

Assistance financière – Résumé

Montefiore Medical Center reconnaît que parfois certains patients nécessitant des soins auront des difficultés à payer pour les prestations fournies. Le service d'aide financière offre des rabais aux personnes qui répondent à certains critères en matière de revenu et de taille de famille. En outre, nous pouvons vous aider à déposer une demande pour une assurance gratuite ou peu coûteuse si vous qualifiez. Il vous suffit d'appeler ou de rencontrer un conseiller financier dans les établissements figurant sur la page 2, ou d'envoyer un e-mail à l'adresse : financialaid@montefiore.org pour bénéficier d'une assistance gratuite et confidentielle. Vous trouverez des informations supplémentaires sur notre politique d'assistance financière à l'adresse : <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>. Vous pouvez également recevoir gratuitement un formulaire de demande par courrier postal

Qui peut bénéficier d'un allègement ?

L'aide financière est accessible aux patients qui ne bénéficient d'aucune assurance maladie ou dont la couverture est limitée et qui résident dans la zone de service principale du Centre médical (État de New York).

Le Montefiore Medical Center propose également des accords de paiement aux patients qui bénéficient d'une assurance maladie, mais qui font face à des dépenses qu'ils ne peuvent pas assumer ou qui leur semblent trop élevées.

Tous les habitants de l'État de New York qui ont besoin de soins d'urgence ou de soins médicaux nécessaires peuvent bénéficier de soins et d'un allègement.

Vous ne pouvez pas vous voir refuser des soins d'urgence ou des soins médicaux nécessaires au prétexte que vous avez besoin d'une aide financière.

Vous pouvez soumettre une demande d'allègement quelle que soit votre situation d'immigration.

Quels sont les plafonds de revenus ?

Le montant de l'allègement dépend de vos revenus et du nombre de membres composant votre foyer. Voici les plafonds applicables si vous ne bénéficiez d'aucune assurance maladie ou si votre couverture est limitée

2024	Gross Income Categories (Upper Limits)										
Federal Poverty Level	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	\$15,060	\$18,825	\$22,590	\$26,355	\$27,861	\$30,120	\$37,650	\$45,180	\$60,240	\$75,300	
2	\$20,440	\$25,550	\$30,660	\$35,770	\$37,814	\$40,880	\$51,100	\$61,320	\$81,760	\$102,200	
3	\$25,820	\$32,275	\$38,730	\$45,185	\$47,767	\$51,640	\$64,550	\$77,460	\$103,280	\$129,100	
4	\$31,200	\$39,000	\$46,800	\$54,600	\$57,720	\$62,400	\$78,000	\$93,600	\$124,800	\$156,000	
5	\$36,580	\$45,725	\$54,870	\$64,015	\$67,673	\$73,160	\$91,450	\$109,740	\$146,320	\$182,900	
6	\$41,960	\$52,450	\$62,940	\$73,430	\$77,626	\$83,920	\$104,900	\$125,880	\$167,840	\$209,800	
7	\$47,340	\$59,175	\$71,010	\$82,845	\$87,579	\$94,680	\$118,350	\$142,020	\$189,360	\$236,700	
8	\$52,720	\$65,900	\$79,080	\$92,260	\$97,532	\$105,440	\$131,800	\$158,160	\$210,880	\$263,600	
For each additional person Add.	\$5,380	\$6,725	\$8,070	\$9,415	\$9,953	\$10,760	\$13,450	\$16,140	\$21,520	\$26,900	

Que dois-je faire si mes revenus sont supérieurs au plafond ?

Si vous ne pouvez pas régler votre facture, le Montefiore Medical Center dispose d'un type d'aide financière auquel tous les patients peuvent prétendre. Le pourcentage de l'allègement dépend de vos revenus annuels et du nombre de membres constituant votre foyer. Nous proposons également des plans de paiement qui prévoient des versements mensuels dont le montant ne dépasse pas 10 % de vos revenus mensuels. Un allègement spécial s'applique au-delà de 500 % du niveau fédéral de pauvreté. Un allègement est également possible pour les patients qui effectuent à leur charge des soins considérés comme non nécessaires.

