

# HUNTINGTON HOSPITAL

## 행정 정책 및 절차

제목: <b>FINANCIAL ASSISTANCE POLICY</b> (재정 지원 정책)	정책 번호: <b>329</b>	1/18페이지
승인자: <b>Caroline Balfour</b>	유효일: <b>2022-11-07</b>	대체/교체 자선 진료

### 목적:

a. Pasadena Hospital Association, Ltd. 산하 Huntington Hospital 와 Huntington Medical Foundation 산하 Huntington Health Physicians(이하 “기관”)는 건강 관리를 원하는 모든 지역사회 환자를 돕기 위해 노력하고 있으며 다음 원칙을 따르고 있습니다:

- i. 모든 사람을 존엄, 존중, 연민을 담아 공정하게 대우합니다.
- ii. 환자가 비용을 부담할 수 있는지 여부에 관계없이 모든 사람에게 응급 의료 서비스를 제공합니다.
- iii. 진료 비용의 일부 또는 전부를 부담할 수 없는 환자를 지원합니다.

본 정책은 지역사회 내에서 보험 혜택을 받지 못하는 저소득 환자와 보험 혜택이 충분치 않은 환자를 도움으로써 본원의 사명, 비전, 원칙에 대한 기관의 약속을 실천합니다. 본 약속의 일환으로 기관은 본 정책의 요건에 따라 자격이 있는 환자에게 무상 또는 할인된 비용으로 필요한 의료 서비스를 제공합니다.

- b. 본 정책은 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자를 확인하기 위한 지침을 제공하고 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자를 결정하기 위한 재정 선별심사 기준을 설정합니다. 본 정책에서 제시하는 재정 선별심사 기준은 대부분 미보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services)에서 제정한 연방 빈곤 수준 지침을 기반으로 합니다.
- c. 본 정책은 기관에서 제공하는 모든 응급 진료 및 그 밖의 필요한 의학적 진료에 적용됩니다.
- d. 본 정책의 목적은 주법 및 연방법을 준수하는 것입니다.

### 정책:

- a. **정의.** 사용된 용어에 대한 설명은 본 정책 후반부에 있는 “정의” 섹션을 참조해 주십시오. 정의된 용어는 정의 섹션에 대문자로 표기되거나 본 정책의 본문 내에 정의됩니다.
- b. **본 정책이 적용되는 시설, 의사, 그 밖의 제공자.** 정책은 기관이 제공하는 서비스에만 적용되며, Huntington Aligned Medical Group(“HAMG”) 및 Huntington Foundation Medical Group(“HFMG”)에서 제공하는 의사 서비스만 포함합니다. 기관의 Randall Breast Center 위치,

Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC 및 Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC는 제외됩니다.

c. 본 정책의 적용을 받지 않는 시설, 의사, 그 밖의 제공자는 별도의 재정 지원 정책을 가질 수 있습니다. 그 밖의 기관 의료진 구성원이 환자를 재정적으로 지원할 수 있습니다. 기관은 요청 시 특정 의사(또는 의료 집단)가 (i) 정책에 명시된 기준에 따라 전문 진료비의 보험 혜택을 받지 못하는 저소득 환자에게 기관에서 제공하는 것과 동등한 할인을 제공하는지 (ii) 환자를 재정 지원 대상으로 선정했을 시 기관의 결정을 수락하는지 (iii) 소비자 채권 추심에 관해 적용되는 관련 연방법, 주법, 지방 법률, 규정, 조례, 명령을 준수하는지 여부를 나타내는 해당 의사의 정보 목록을 제공합니다. 기관은 그러한 의사의 재정 지원 프로그램 관리 또는 청구 관행에 대해 책임을 지지 않습니다.

d. 대상 자격

- i. **재정 지원.** 전액 재정 지원은 가족 소득 및 자산이 금년도 FPL의 400% 이하인 환자가 이용할 수 있습니다. 소득 범위가 FPL의 401%~600%에 이르는 환자는 또한 진료비 할인을 받을 수 있습니다. 자산이 재정 지원 신청서(이하 “신청서”)에 기재되어 있더라도 이는 할인 자격 결정 시 고려되지 않습니다. 첨부 B는 신청서이고 첨부 C는 기관에서 이용할 수 있는 재정 지원 범위를 설명합니다.
- ii. **서비스 이용 전 환자(선택적/비응급 진료).** 선택적 입원 환자로 예약되거나 비응급 외래 환자로 예약된 환자는 재정 지원 코디네이터 또는 지정인의 재정 지원을 위해 사전 승인이 필요합니다. 의학적으로 필요한 시술만 승인을 받을 자격이 있습니다. 선택적 시술 및 퇴원 후 후속 진료에 대한 재정 지원은 기관의 서비스 지역에 거주하거나 재정 지원 코디네이터 또는 지정인이 승인한 환자에게만 제한됩니다. 기관은 재정 및 임상 자원을 신중하게 배분해야 하는 기관의 필요성에 따라 환자의 제안된 비응급 및 비의료적 필수 진료에 대해 예비적 재정 지원을 하지 않을 권리를 보유합니다.
- iii. **추가 재정 자원 및 필수 환자 협력.** 본 정책에 따라 지원이 승인된 환자는 캘리포니아 범죄피해자(California Victims of Crime) 기금, 카운티 외상 프로그램(County Trauma Program), Medi-Cal 프로그램, 캘리포니아 의료 혜택 거래소(California Health Benefit Exchange)(이하 “거래소”)를 통해 보장을 제공하는 의료보험과 같은 제3자 출처로부터 기관의 서비스에 대한 환급을 받는 데 필요한 절차에 지속적으로 협력하는 데 동의합니다. 환자의 의료 비용에 대해 환자가 제3자 보장 신청을 한다고 하여 본 정책에 따른 지원 자격에서 배제되지 않습니다. 환자는 재정 지원의 조건으로 Medical, Healthy Families, 카운티 외상 프로그램(County Trauma Program)(해당되는 경우) 및 관련되는 경우 거래소에 따른 보장을 신청해야 합니다. 앞서 기술한 내용은 다른 주에 거주하는 환자와 해당 주 내에서 Medicaid를 신청하는 경우에도 적용됩니다.

