hábiles para los servicios que no sean de emergencia. Se recomienda a las Personas responsables que no tomen en cuenta ninguna factura recibida mientras la solicitud esté en proceso. Las cuentas de los pacientes que hayan completado solicitudes de asistencia financiera no se enviarán a cobranza mientras dichas solicitudes estén en proceso.
5. Se otorgará a las Personas responsables un plazo de doscientos cuarenta (240) días a partir de la fecha de la primera factura emitida tras el alta médica para completar una solicitud de asistencia financiera. El Hospital podrá renunciar al período de 240 días si la Persona responsable demuestra una causa justificada para la presentación tardía. Todas las presentaciones tardías deberán contar con la aprobación del Gerente de la Oficina Comercial.
6. Las solicitudes incompletas (es decir, aquellas que no incluyan toda la información o los documentos requeridos) serán devueltas a la Persona responsable junto con una explicación de la información o los documentos faltantes. Asimismo, se notificará a la Persona responsable que contará con un plazo razonable (no menor a 30 días) para volver a presentar la solicitud con la información o documentos faltantes. También se proporcionará una copia del PLS, un aviso de posibles ECA e información de contacto del Departamento de Cuentas del Paciente. Un plazo razonable depende de los hechos y circunstancias particulares; por ejemplo, la cantidad de información o documentación adicional que se esté solicitando.
7. Las aprobaciones de asistencia financiera tendrán una validez de un año, estando sujeto a revisiones posteriores basadas en cambios en las circunstancias de las Personas responsables.
8. Se espera que las Personas responsables colaboren con el Hospital en el proceso de solicitud de la cobertura de seguros públicos disponibles (p. ej., Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus) si se consideran potencialmente elegibles antes de que se tomen las determinaciones finales sobre asistencia financiera.
9. Criterios de elegibilidad. El ingreso bruto vinculado a los lineamientos de ingresos publicados del FPL, ajustadas por el tamaño de la familia, se utilizará para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Las decisiones se basan en los ingresos anuales.

- a) En el caso de las personas sin seguro o con seguro insuficiente que lleguen al 200 % o menos del FPL y que sean aprobados para asistencia financiera, se eximirá la responsabilidad financiera del paciente
 - b) En el caso de las personas sin seguro de entre el 201 % y el 300 % del FPL y que sean aprobados para asistencia financiera, la responsabilidad financiera del paciente se basará en el 10 % de la tasa actual de Medicaid.
 - c) En el caso de las personas con seguro insuficiente que comprendan entre el 201 % y el 300 % del FPL (nivel federal de pobreza) y que sean aprobados para asistencia financiera, la responsabilidad financiera del paciente será igual al 10 % del costo compartido.
 - d) En el caso de las personas sin seguro de entre el 301 % y el 400 % del FPL y que sean aprobados la asistencia financiera, la responsabilidad financiera del paciente se basará en un 20 % de la tasa actual de Medicaid
 - e) En el caso de las personas con seguro insuficiente que comprendan entre el 301 % y el 400 % del FPL y que reciban asistencia financiera, la responsabilidad financiera del paciente será del 20 % de la distribución de costos
 - f) La política de asistencia financiera del Hospital también se extiende a las personas sin seguro de entre el 401 % y el 500 % del FPL que están aprobadas para recibir asistencia financiera (consulte el Anexo A).
 - g) Las personas no aseguradas y las personas con seguro insuficiente con ingresos superiores al 500 % del nivel federal de pobreza (FPL) que residan en el área de servicio principal del hospital y que reciban atención médica necesaria o de emergencia son elegibles para un descuento de cortesía (ver Anexo A).
 - h) A una persona elegible para la FAP no se le podrá cobrar más del monto permitido por los AGB por los servicios cubiertos.
 - i) Cualquier excepción a los límites antes mencionados se hará caso por caso y requerirá la aprobación del vicepresidente adjunto de Cuentas por Cobrar de Servicios de Salud; vicepresidente de Servicios Profesionales; o vicepresidente de Finanzas.
10. El estatus migratorio no es un criterio utilizado para determinar la elegibilidad.
11. El Centro Médico verificará los ingresos actuales. Los comprobantes de ingresos aceptables son los siguientes:
- a) Declaración de desempleo
 - b) Carta de adjudicación del Seguro Social/pensión
 - c) Recibos de pago/carta de verificación de empleo
 - d) Carta de apoyo
 - e) Carta de certificación que explique los ingresos, el apoyo y/o la situación financiera actual si no se dispone de otra prueba de ingresos.
12. El Hospital utiliza el análisis predictivo para ayudar en las determinaciones de asistencia benéfica en ausencia de solicitudes completas de asistencia financiera. Tales hallazgos no