Puis-je me faire expliquer le système d'allègement ? Puis-je me faire aider pour soumettre une demande ?

Oui, vous pouvez bénéficier d'une aide gratuite et confidentielle.

Si vous ne parlez pas anglais, quelqu'un s'adressera à vous dans votre langue. Les formulaires, les résumés et la politique complète sont proposés gratuitement dans différentes langues.

Le représentant du service d'aide financière pourra vous indiquer si vous remplissez les critères d'éligibilité à une assurance gratuite ou à coût réduit, telle que Medicaid, Child Health Plus ou un plan de santé qualifié (pendant la période d'inscription).

S'il conclut que vous ne pouvez pas bénéficier d'une assurance à coût réduit, il vous indiquera la marche à suivre pour soumettre une demande d'allègement, vous aidera à remplir tous les formulaires et vous précisera quels justificatifs fournir.

Rendez-vous dans l'un des bureaux ci-dessous ou sur la page <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> pour en savoir plus ou pour obtenir de l'aide.

- 111 East 210th Street (Bureau RS-001) 718-920-5658 (Campus Moses)
- 600 East 233rd Street (Service central d'enregistrement) 718-920-9660 (Campus Wakefield)
- 1825 Eastchester Road (Bureau d'admission) 718-904-3551 (Campus Weiler)
- 2475 St. Raymond Avenue (Enregistrement des patients en consultation externe) 718-430-7339 (Westchester Square Campus)

De quoi ai-je besoin pour soumettre une demande d'allègement ?

Justificatifs de revenus recevables :

- Attestation de chômage
- Attestation de retraite/de la sécurité sociale
- Bulletins de salaire/attestation d'emploi
- Lettre de recommandation
- Auto-attestation (dans certains cas)
- Déclaration de revenus ou formulaire W-2

Tous les services médicaux nécessaires dispensés par le Montefiore Medical Center sont couverts par l'allègement, notamment les services de consultation externe, les soins d'urgence et les hospitalisations en urgence.

Les services dispensés par des *médecins privés* au sein de l'hôpital ne sont pas systématiquement couverts. Vérifiez auprès des médecins privés s'ils proposent un allègement ou un plan de paiement. Pour obtenir la liste des prestataires et savoir s'ils participent au programme d'aide financière du Centre médical, consultez notre site Web à l'adresse <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> ou rendez-vous dans l'un des bureaux d'aide financière. Vous pourrez recevoir cette liste en mains propres ou par courrier.

Quelle somme dois-je payer ?

La somme à payer pour un service de consultation externe ou des soins aux urgences commence à 0 \$ pour les enfants et les femmes enceintes, et varie selon vos revenus. La somme à payer pour un service de consultation externe ou des soins aux urgences commence à 15 \$ pour les adultes et varie selon vos revenus.

Un représentant du service d'aide financière vous donnera plus de détails sur les allègements spécifiques applicables après le traitement de votre demande.

Le montant facturé aux patients ne dépasse pas le tarif généralement appliqué pour les soins d'urgence ou les soins médicaux nécessaires.

Comment bénéficier d'un allègement ?

Vous devez remplir le formulaire de demande. Dès que nous recevons vos justificatifs de revenus, nous traiterons votre demande d'allègement en fonction de votre niveau de revenus. Vous avez 30 jours pour soumettre votre demande.

Vous pouvez demander un allègement avant de prendre votre rendez-vous, lorsque vous vous rendez à l'hôpital pour recevoir des soins ou lorsque vous recevez la facture.

Envoyez le formulaire rempli à cette adresse : Montefiore Medical Center-111 EAST 210TH Street, Bronx, N.Y. 10467/ Main Cashiers Room RS-001 ou déposez-le en mains propres au bureau RS-001.

Une fois que vous avez fourni le formulaire et les justificatifs demandés, vous pouvez ignorer les factures jusqu'à ce que l'hôpital ait rendu sa décision.

Comment saurai-je si ma demande d'allègement est acceptée ?

Le Montefiore Medical Center vous enverra un courrier dans les 30 jours suivant la réception du formulaire et des justificatifs pour vous indiquer si vous bénéficiez d'un allègement et quel est son montant.