기관은 Healthy Families, Covered California, Medi-Cal 또는 그 밖의 프로그램 등 지역 카운티 기관에 의뢰하여 대상자 여부를 결정합니다.

기관은 제3자 책임의 출처를 비롯하여 환자에게 보장을 제공하는 제3자 보험사에 청구할 권리가 있습니다. 기관이 본 정책에 따라 환자의 청구서 전부 또는 일부를 면제할 경우에도 의료보험사와 의료보험은 기관에 대한 청구 환급을 축소하는 것이 금지됩니다.

iv. **자기부담 환자.** 기관은 과거 경험과 현재의 보험 환경을 바탕으로 보험이 없는 환자는 보험에 가입할 여력이 없다고 가정하고 있습니다. 기관은 이들 환자가 재정 지원 프로그램을 받을 자격이 있는 대상이라고 간주하고 이러한 모든 환자에게 다음과 같은 지원을 제공합니다. 단, 환자가 기관에서 제공하는 서비스에 대해 별도의 조치를 취하는 경우는 제외합니다.

1. 자기부담 환자는 자동으로 기관의 할인된 금액이 청구됩니다(첨부 문서 D 참조).
2. 자기부담 환자는 신청서를 제출하지 않고도 이러한 할인을 적용받을 자격이 있습니다. 본 재정 지원은 선택적 시술에 확대 적용되지 않습니다. 단, 기관과 환자 간에 특정 합의가 이루어지는 경우는 제외합니다.

v. **의료 빈곤층(Medically Indigent) 환자(별도의 자격 없음).** 의료 빈곤층이지만 본 정책에 따라 별도의 재정 지원을 받을 자격이 없는 환자도 본 정책에 명시된 절차에 따라 재정 지원을 요청할 수 있습니다. 의료 빈곤으로 인한 재정 지원 요청은 재정 지원 코디네이터 또는 지정인의 재량으로 승인을 받아야 합니다.

e. **재정 지원 프로그램.** 본 프로그램은 재정 지원을 위해 단일 통합 환자 신청서를 사용합니다. 이 절차를 통해 각 신청자에게 자격이 될 수 있는 최대 재정 지원 혜택을 받을 수 있는 기회를 제공합니다. 재정 지원을 요청하는 환자는 누구나 신청서를 작성해야 합니다.

i. **재정 지원 신청 시작.** 환자 또는 기관의 직원이 본인 부담, 고객 서비스(Self Pay, Customer Service) 전화 (323) 866-8600으로 연락하면 신청 절차가 시작됩니다.

본 절차의 내용은 다음과 같습니다.

1. 환자에게 신청서, Medi-Cal 신청서 및 신용 상담 관련 정보가 제공됩니다.
2. 신청자는 본인 부담(Self Pay), 고객 서비스(Customer Service), 등록(Registration), 입원(Admitting), ED에 양식 작성에 관해 문의할 수 있습니다.
3. 신청서는 기관 직원의 도움을 받아 구두로 작성할 수 있지만 항상 환자 또는 대리인이 신청서에 서명해야 합니다.

ii. **신청서 검토**

1. **결정.** 자격 지침은 현재 FPL을 자격 기준으로 사용하여 산정됩니다.
2. **계열사 및 승인된 지역사회 파트너의 결정.** 기관의 특정 계열사 또는 지역사회 파트너가 최근 재정 지원 신청을 승인한 환자는 기관의 재량에 따라 신속히 기관의 승인을 받을 수 있습니다. 기관은 그러한 신속 승인이 가능한 경우 재정 지원을 신청하는 환자에게 이를 알립니다.
3. **자산.** 자격을 판단할 때 자산을 고려하는 것은 본 정책에 정의된 내용으로 제한됩니다.
4. **부분 기간의 소득**은 연간 환산된 데이터를 사용하여 워크시트에 포함되어야 합니다.

5. **공제.** 생활비 및 필수 타당한 지출을 비롯한 그 외 불가피한 재정적 의무는 참작됩니다.
  6. **환자의 최대 본인부담금.** 본 정책이 적용되는 서비스에 대한 환자의 부담액은 AGB 이하로 제한됩니다.
  7. **재평가.** 다음 중 하나가 발생하는 경우 기관에서 자격을 재평가할 수 있습니다.
    - a. 환자 소득 변경
    - b. 환자 가족 규모 변경
    - c. 재정 지원 신청서의 일부 내용이 허위이거나 오해의 소지가 있다고 판단되면 초기 재정 지원을 소급하여 거부할 수 있습니다.
- iii. **필수 문서 제출.** 기관은 자격을 입증하기 위해 재정 지원을 신청하는 환자에게 다양한 문서를 요청합니다. 문서에는 다음이 포함될 수 있지만 이에 국한되지 않습니다.
1. 작성 완료한 신청서
  2. 소득 증명 문서에는 다음이 포함될 수 있습니다.
    - a. 당기 급여 명세서
    - b. 전년도 세금 신고서 또는
    - c. 서면 설명서
  3. 자산 문서에는 다음이 포함될 수 있습니다.
    - a. 전월 은행 입출금 내역서 사본(모든 페이지)
    - b. 단기금융시장(Money Market) 계좌 명세서
    - c. 주식
    - d. 채권
    - e. 예금증서
    - f. 중개 계정(은퇴 플랜, 이연 보상 플랜(미국 국세법에 따라 적격 및 비적격 모두 해당)과 관련된 문서 제외) 및
    - g. 실업, 사회보장 혜택 또는 장애 수당 기록
- iv. **작성이 완료된 신청서 제출.** 환자가 신청 기간 동안 작성이 완료된 신청서를 제출하는 경우 기관은 다음 조치를 수행합니다.
1. 진료비 수령을 위해 환자에게 취해진 모든 **ECA**를 일시 중지하거나 취소하기 위해 합리적으로 취할 수 있는 모든 조치를 즉각적으로 실행합니다. 그러한 조치에는 일반적으로 추심 기관에 추심 활동을 중단할 것을 요청하거나 환자에게 불리한 모든 판결을 무효화하거나 환자 재산에 부과금을 설정하거나