descalificarán a los pacientes para recibir asistencia financiera. Si un paciente completa una solicitud de asistencia financiera con documentación que demuestre que sus ingresos son inferiores a la categoría determinada mediante análisis predictivo, la responsabilidad financiera del paciente se reducirá aún más al monto más inferior. Se utiliza Experian. El sistema de Evaluación de Asistencia Financiera/Caridad Presuntiva de Experian Healthcare utiliza la información financiera contenida en el informe de crédito de un paciente, junto con otros atributos específicos del paciente, para estimar su nivel de ingresos y determinar su posición en relación con el Nivel Federal de Pobreza, con el fin de calificar para el programa de atención caritativa del hospital. Las revisiones a través de la evaluación de asistencia financiera de Experian Healthcare son revisiones suaves que solo pueden ser vistas por el consumidor y no afectan el puntaje crediticio. Si el consumidor tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la consulta, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de Experian Healthcare al (763) 416-1030.

13. La elegibilidad presuntiva también puede basarse en la elegibilidad previa para la FAP, o el hospital puede utilizar la inscripción en ciertos programas públicos específicos basados en pruebas de medios económicos para determinar presuntivamente que los individuos califican para la FAP, incluyendo:
- Programas de medicamentos con receta financiados por el estado;
 - Personas sin hogar o que hayan recibido atención en una clínica para personas sin hogar;
 - Participación en los programas para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children programs, WIC)
 - Elegibilidad para recibir cupones de alimentos;
 - Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados;
 - Elegibilidad para otros programas de asistencia estatal o local que no estén financiados (por ejemplo, reducción de gastos de Medicaid);
 - Se proporciona una vivienda de bajos ingresos o subsidiada como una dirección válida; y
 - El paciente ha fallecido y no se conoce la existencia de un patrimonio.

Si el paciente es considerado presuntamente elegible para una asistencia menos generosa de la disponible, el Hospital notificará al paciente sobre la base de dicha determinación de elegibilidad presuntiva para la FAP y le proporcionará información sobre cómo solicitar una asistencia más generosa disponible bajo la FAP. El hospital también otorgará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar las ECA (como se detalla a continuación) para obtener el monto con descuento adeudado por los Servicios cubiertos.

14. Se otorgará asistencia financiera completa a los pacientes con facturas pendientes de pago directo y cobertura actual de Medicaid.
15. Las Personas responsables recibirán las decisiones sobre asistencia financiera por correo, con una notificación en la parte inferior de la carta de aprobación o rechazo que explica cómo

apelar la decisión. Los estados de cuenta del hospital informarán a las Personas responsables si han recibido un descuento por asistencia financiera o por pago directo, y reflejarán el ajuste.

16. Las Personas responsables pueden apelar las decisiones del Hospital sobre asistencia financiera si se les niega la asistencia o consideran que la decisión es desfavorable. Las Personas responsables que apelen decisiones de asistencia financiera deben proporcionar documentación de respaldo (es decir, comprobante de ingresos actuales). Las Personas responsables tienen 30 días para presentar sus apelaciones a la atención del Director del Ciclo de Ingresos, Departamento de Cuentas de Pacientes y se les notificará sobre las decisiones por correo dentro de los 30 días posteriores a la presentación de las solicitudes de apelación. Basándose en la información proporcionada, las Personas responsables pueden ser evaluadas para reducciones adicionales o planes de pago extendidos.
17. A las Personas responsables se les ofrecen planes de pago si no pueden realizar los pagos reducidos en su totalidad. También se ofrecen planes de pago extendido a través del proceso de apelaciones. Si una Persona responsable realiza un depósito, este se incluirá como parte del pago de su saldo de asistencia financiera. White Plains Hospital Medical Center no cobra intereses sobre los saldos pendientes.
18. Se enviarán al menos tres (3) estados de cuenta separados a la última dirección conocida de cada Persona responsable. Deben transcurrir al menos 180 días entre la primera factura posterior al alta y el inicio de las Acciones extraordinarias de cobro (como se detalla a continuación).
19. Todas las agencias de cobranzas afiliadas al Hospital tienen una copia de la política de asistencia financiera del Hospital y deben cumplirla. Además, remitirán a cualquier Persona responsable que necesite ayuda al Hospital para que evalúe y reduzca una factura basada en los ingresos anuales y el tamaño de la familia.
20. Las Personas responsables recibirán una notificación por escrito 30 días antes de que cualquier cuenta sea enviada a una agencia de cobranzas o de que se inicie cualquier ECA. También se debe hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a la Persona responsable por teléfono al último número de teléfono conocido. Durante todas las conversaciones, se informará a la Persona responsable sobre la asistencia financiera que pueda estar disponible en virtud del FAP.
21. El Hospital prohíbe realizar cobros a cualquier paciente que sea elegible para Medicaid en el momento en que se brindan los servicios.
22. El Hospital no enviará una cuenta a cobranza si hay una solicitud de asistencia financiera en trámite.
23. Las agencias de cobranzas tienen prohibido forzar la venta o ejecución hipotecaria de la residencia principal de una Persona responsable.
24. El Resumen en lenguaje sencillo (PLS) debe ser proporcionado al momento de la admisión o el alta, y en cualquier factura que notifique a una Persona responsable sobre una posible ECA.
25. La notificación sobre las políticas de asistencia financiera del Hospital se comunicará por escrito a los pacientes y a las agencias de servicios comunitarios locales. La información escrita que describe las políticas de asistencia financiera del Centro Médico estará disponible tanto en inglés como en español para cualquier persona que la solicite en los siguientes lugares:

- a) Sala de emergencias.
- b) Oficinas de admisión.
- c) www.wphospital.org –(haga clic en la pestaña “Patients and Families” [Pacientes y familias], luego en “Financial and Insurance Information” [Información financiera y sobre el seguro]). No hay costo por descargar estos materiales, y los pacientes no están obligados a crear una cuenta ni a proporcionar información personal identificable.
- d) Por correo, previa solicitud, a: Patient Accounts Department, 41 East Post Road, White Plains, NY 10601.
- e) En persona desde la Oficina de Negocios ubicada en 101 East Post Rd (3.^{er} piso).
- f) El Centro de Llamadas al 914-681-1004.

La disponibilidad de asistencia financiera y los números de teléfono de las oficinas están impresos en la parte inferior de todas las facturas del hospital.

- 26. El Hospital garantizará que las traducciones de la FAP, el PLS y la solicitud se realicen en el idioma principal hablado por los individuos que utilizan el hospital y que representen al menos 1,000 personas o el 5 % de la comunidad atendida, lo que sea menor.
- 27. La notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera también se publicita ampliamente entre los miembros de la comunidad a la que atiende el Hospital por diversos medios, que pueden incluir, entre otros:
 - Informar a los médicos remitentes sobre la FAP mediante comunicaciones periódicas; e
 - Incluir un anuncio destacado en el boletín informativo del Hospital, enviado por correo a las personas en la base de datos de clientes del hospital, informando a los lectores que el Hospital ofrece asistencia financiera y proporcionando la información de contacto correspondiente.
- 28. Todo el personal de admisión, registro y las agencias de cobranza reciben capacitación periódica sobre la política de asistencia financiera del Hospital.
- 29. Las Personas responsables que tengan quejas sobre la política o el proceso de asistencia financiera del Hospital pueden llamar a la línea directa de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447. Esta información también se incluye en las cartas de rechazo.

Al implementar esta política, la administración y las instalaciones del Hospital deberán cumplir con todas las demás leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de acuerdo con esta política.

ANEXO A

Tabla y niveles de ayuda financiera

NIVEL FEDERAL DE POBREZA 2025	CATEGORÍAS DE INGRESOS BRUTOS (Límites superiores)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tamaño de la familia	FPL	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	500 %	>500 %
1	\$15,060	\$23,475	\$31,300	\$39,125	\$46,950	\$54,775	\$62,600	\$78,250	
2	\$21,150	\$31,725	\$42,300	\$52,875	\$63,450	\$74,025	\$84,600	\$105,750	
3	\$26,650	\$39,975	\$53,300	\$66,625	\$79,950	\$93,275	\$106,600	\$133,250	
4	\$32,150	\$48,225	\$64,300	\$80,375	\$96,450	\$112,525	\$128,600	\$160,750	
5	\$37,650	\$56,475	\$75,300	\$94,125	\$112,950	\$131,775	\$150,600	\$188,250	
6	\$43,150	\$64,725	\$86,300	\$107,875	\$129,450	\$151,025	\$172,000	\$215,750	
7	\$48,650	\$72,975	\$97,300	\$121,625	\$145,950	\$170,275	\$194,600	\$243,250	
8	\$54,150	\$81,225	\$108,300	\$135,375	\$162,450	\$189,525	\$216,600	\$270,750	
Por cada persona adicional, agregue:	\$5,500	\$8,250	\$11,000	\$13,750	\$16,500	\$19,250	\$22,000	\$27,500	

* Basado en los lineamientos Federales de Pobreza de 2025

Política consolidada de Asistencia financiera profesional y hospitalaria

Aspectos clave de la política de Asistencia financiera de White Plains Hospital:

- Las tarifas están determinadas según el nivel del porcentaje del FPL y el tipo de servicio. La tabla muestra las tarifas para servicios profesionales (PB), hospitalarios (HB) y combinados (PB + HB).
- El nivel 5 o superior al 500 % se considera un "Descuento de cortesía". Para los servicios profesionales (PB), la tarifa será del 61 % del monto facturado en lugar de una tarifa fija. Como resultado, un paciente puede recibir una factura adicional.
- Dependiendo del servicio, es posible que no se cobre una tarifa y esto se señala con "\$ -".