Que dois-je faire si je reçois une facture alors que ma demande d'allègement est en cours de traitement ?

L'hôpital ne peut pas exiger le règlement d'une facture si votre demande d'allègement n'a pas encore été traitée. Si la demande est refusée, l'hôpital doit vous en informer par écrit et vous indiquer comment faire appel de cette décision auprès d'une instance supérieure de l'hôpital.

Que dois-je faire si je ne parviens pas à résoudre un litige avec l'hôpital ?

Vous pouvez appeler la ligne d'assistance téléphonique du département de la santé de l'État de New York au 1-800-804-5447.

Annexe B
Demande

MONTEFIORE MEDICAL CENTER
DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Nom du patient				Numéro de sécurité sociale (Optionnel)			
Adresse						Date de la demande	
Ville				État		Code postal	
Téléphone				Lien avec le patient		Patient Conjoint(e) Enfant Parent Grand-parent Petit-enfant Autre	
Revenus annuels bruts				Nb de membres du foyer		Solde dû	
FICHE D'ELIGIBILITE : POUR USAGE INTERNE SEULEMENT							
Représentant du service d'aide financière						Solde corrigé	
N° de dossier médical du patient				N° de compte		N° de réf. facture	
Revenus vérifiés par l'IRS		Oui Non		Justificatifs fournis		1. Bulletin de salaire 2. Attestation d'emploi 3. Documents de marché	
Revenus annuels bruts vérifiés						4. Lettre de soutien (le cas échéant) Autre (préciser) :	
Une aide financière de la catégorie suivante (1-6, 9M) est accordée au demandeur							

Date de la demande		Date de réception du relevé fiscal de l'IRS	
Date de réception de la demande		Date de correction du solde	
Date de notification de l'aide financière		Date d'acceptation/de refus	
Approuvé par :			

DÉCLARATION DE DEMANDE

En signant ce formulaire, je confirme mon consentement à la cession des prestations et à la divulgation des informations relatives aux services médicaux fournis au Montefiore Medical Center.

Bien que je sois éligible à l'aide financière, j'accepte d'informer le Montefiore Medical Center de tout changement concernant le nombre de membres de mon foyer, mes revenus et ma couverture santé qui pourrait impacter mon éligibilité à l'aide financière. J'autorise mon employeur et ma compagnie d'assurance maladie à fournir au Montefiore Medical Center des informations sur mes revenus, mes primes d'assurance maladie, ma coassurance, mes tickets modérateurs, mes franchises et mes prestations couvertes.

Si je sollicite une aide financière en raison d'un accident ou d'un autre incident, et que je perçois de l'argent du fait de cet accident ou incident d'une source quelconque, telle que le service d'indemnisation des accidents du travail ou une compagnie d'assurance, je rembourserai au Montefiore Medical Center les services médicaux fournis par le Centre qui ont été payés intégralement ou en partie par l'aide financière.

Toutes les informations de ce formulaire sont exactes à ma connaissance et j'accepte de fournir des justificatifs sur demande.

Nom du patient en majuscules		Date	
Signature du patient			
<i>Je suis légalement autorisé à donner mon consentement au nom du patient mentionné ci-dessus. Mon lien avec le patient est le suivant :</i>			
Signature du représentant autorisé		Date	
Lien avec le patient			

Remplissez ce formulaire et renvoyez-le accompagné du justificatif de revenu/preuve de soutien financier à un des Patient Financial Services Offices à l'une des adresses Montefiore suivantes :

Moses Campus – RM-001

111 East 210th Street
Bronx, NY 10467
718-920-5658

Wakefield Campus

600 East 233rd Street
Bronx, NY 10466
718-920-9660

Weiler Campus

1825 Eastchester Road
Bronx, NY 10461
718-904-3551

Westchester Square Campus

2475 Saint Raymond Ave
Bronx, NY 10461
718-430-7339

Une fois que vous avez envoyé le formulaire et les justificatifs demandés, vous pouvez ignorer les factures jusqu'à ce que l'hôpital ait rendu sa décision concernant votre demande. Vous avez 30 jours pour soumettre votre demande.