유치권 해제, 환자의 신용 보고서에서 소비자 신고 기관 또는 신용 조사 기관에 보고된 불리한 정보를 삭제하는 것이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

2. 합당한 기간 내에 자격을 결정하거나 신청서가 미비하거나 추가 정보가 필요한지 확인합니다.
3. 해당되는 경우 환자가 받을 자격이 있는 지원 및 결정 근거를 포함하여 자격 여부 결정을 서면으로 환자에게 즉시 통지합니다.
4. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 경우 기관은 환자에게 자격, 이용할 수 있는 지원, 결정 근거 및 서비스 적용일을 서면으로 통지해야 합니다.
  - a. 환자의 책임이 없는 경우 “환불” 섹션에 명시된 대로 납부한 금액을 환불하는 것 외에 추가 조치는 필요하지 않습니다. 잔액이 남아 있는 경우 기관은 환자에게 환자가 진료비로 부담해야 하는 금액을 서면으로 통지하고 환자가 추가 계정 정보를 얻을 수 있는 방법을 설명합니다.
  - b. 환자가 재정 지원 승인을 받을 경우, 승인 기간 동안 응급 또는 그 밖의 의학적으로 필요한 진료에 대해 본 정책에 설명된 **AGB**를 초과하는 비용을 환자에게 청구하지 않습니다.
  - c. 적격성의 승인은 다음 부서에 소속된 조직에 의해 구체적으로 승인된 개인에 의해서만 이루어질 수 있습니다: 자기부담, 고객 서비스, 재정 지원 코디네이터.
- v. **신청서 정보가 제한된 환자.** 기관에서 이용할 수 있는 환자 재정 데이터가 없다고 해서 재정 지원 자격 대상에서 제외되는 것은 아닙니다. 환자의 임상적, 개인적, 인구통계학적 상황 및 대체 문서(기타 자선 단체에서 제공할 수 있는 정보 포함)와 관련된 모든 요소를 평가하여 기관은 환자의 소득에 관해 합당한 추정을 하여 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 결정할 수 있습니다.
- vi. **미비한 신청서** 환자가 완전히 작성되지 않은 신청서를 제출하는 경우 기관은 신청에 필요한 추가 정보 및/또는 문서를 설명하고 신청서 처리를 위한 연락처 정보를 포함하는 서면 통지를 환자에게 즉시 제공해야 합니다. 이후에 환자가 신청 기간(또는 기관에서 연장한 기간) 동안 필요한 정보를 기재하여 신청서를 작성하는 경우 신청서가 완료된 것으로 간주됩니다.
- vii. **미비한 신청서 작성 완료.** 신청 기간 동안 불완전하게 작성한 신청서를 제출한 환자가 이후에 추가 정보 및/또는 문서 요청에 응답할 수 있는 합당한 기간 내에 신청서 작성을 완료하는 경우, 환자는 작성 완료된 신청서를 제출한 것으로 간주되며, 작성 완료된 신청서와 관련하여 기관은 본 정책에서 요구하는 별도의 단계를 환자가 수행하는 경우에만 합당한 노력을 기울여 자격 여부를 판단합니다.
- viii. **의심스러운 정보가 포함된 신청서 남용 방지 규칙.** 기관은 신뢰할 수 없거나 부정확하다고 믿을 만한 사유가 있는 정보 또는 압력이나 강압적 조치를 통해 환자로부터 얻은 정보를 기반으로 환자가 재정 지원을 받을 자격이 없다고 결정하지 않습니다. 강압적 조치의 일환으로 지연되거나 거부되는 진료에 대해 환자가 재정

지원을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 요청받은 정보를 제공할 때까지 환자에 대한 응급 진료를 지연 또는 거부할 수 있습니다.

