



HackensackUMC Mountainside Medical Center (해컨색 UMC 마운틴사이드 의료원)

재정 보조 정책

발효일: 2017년 1월 1일

정책/원칙

HackensackUMC Mountainside Medical Center (“의료원”)의 정책은 의료원의 시설에서 제공하는 응급 또는 기타 의료 서비스에 대해 사회적으로 공정한 관행을 보장하는 것입니다. 이 정책은 재정 지원이 필요하고 의료원에서 진료를 받아야 하는 환자들을 위한 재정 지원 자격을 처리하기 위해 특별히 설계된 것입니다.

1. 모든 재정 지원은 공익에 대한 우리의 약속, 빈곤층 및 기타 취약층에 대한 우리의 특별한 관심, 그리고 우리의 관리 책임에 대한 헌신을 반영합니다.
2. 이 정책은 고용된 의사의 서비스 및 행동 건강을 포함하여 의료원에서 제공하는 모든 응급 및 기타 의료 서비스에 적용됩니다. 이 정책은 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 치료가 아닌 선택 시술 또는 기타 의료에 대한 지불 약정에는 적용되지 않습니다.
3. 재정 지원 정책이 적용되는 의료인 목록은 의료원의 시설 내에서 진료를 제공하는 의료인들의 목록을 제공하며, 여기에는 재정 지원 정책의 적용 대상과 비적용 대상들이 적시되어 있습니다.

정의

본 정책의 목적을 위해, 다음 정의들이 적용됩니다.

- “501(r)” 은 내국세법 501(r)조와 그에 따라 공포된 법규들을 의미합니다.
- “Amount Generally Billed(일반적으로 청구되는 금액)” 또는 “AGB” 는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 관해, 일반적으로 그런 진료가 보장되는 보험에 가입한 개인들에게 청구되는 금액을 의미합니다.
- “Community(커뮤니티)” 는 뉴저지 주의 지리적 영역을 의미합니다.
- “Emergency Care(응급 진료)” 는 즉각적인 의료 처치를 하지 않을 경우 환자(또는 태아)의 건강에 대한 심각한 위험, 신체 기능의 심각한 손상, 또는 신체 기관이나 일부의 심각한 장애를 유발할 것이라고 합리적으로 예상할 수 있는 출산 또는 중증도의 의학적 상태를 의미합니다.
- “Medically Necessary Care (의학적으로 필요한 치료)” 는 면허가 있는 의사가 입원 의사와 상의하여 내린 임상적 판단에 따른 의학적으로 필요한 치료를 의미합니다.
- “Organization (의료원)” 는 HackensackUMC Mountainside Medical Center를 의미합니다.
- “Patient (환자)” 는 의료원에서 응급 또는 의학적으로 필요한 치료를 받는 사람과 환자의 진료에 대해 재정적 책임을 지는 사람을 의미합니다.

제공되는 재정 지원

1. 소득이 연방 빈곤 수준 (“FPL”)의 200% 이하인 환자들은 보험회사의 지불 후 환자가 내야 하는 서비스 요금(있을 경우)의 해당 부분에 대해 100% 자선 의료비 면제를 받을 자격이 있습니다.
2. 소득이 연방 빈곤 수준(“FPL”)의 200%를 초과하는 환자들은 아래 기준에 따라 자선 지원을 받을 자격이 있습니다.

<u>소득 기준</u>		
<u>HHS 빈곤 소득 지침의 비율로 표시된 소득</u>		<u>환자가 지불할 요금의 비율</u>
200% 이하		0%
200% 초과 225% 이하		20%
225% 초과 250% 이하		40%
250% 초과 275% 이하		60%
275% 초과 300% 이하		80%
300% 초과		100%

3. 20%에서 80%의 가변 요금 척도에 해당되는 환자들은 총 연간 소득의 30%를 초과하는 유자격 현금불 의료비(즉, 다른 당사자들이 지불하지 않는 요금)를 부담해야 할 경우, 30%를 초과하는 금액은 병원 의료비 지원금으로 간주됩니다.
4. 재정 지원 자격은 수입 주기에서 임의의 지점에 결정할 수 있으며 지원자가 재정지원 신청서(“FAP신청서”)를 작성하지 않더라도 자격을 판단하기 위한 추정 점수가 사용될 수 있습니다.
5. 재정 지원 자격은 재정이 부족한 환자가 부담해야 하는 모든 잔금에 대해 결정해야 합니다.

자선 의료 프로그램:

- New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program(뉴저지 병원 의료비 지원 프로그램(Charity Care Assistance(자선 의료 지원))은 뉴저지 주 전체의 응급 진료 병원에서 입원 및 외래 서비스를 받는 환자들에게 제공되는 무료 의료 또는 의료비 감액입니다. 병원 지원 및 의료비 감액은 필요한 병원 치료에 대해서만 제공됩니다. 의사 수수료, 마취 비용, 방사선 해석, 그리고 외래 처방은 병원비와 별도로 감액 대상이 아닐 수도 있습니다.
- 병원 의료비 지원에 대한 자금원은 공법 1997, 제263 장에 따라 관리되는 Health Care Subsidy Fund(의료비 지원금)입니다.