Consulta para pacientes nuevos (NPV) solo en ubicaciones PB y clínica de salud familiar						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	\$10	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	\$15	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	\$20	27 % de los cargos	27 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	\$25	60 % de los cargos	60 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Consulta para pacientes establecidos (EPV) solo en ubicaciones PB y Clínica de salud Familiar						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	\$10	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	\$15	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	\$20	27 % de los cargos	27 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	\$25	60 % de los cargos	60 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Departamento de Emergencias (ED)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0

2	201 %- 300 %	\$10	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %- 400 %	\$15	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %- 500 %	\$20	27 % de los cargos	27 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	\$25	60 % de los cargos	60 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Cirugía ambulatoria						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %- 300 %	\$400	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %- 400 %	\$750	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %- 500 %	\$900	25 % de los cargos	25 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	30 % de los cargos	30 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

**Tarifa por procedimiento

Procedimientos gastrointestinales (GI)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %- 300 %	\$300	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %- 400 %	\$375	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %- 500 %	\$400	26 % de los cargos	26 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	37 % de los cargos	37 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

*Tarifa por procedimiento

Paciente hospitalizado (Inpt)

Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	14 % de los cargos	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	20 % de los cargos	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	40 % de los cargos	28 % de los cargos	28 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	47 % de los cargos	47 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Paciente hospitalizado (obstetricia, parto)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	14 % de los cargos	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	20 % de los cargos	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	40 % de los cargos	64 % de los cargos	64 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	72 % de los cargos	72 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Paciente hospitalizado (recién nacido)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	14 % de los cargos	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	20 % de los cargos	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	40 % de los cargos	37 % de los cargos	37 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

5	>500 %	61 % de lo facturado	41 % de los cargos	41 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
---	--------	----------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-----------------------------

Infusiones de oncología médica (Inf)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	14 % de los cargos	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	20 % de los cargos	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	40 % de los cargos	23 % de los cargos	23 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	30 % de los cargos	30 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Oncología radioterápica (Rad Onc)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	14 % de los cargos	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	20 % de los cargos	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	40 % de los cargos	20 % de los cargos	20 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	33 % de los cargos	33 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Radiografía radiológica (Rad Xray)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	\$10	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

3	301 %- 400 %	\$15	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %- 500 %	\$20	28 % de los cargos	28 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	49 % de los cargos	49 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Ultrasonido radiológico (Rad US)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %- 300 %	\$40	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %- 400 %	\$45	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %- 500 %	\$50	28 % de los cargos	28 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	54 % de los cargos	54 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Mamografía (Rad Mam)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %- 300 %	\$50	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %- 400 %	\$65	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %- 500 %	\$70	29 % de los cargos	29 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	60 % de los cargos	60 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Tomografía computarizada (Rad CT)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0

2	201 %- 300 %	\$80	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %- 400 %	\$115	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %- 500 %	\$125	23 % de los cargos	23 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	50 % de los cargos	50 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Imágenes por resonancia magnética (Rad MRI)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %- 300 %	\$80	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %- 400 %	\$115	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %- 500 %	\$125	23 % de los cargos	23 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	50 % de los cargos	50 % de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Tomografía por emisión de positrones, PET (global)						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %- 300 %	\$80	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %- 400 %	\$115	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %- 500 %	\$150	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Todos los demás servicios de radiología						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	\$15	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	\$25	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	\$50	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Atención de urgencia						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	\$15	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	\$25	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	\$50	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Laboratorio						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	\$15	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	\$25	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	\$50	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

PTOT						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	\$15	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	\$25	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	\$50	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Todos los demás OP						
Niveles de precios	% FPL	PB NPV	*HB sin seguro	*HB seguro insuficiente	Combinado sin seguro	Combinado seguro insuficiente
1	200 %	\$-	\$0	\$0	\$0	\$0
2	201 %-300 %	\$15	10 % de Medicaid	10 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
3	301 %-400 %	\$25	20 % de Medicaid	20 % del costo compartido	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
4	401 %-500 %	\$50	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente
5	>500 %	61 % de lo facturado	% de los cargos	% de los cargos	PB + HB sin seguro	PB + HB seguro insuficiente

Todas las decisiones desfavorables o solicitudes denegadas pueden apelarse dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha de la decisión.