- ix. **미비한 신청서의 처리.** 기관은 재정 지원 결정을 내릴 때 합리적이고 필요한 문서를 제공하지 않은 환자를 고려할 수 있습니다. 다만, 기관은 합당하게 조치하고 가용한 정보를 토대로 최선의 결정을 내립니다.
- x. **추정 자격.** 기관은 환자에게 일반적인 신청 절차에서 요구하는 모든 정보를 제공하도록 요청하거나 의료 보험이 없다는 사실과 관계 없이 이미 획득했거나 평가한 정보를 통해 환자가 현재 서비스에서 재정 지원을 받을 수 있는지 결정할 수 있습니다. 기관의 결정은 이전에 기관이 내린 결정, 환자의 다른 의료 제공자가 제공한 정보 또는 기관의 직원이 이용할 수 있는 정보에 대한 일반적인 평가에 의존할 수 있습니다. 이 경우 기관은 (a) 대상 여부 결정의 근거, 그리고 환자가 본 정책에 따라 이용할 수 있는 상급 지원 제도의 이용 요령을 환자에게 통지하고 (b) 환자에게 120일을 부여하여 상급 지원 제도를 신청할 수 있게 해야 합니다. 그리고 환자가 상급 지원 신청서를 제출하는 경우, 환자가 더 큰 할인을 받을 수 있는지 여부를 결정하고 작성 완료된 신청서와 관련하여 본 정책에서 요구하는 별도의 조치를 수행합니다. 본 정책에 설명된 할인을 받는 자기부담 환자는 명세서에 인쇄된 일반 언어 요약(첨부 A 참조)을 통해 해당 통지를 받아야 합니다.
- xi. **환자가 권리를 포기해도 기관은 합당한 의무를 다 해야 함.** 환자가 본 정책에 따라 지원을 신청하거나 환자에게 제공되는 정보를 받을 의향이 없다는 내용이 포함된 서명 진술서 등 환자가 구두 또는 서면 상으로 권리를 포기한다고 해서 그 자체로 환자가 자격 대상이 아니라고 결정하지 않으며 환자가 ECA 참여 전에 자격이 있는지 여부를 결정하기 위한 합당한 노력이라 간주되지 않습니다.
- xii. **납부 계획.** 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있다고 인정되고 잔액이 남아 있다면, 예정된 기간 납부 계획을 통해 납부할 수 있습니다. 기관은 환자와 납부 계획 옵션을 논의하고 일반적으로 12개월을 초과하지 않는 무이자 납부 계획을 마련합니다.
- xiii. **분쟁 해결.** 재정 지원 자격과 관련하여 분쟁이 발생하는 경우, 환자는 기관에 재고를 요청하는 서면 이의제기를 제출할 수 있습니다. 서면 이의 제기 시 분쟁의 근거를 설명하고 증빙 문서를 함께 제출해야 합니다. 기관의 재정 지원 코디네이터는 즉시 이의제기를 검토하고 환자에게 서면으로 결정을 제공합니다. 첫 번째 이의제기 이후에도 환자가 분쟁이 남아 있다고 생각한다면 서면으로 요청할 수 있으며, 기관의 환자 재정 서비스 책임자는 최종 서면 결정을 검토하고 제공해야 합니다.
- xiv. **신청서 정보의 기밀성.** 기관은 본 정책에 따라 지원 자격을 요청하는 환자로부터 받은 모든 정보를 기밀 정보로 유지해야 합니다. 신청 및 승인 절차의 일부로 얻은 소득 및 자산에 관한 정보는 미지급 금액을 징수하는 데 사용할 수 있는 정보와 별도의 파일에 보관해야 합니다.
- xv. **신청 완료 기간(이하 “신청 기간”).** 환자의 신청서 작성 기한은 240일입니다. 신청 기간은 신청 대상인 진료가 처음 제공된 날짜부터 시작됩니다(서비스 날짜가 복수로 적용되는 경우 마지막 치료 과정의 시작일이 기준).

## f. 기한

- i. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자의 승인에 대한 첫 재정 지원은 신청서가 완료된 날짜로부터 6개월 동안 유효합니다. 첫 승인 기간 종료 시 환자의 요청에 따라 자격을 재평가할 수 있습니다. 기관의 선택에 따라 새로운 신청서 제출 없이 새로 6개월의 승인 기간이 부여될 수 있습니다. 12개월 후 환자는 새로운 신청서를 작성해야 합니다. 최종 신청서가 승인된 날짜부터, 개설된 유자격 계정은 제공 받은 지원 수준에 따라 재정 지원에서 제각됩니다. 향후 6개월 동안 자격을 갖춘 계정은 재정 지원 제각을 받을 자격이 있습니다.

## g. 통지, 서면 통신 및 진술

- i. 기관은 재정 지원에 관하여 다음과 같은 통지와 정보를 제공합니다.

1. 본 정책

2. 본 정책의 일반 언어 요약. 일반 언어 요약은 기관이 본 정책에 따라 재정 지원을 제공한다는 사실을 환자 및 그 밖의 개인에게 알리는 명확하고 간결하며 이해하기 쉬운 문서여야 합니다. 일반 언어 요약은 본 정책에 따라 제공되는 지원 및 자격 요건과 같은 주법 및 연방법에서 요구하는 정보, 본 정책에 따른 지원 신청 방법에 대한 간략한 요약, 다양한 언어로 된 사본을 포함하여 추가 정보 및 지원을 얻기 위한 정보를 비롯하여 관련 정보를 설명하는 방식으로 작성되어야 합니다.

3. 신청서

4. 기관의 부채 추심 정책

- ii. 해당 자료는 다음과 같이 다양한 방법으로 제공됩니다.

1. **웹사이트.** 본 기관의 웹사이트에는 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 및 재정 지원 정책의 일반 언어 요약이 있습니다. 해당 자료에 대한 링크도 웹사이트에 게시됩니다.

2. **이메일 또는 종이 사본.** 본 정책에 언급된 자료의 사본은 본인 부담, 고객 서비스 (323) 866-8600번으로 요청하여 얻을 수 있습니다.

3. **안내문 게시.** 일반 언어 요약은 응급 부서, 입원 부서, 청구 부서, 중앙 집중식 및 분산식 등록 구역 및 관찰실을 포함한 그 밖의 외래 환자 환경에 게시되어야 합니다.

- iii. **등록 및 청구 고지.** 환자는 등록 및 청구 관련 소통에서 다양한 정보와 통지를 받게 됩니다. 예를 들어 기관의 부채 추심 정책을 참조해 주십시오.

- iv. **지역사회에 알림.** 기관은 대상 지역사회 조직에 정보를 배포하거나 그 외에 기관의 재정 지원 프로그램을 지역사회에 알리는 수단을 통해 재정 지원 프로그램을 널리 알려야 합니다.