재정 지원을 받을 자격이 없는 환자에 대한 기타 지원

위에서 설명한 재정 지원을 받을 자격이 없는 환자들도 의료원에서 제공하는 다른 종류의 지원을 받을 자격이 있을 수도 있습니다. 완전한 정보를 제공하기 위해, 이런 다른 종류의 지원들이 여기에 나열되어 있습니다. 이들은 필요에 기반한 지원이 아니며 501(r)조가 적용되지 않지만 HackensackUMC Mountainside Medical Center에서 봉사하는 지역사회의 편의를 위해 여기에 포함시켰습니다.

1. 재정 지원을 받을 자격이 없는 보험이 없는 환자들에게는 아래 기준에 따라 할인이 제공됩니다.
 - (a) 입원, 응급 및 외래 시술: Medicare 요금의 115%
 - (i) 산과 및 미용 시술은 자기 부담금 스케줄을 수립했으며 Medicare 환급에 근거한 요금이 적용되지 않습니다.

재정 지원 자격이 있는 환자들에 대한 의료비 제한

재정 지원을 받을 자격이 있는 환자들은 AGB 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 초과하여 개인적으로 부과되지 않으며, 또한 다른 모든 의료비 총액을 초과하여 부과되지 않습니다. 의료원에서는 501(r)조에 따라 “룩백(look-back)” 방법을 사용하여 Medicare 유료 서비스와 의료원에 보상금을 지불하는 모든 민간 의료보험 회사들을 포함하여 1개 이상의 AGB 비율을 계산합니다. 입원 구역에서 요청하시면 AGB 계산 내역 및 비율(들)의 무료 사본을 얻을 수 있습니다. 환자들은 우편 또는 전화로 Patient Financial Services(환자 재정 서비스)에 (973) 429-6000, 내선 5910으로 연락해서 AGB 계산 내역 및 비율의 무료 사본을 환자의 우편 주소로 사본을 보내달라고 요청하실 수 있습니다.

재정 지원 및 기타 지원 신청

환자는 추정 접수 자격을 통해 또는 FAP 신청서를 작성 및 제출하여 재정 지원을 신청함으로써 재정 지원을 받을 자격을 얻을 수도 있습니다. 서비스를 받을 때 환자가 요청하면 FAP 신청서와 FAP 신청 설명서를 받을 수 있습니다. 서비스를 받은 날 이후에 재정 지원을 신청하기를 원할 경우, 환자는 HackensackUMC Mountainside Medical Center의 웹사이트에서 FAP 신청서와 FAP 신청 설명서에 접속하여 직접 인쇄할 수 있습니다. 환자들은 또한 FAP 신청서와 FAP 신청 설명서 사본을 우편으로 요청할 수도 있습니다. 우편으로 문서들의 사본을 요청하려는 환자는 환자 재정 서비스부에 (973) 429-6000 내선 5910으로 전화해야 합니다. 위에 언급된 각 위치에서 FAP 신청서와 FAP 신청 설명서는 영어와 스페인어로 제공됩니다.

환자 수금 일정 - 입원 및 외래 서비스

HackensackUMC Mountainside Medical Center는 제공된 서비스에 대한 청구서를 보험 보상 처리 후 제공하며, 보험이 없는 환자에게는 즉시 제공합니다. 환자가 부담해야 하는 잔금에는 다음이 포함됩니다.

- 본인 부담금 (보험이 없는 환자)
- 보험 처리 후 본인 부담금 (보험금이 지급된 후 남은 잔금을 환자가 부담)



- 자선 의료 (자선 백분위수에 근거하여 할인된 의료비)
- Medicare처리 후 자기 부담금 (Medicare에서 정한 환자 부담금)

청구서 발송 주기

모든 환자들에게, 환자가 부담할 잔금이 확정된 후 약 5일 후에 청구서가 우송됩니다.

모든 자기부담금 - 전체 청구 주기는 수금부에 잔금이 송금되기 전까지 120일입니다. 청구서는 보험금이 지급된 후(해당될 경우) 환자에게 송부됩니다. 납부 기한이 지난 전체 환자 부담금이 만기일까지 수금되지 않을 경우, 환자는 청구서를 계속 받게 됩니다 (총 5회). 그 후에도 지불되지 않을 경우, 해당 계정은 수금 대행사로 보내집니다.

잔금에 대한 질문이 있는 환자는 고객 서비스부에 (866) 525-5558번으로 전화해서 지불 약정 자격이 있는지 알아보실 수 있습니다. 지불 능력이 없는 환자는 재정지원실에 (973) 429-6000, 내선 5910으로 연락하실 수 있습니다.