- h. **번역.** 환자 소통은 기관의 요건을 준수해야 합니다. 앞서 기술한 내용을 제한하지 않고 본 정책에 따른 통지, 공식 통신 및 안내문은 영어와 주법 및 연방법에서 요구하는 추가 언어로 작성됩니다. 추가 언어는 중국어, 페르시아어, 베트남어, 아랍어, 체코어, 러시아어, 아르메니아어, 한국어, 스페인어입니다.
- i. **의학적 필요성/임상적 결정.** 모든 환자의 의학적 치료 필요성에 대한 평가는 보험이나 재정 상태에 관계없이 임상적 판단을 기반으로 합니다. 응급 의료 상황이 존재하는 경우, 재정 조정에 대한 평가는 적절한 의료 선별 검사를 실시하고 해당 주법 및 연방법에 따라 필요한 안정화 서비스를 제공한 후에만 실시합니다.
- j. **환불.** 기관은 납입된 본 정책에 따라 납부해야 하는 금액을 초과하여 납입된 금액이 있다면 이자를 포함하여 연 10% 금리로 환자에게 반환합니다. 환자에게 부담해야 할 금액이 \$5.00(또는 국세청(**Internal Revenue Service**))에서 정한 그 밖의 금액) 미만인 경우 기관은 환자에게 상환하거나 이자를 부담할 필요가 없습니다. 기관은 30일 이내에 환자에게 환불해야 합니다.
- k. **추심.** 추심 조치에 대한 추가 정보는 부채 추심 정책을 참조해 주십시오.
- l. **보고.** 기관은 본 정책을 2년마다 1월 1일까지 또는 본 정책이 개정된 날로부터 30일 이내에 의료 접근 및 정보 부서(**Department of Health Care Access & Information**, 이하 “**HCAI**”)에 제출합니다. 이전에 정책이 제출된 이후 변경 사항이 없는 경우, 기관은 기관의 다음 격년 보고 기한인 1월 1일 이전 30일 이내에 **HCAI**에 통지해야 합니다.
- m. **관련 정책 및 계획**
  - i. 부채 추심 정책
  - ii. 미국병원협회(**American Hospital Association**) 환자 청구 지침
- n. **연락처 정보.** 본 정책과 관련된 질문은 환자 재정 서비스 책임자에게 전달해야 합니다.

### 이사회 승인 및 지속적인 검토

본 정책, 부채 추심 정책 및 이러한 정책에 대한 모든 중요한 변경 사항은 기관 이사회의 승인을 받아야 합니다. 기관은 본 정책을 부채 추심 정책 및 추심 활동 상태와 함께 정기적으로 검토하여 환자와 지역사회에 최상의 서비스를 제공하도록 해야 합니다.

### 정의

- a. **일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, 이하 “AGB”)**이란 26 연방규칙(**Code of Federal Regulations, C.F.R.**) §1.501(r)-5(b)에 따라 결정된 응급 또는 의학적으로 필요한 진료를 보장하는 보험이 있는 환자에게 해당 진료와 관련해 일반적으로 청구하는 금액을 의미합니다. 기관의 **AGB** 산정 방법에 대한 추가 정보 및 연간 **AGB** 요율 업데이트는 본 정책의 첨부 **D**에 명시되어 있으며, 캘리포니아주 의료 접근 및 정보 부서(**Department of Health Care Access and Information**) 웹사이트 <https://syfphr.hcai.ca.gov/>에서 일반에게 제공하는 기록물에 포함됩니다.
- b. **신청**이란 기관의 재정 지원 신청을 의미합니다.



- c. **자산**은 “금전적 자산”만을 의미합니다. 여기에는 은행 계좌 및 상장 주식과 같이 쉽게 현금으로 전환할 수 있는 자산이 포함됩니다. 은퇴 플랜, 이연 보상 플랜(미국 국세법에 따라 적격 및 비적격 모두 해당)은 고려 대상이 아닙니다. 환자의 금전적 자산 중 최초 일만 달러(\$10,000) 및 최초 일만 달러(\$10,000)를 초과하는 환자의 금전적 자산의 오50%는 자산 산정 시 제외됩니다.
- d. **자격**이란 환자가 본 정책에 따른 재정 지원 요건을 충족한다는 의미입니다.
- e. **필수 생계비**란 임대료 또는 주택 및 유지 관리, 식료품 및 가정용품, 공과금 및 전화, 의복, 의료 및 치과비, 보험, 학교 또는 보육, 자녀 또는 배우자 부양비, 교통 및 자동차 비용(보험, 가스비, 수리비 포함), 할부 요금, 세탁 및 청소비, 기타 부담경비 등을 말합니다.
- f. **특별 추심 조치(Extraordinary Collection Action, 이하 “ECA”)**는 추심 활동을 의미하며 기관은 본 정책에 따라 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 대상인지 여부를 결정하기 위한 합당한 노력을 기울이기 전에 이를 수행하지 않습니다. ECA는 부채 추심 정책에 구체적으로 설명되어 있습니다.
- g. **가족**이란 다음을 의미합니다. (1) 18세 이상인 경우, 배우자, 동거인 및 21세 미만의 부양 자녀(동거 여부와 무관) (2) 18세 미만인 경우, 부모, 돌봄 친척 및 그들의 21세 미만 다른 자녀.
- h. **연방 빈곤 수준(Federal Poverty Level, 이하 “FPL”)**은 미국 내 빈곤을 결정하는 데 사용되는 측정법으로 보건복지부(Department of Health and Human Services, 이하 “DHHS”) 웹사이트 <http://www.dhhs.gov/poverty>에 주기적으로 게시됩니다.
- i. **재정적으로 자격이 있는 환자**란 기관에 재정 지원을 요청하고 신청서를 작성하여 제출한 환자를 말합니다. 신청서 검토는 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 대상이고 본 정책에 따라 신청서가 승인되었거나 환자가 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있다고 기관에서 추정하여 결정했음을 보여줍니다.
- j. **재정 지원**은 환자에게 무상 또는 할인된 비용으로 의료서비스를 제공하기 위한 본 정책에 따른 조치입니다. 인하된 비용은 일반적으로 부담 계획 또는 자기부담 환자에 대한 자동 할인에 따릅니다.
- k. **높은 의료 비용**이란 가족 소득이 재정 지원에 대한 기관의 한계를 초과하는 환자의 연간 본인부담 비용과 관련됩니다. (i) 기관의 병원에 있는 환자에게 발생한 비용으로 환자의 현재 가족 소득 또는 지난 12개월 동안의 가족 소득 중 더 적은 금액을 초과하는 비용 또는 (ii) 환자 가족 소득의 10%를 초과하는 본인부담 의료비(환자가 지난 12개월 동안 환자 또는 환자의 가족이 부담한 환자의 의료비에 대한 문서를 제공하는 경우)일 경우 고려 대상입니다.
- l. **의료 빈곤층**이란 예상치 못한 높은 비용의 진료로 인해 서비스 비용을 부담할 수 없지만 본 정책에 따른 재정 지원 자격 대상이 아닌 환자를 말합니다.
- m. **환자**는 기존 또는 예비 환자를 의미합니다.

- n. **납부 계획**은 기관과 환자 사이의 서면 계약으로 필수 생계비에 대한 공제를 제외하고 한 달 동안 환자 가족 소득의 **10%**를 초과하지 않는 월 부담액으로 채무를 갚을 수 있는 기회를 기관이 제안하고 환자가 이를 수락하면 성립합니다.
- o. **주법 및 연방법**이란 다음 등을 말합니다.
  - i. 미국 국세법(**Internal Revenue Code**) 제501(r)(3)항
  - ii. 캘리포니아 보건안전법(**California Health & Safety Code**) 제127400-127462항(병원 공정 가격 정책 및 응급 의사 공정 가격 정책(**Hospital Fair Pricing Policies and Emergency Physician Fair Pricing Policies**))
  - iii. 캘리포니아 의회 법안(**California Assembly Bill**) 1020: 의료 관리 부채 및 공정 청구(**Health Care Debt and Fair Billing**), 2022년 1월 1일 발효
  - iv. 캘리포니아 의회 법안(**California Assembly Bill**) 532: 공정청구정책(**Fair Billing Policies**), 2022년 1월 1일 발효
  - v. 무보험 및 불충분 보험 환자에 대한 재정 지원에 관한 보건복지부 총무실(**Office of General, Department of Health and Human Services, "OIG"**) 안내와 IRS 규정
  - vi. 앞서 기술한 내용과 관련된 시행 규정 및 기관 안내

## 첨부 목록

- A. 쉬운 말 요약
- B. 재정 지원 신청서
- C. 재정 지원 할인 설명
- D. 일반 청구 금액 설명

## 첨부 A 쉬운 말 요약



### 금융 지원 및 예상치 못한 청구 보호책 요약

사명의 일환으로 Huntington Hospital 상호로 운영되는 Pasadena Hospital Association, Ltd. 및 Huntington Health Physicians 상호로 운영되는 Huntington Medical Foundation(이하 “기관”)은 지역사회가 이용할 수 있는 양질의 의료서비스를 제공하고, 존엄, 연민, 존경의 태도로 환자를 대하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 이는 재정 지원 정책(“정책”)이 정한 바에 따라 진료 비용을 납부할 수 없고 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 무료 서비스 또는 할인 서비스를 제공하는 것을 포함합니다. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 없더라도 본원은 환자의 재정적 필요성을 충족시키기 위해 다양한 납부 계획 및 옵션을 제공합니다. 이 문서는 일반 언어로 작성된 정책의 요약(“요약”)입니다.

#### 자격 - 전체 할인 및 감액

재정 지원은 의학적으로 필요한 시술을 받고 수입 및 금전적 자산(총칭 “소득”)이 올해 연방 빈곤 수준(FPL)의 400% 이하인 환자의 경우 이용할 수 있을 것입니다. 소득 범위가 FPL의 401%~600%에 이르는 환자는 진료비 할인을 받을 자격이 있습니다. 환자가 이용할 수 있는 할인은 가족 규모, 소득 수준, 보험 상태에 따라 차등적으로 적용될 것입니다. 선택 서비스 약정에 대해 재정 지원을 받고 싶은 환자는 환자 재정 서비스부(Patient Financial Services)의 부원장 또는 그 피지명인의 사전 승인을 받아야 합니다. 의학적으로 필요한 시술만 승인을 받을 자격이 있습니다. 선택적 시술 및 퇴원 후 후속 진료에 대한 재정 지원은 기관의 서비스 지역에 거주하는 환자에게만 제한됩니다. 환자가 전적으로 무료 서비스를 받을 자격은 없지만 정책에 따라 할인을 받을 자격이 있다면, 해당 환자에게 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료를 위해 기관이 일반적으로 청구하는 금액 이상을 청구하지 않을 것입니다.

#### 의사 및 서비스

정책은 기관이 제공하는 서비스에만 적용되며, Huntington Aligned Medical Group(“HAMG”) 및 Huntington Foundation Medical Group(“HFMG”)에서 제공하는 의사 서비스만 포함합니다. 기관의 Randall Breast Center 위치, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC 및 Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC는 제외됩니다.

#### 재정 지원 신청하기

정책에 따라 무료 또는 할인 진료를 받고자 하는 환자는 재정 지원 신청서(“신청서”)를 작성하고 필요한 서류를 제출해야 합니다. 신청서와 서류는 기관이 평가 절차에 따라 검토할 것입니다.

### 신청서, 정책 또는 추가 정보를 받기 위한 연락처 정보

이 요약서, 정책 또는 신청서의 무료 사본은 영어, 중국어, 페르시아어, 베트남어, 아랍어, 체코어, 러시아어, 한국어 및 스페인어로 이용할 수 있습니다. 사본을 요청하거나, 재정 지원 절차에 관한 질문을 포함하여 추가 정보가 필요한 경우 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 접수 또는 입원 데스크 담당자에게 문의.
- 환자 재정 서비스부(Patient Financial Services)에 323-866-8600번으로 전화.
- 기관의 웹사이트([huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/#financial-assistance)) 방문.

### 자기부담 약정

정책에 따라 무료 또는 할인 진료에 대해 자격이 없는 환자는 도움이 되는 기관의 다른 프로그램을 찾을 수 있습니다. 보험이 부족한 환자는 본원이 관리형 의료 보험 플랜(Managed-care insurance plans)에 제공하는 할인과 유사한 상당한 할인을 받을 수 있습니다. 자격이 있는 서비스에는 통원, 응급, 입원 서비스가 포함됩니다.

### 추심에 관한 규제적 통지

본원은 일부 연체 금액을 제3자 추심 기관에 의뢰합니다. 해당 추심 기관은 모든 캘리포니아주 및 연방 법률을 준수하며 기관의 정책 및 절차를 따라야 합니다. 부채 추심 활동에 관한 자세한 정보가 필요한 경우 연방 거래 위원회(Federal Trade Commission)에 877-FTC-HELP (877-382-4357)번으로 전화할 수 있습니다. 본인 계좌가 추심 기관에 의뢰되어 어려움을 겪는 경우, 환자 재정 서비스부(Patient Financial Services)에 323-866-8600번으로 연락하여 도움을 받을 수 있습니다.

### 예상치 못한 의료비 청구를 위한 보호제도.

모든 환자는 예상치 못한 의료비 청구로부터 보호를 받을 수 있습니다. “환자 통지서 - 예상치 못한 의료비 청구에 대한 환자의 권리 및 보호책(Notice to Patients – Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills)”을 웹사이트([huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies))에서 확인하거나 사본을 요청하십시오.

### 청구, 효율, 비용 투명성에 관한 추가 자원 및 정보:

- 환자는 Medi-Cal과 같은 정부 지원 프로그램을 이용할 자격이 있거나 캘리포니아 의료 혜택 거래소(California Health Benefit Exchange)(Covered California)를 통해 보조금을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이 프로그램과 보장, 그 외 지원 가능한 기관에 관해 궁금한 사항은 보건 허브(Health Hub) 626-397-2259번으로 문의해 주십시오.
- 상업용 의료보험 본인부담 비용과 관련해 궁금한 사항은 800-233-2771번으로 문의해 주십시오.
- 기관의 가격 책정 및 구매 가능 서비스 톨에 관한 정보가 필요한 경우 웹사이트 ([huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care](http://huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care))를 참고해 주십시오.
- 보건 소비자 연맹(Health Consumer Alliance, HCA)은 의료 보장을 받거나 유지하고 의료보험에 대한 문제를 해결하는 데 도움이 필요한 환자에게 무료 지원을 제공합니다. 자세한 사항은 [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)를 참고해 주십시오.

**첨부 B - 재정 지원 신청서**



**재정 지원 신청서**

전체 또는 부분 지원 프로그램을 고려하기 위해, Pasadena Hospital Association, Ltd. 산하 Huntington Hospital 와 Huntington Medical Foundation 산하 Huntington Health Physicians(이하 “기관”)에서 진료 할인 대상인지 판단하는 데 참고할 수 있도록 이 신청서를 작성해 주십시오. 신청이 곧 자격 부여를 뜻하는 것은 아닙니다. 신청서와 문서를 제출한 후 모든 환자에게 승인/거부 여부를 서면으로 답변해 드리겠습니다. 재정 지원 정책은 기관에서 제공하는 의학적으로 필요한 치료를 포함합니다. 정책은 기관이 제공하는 서비스에만 적용되며, Huntington Aligned Medical Group(“HAMG”) 및 Huntington Foundation Medical Group(“HFMG”)에서 제공하는 의사 서비스만 포함합니다. 여기에는 기관의 Randall Breast Center 위치, Huntington Ambulatory surgery Center, LLC, Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC, 선택적 미용 서비스, 위에서 언급한 영역 이외의 다른 서비스 제공업체는 포함되지 않습니다. 작성한 신청서는 우편, 이메일, 팩스로 제출할 수 있습니다. 필수 정보를 모두 다 기재하지 않으면 거부됩니다.

A. 참고: 보험에 가입되어 있지 않고 특정 Medi-Cal 추정 자격 기준을 충족하는 경우에는 이 신청서를 작성할 필요가 없습니다.

다음 프로그램 중 하나에 등록되어 있는지 확인하십시오.

- 여성, 유아, 어린이 영양 프로그램(WIC)
- 환자를 대신하여 행동할 사람이 없는 정신적 무력화
- 보충 영양 보조 프로그램(SNAP)
- Medi-Cal 자격이 있지만 서비스 날짜가 아님
- 노숙자
- 재산이 없는 사망자

환자 정보			
환자 이름		사회보장번호	생년월일
주택 주소		시	주    우편번호
주택 전화번호	휴대전화번호	이메일 주소	
선호하는 연락 수단 <input type="checkbox"/> 미국 우편 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 주택 전화 <input type="checkbox"/> 휴대전화		연간 가계 소득: \$	
혼인 상태: <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별		가구 내 구성원 수(세금 신고서에 보고된 대로):	
고용 상태 <input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근무일:			
고용주 이름		전화번호	
고용주 주소		시	주    우편번호

**첨부 B(계속)**

배우자/동거인/부모/보증인 정보

관계 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 보증인 <input type="checkbox"/> 기타:			
이름		사회보장번호	생년월일
고용 상태 <input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애  <input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근무일:			
고용주 이름		전화번호	
고용주 주소		시	주    우편번호
의료보험명(COBRA를 포함하여 고용주가 제공)  <input type="checkbox"/> 의료보험 미제공			

보험 보장

1. 의료보험 보장을 받을 자격이 있습니까?

- |                                   |                            |                              |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 의료보험     | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| <input type="checkbox"/> 재향군인협회   | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| <input type="checkbox"/> 외국 보험    | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |

예인 경우, 다음 정보를 제공해 주십시오.

보험 계약자	보험사	보험증서 번호
보험 계약자	보험사	보험증서 번호

**첨부 B(계속)**

선별심사 질문

1. 제공된 치료가 다음과 관련이 있습니까?

사고       범죄       직장 상해       기타:

2. 변호사를 고용했거나 부상이나 질병에 대한 청구를 하고 있습니까?

a. 예라면 다음을 기재해 주십시오.

\_\_\_\_\_  
변호사 이름

\_\_\_\_\_  
변호사 전화번호

3. 이미 Medi-Cal을 신청하셨습니까? (저희가 신청을 요청할 수도 있습니다)

예 - 승인 대기 중       예 - 부적격       아니요

a. 아니요라면 아래에 해당하는 모든 항목을 확인하십시오.

- 19세 이하
- 65세 이상
- 맹인
- 당뇨병, 고혈압 또는 발작을 조절하기 위해 약 복용 중
- 사회보장국(Social Security Administration)의 결정에 따른 장애인
- 임신부
- 19세 미만의 자녀와 함께 거주

비용 및 자산 정보

현재 월 소득	환자	배우자	총계
총 급여	\$	\$	\$
자영업 순소득	\$	\$	\$
이자 및 배당금	\$	\$	\$
부동산 또는 임대 부동산	\$	\$	\$
사회보장/은퇴/장애	\$	\$	\$
위자료, 부양비 지원금	\$	\$	\$
기타	\$	\$	\$
<b>총 월 소득</b>	\$	\$	\$

필수 생계비	환자	배우자	총계
임대료 또는 주택담보대출	\$	\$	\$
부동산세	\$	\$	\$
공과금 및 전화	\$	\$	\$

**첨부 B(계속)**

재정 지원 신청서

필수 생계비	환자	배우자	총액
위자료, 부양비 지원금	\$	\$	\$
자동차 대출/임대료 납부	\$	\$	\$
교육	\$	\$	\$
학교/보육(미성년 부양자녀)	\$	\$	\$
식료품	\$	\$	\$
보험	\$	\$	\$
기타 비용	\$	\$	\$
총 월 비용	\$	\$	\$

  

현재 의료 부채	환자	배우자	총계
미지급 의료 부채(Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
기타 의료 부채	\$	\$	\$

  

자산(은퇴 계정 제외)	환자	배우자	총액
당좌/저축/신용조합 계좌	\$	\$	\$
주식 및 채권	\$	\$	\$
단기금융시장/중개 계정	\$	\$	\$
예금 증서	\$	\$	\$
총 자산	\$	\$	\$

본인은 본인이 인지하고 있는 범위 내에서 본 신청서 상의 정보가 사실이고 정확함을 증명합니다. 본인은 병원 및 전문 청구서 비용을 경감하기 위해 본인이 자격 대상이 될 수 있는 모든 지역, 주 및 연방 지원을 신청하는 데 동의합니다. 기관에서 제공된 정보를 확인될 수 있다는 것을 이해하고 있으며, 본인은 제3자에게 연락하여 본 신청서에 제공된 정보의 정확성을 확인할 수 있는 권한을 부여할 것입니다. 본인은 고의로 잘못된 정보를 제공했거나 신청서에 중대한 오류 또는 누락이 있는 경우 재정 지원을 받을 수 없다는 것을 이해합니다. 이전에 본인에게 재정 지원이 제공된 경우 해당 시점에서 취소될 수 있으며, 본인은 미지급 잔액을 책임질 것입니다.

재정 지원을 신청하는 사람의 서명 \_\_\_\_\_ 날짜

배우자/동거인/보증인 서명(해당되는 경우) \_\_\_\_\_ 날짜



**첨부 C - 재정 지원 할인 설명**

**재정 지원 할인  
2022년 연방 빈곤 지침**

무보험 할인	<u>100%</u>	<u>95%</u>	<u>90%</u>	<u>85%</u>	<u>85%</u>
불충분 보험 할인	<u>100%</u>	<u>90%</u>	<u>80%</u>	<u>70%</u>	<u>60%</u>

가족 단위 규모	2022 FPL 연봉					
1	\$13,590	\$54,360	\$61,155	\$67,950	\$74,745	\$81,540
2	\$18,310	\$73,240	\$82,395	\$91,550	\$100,705	\$109,860
3	\$23,030	\$92,120	\$103,635	\$115,150	\$126,665	\$138,180
4	\$27,750	\$111,000	\$124,875	\$138,750	\$152,625	\$166,500
5	\$32,470	\$129,880	\$146,115	\$162,350	\$178,585	\$194,820
6	\$37,190	\$148,760	\$167,355	\$185,950	\$204,545	\$223,140
7	\$41,910	\$167,640	\$188,595	\$209,550	\$230,505	\$251,460
8	\$46,630	\$186,520	\$209,835	\$233,150	\$256,465	\$279,780
1인 추가 시 더하기	\$4,720					
		400%	450%	500%	550%	600%

참고: 일정 최종 수정일 2022-11-07

## 첨부 D - 일반 청구 금액 설명

일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, 이하 “AGB”)은 26 연방규칙(Code of Federal Regulations, C.F.R.) §1.501(r)-5(b)에 따라 결정된 응급 또는 의학적으로 필요한 진료를 보장하는 보험이 있는 환자에게 해당 진료와 관련해 일반적으로 청구하는 금액을 의미합니다.

기관은 평균 Medicare 및 상용 입원환자 환급률을 사용하여 자격이 있는 입원환자에게 청구할 최대 금액을 결정하기 위해 룩백 방법(Look-Back Method)을 사용합니다. 자격이 있는 입원환자에게 추가 혜택을 제공하기 위해 기관은 자격이 있는 환자의 책임을 결정할 때 본 진료 사례에 대해 AGB 또는 Medicare MS-DRG 환급 금액 중 낮은 금액을 사용합니다.

기관은 평균 Medicare 및 상용 외래환자 환급률을 사용하여 자격이 있는 외래 환자에게 청구할 최대 금액을 결정하기 위해 룩백 방법(Look-Back Method)을 사용합니다.

기관은 평균 Medicare 및 상용 응급실 환급률을 사용하여 자격이 있는 응급실 환자에게 청구할 최대 금액을 결정하기 위해 룩백 방법(Look-Back Method)을 사용합니다.

입원환자, 외래환자, 응급실 환급률은 지난 12개월 동안 가장 최근에 폐쇄된 Medicare 및 상용 계정을 사용하여 최소 일년에 한 번 산정됩니다.

기관	무보험 자기부담 할인 <sup>(1)</sup>	AGB 환급 %
응급실	82%	18%
입원환자	82%	18%
외래환자	81%	19%

<sup>(1)</sup> 유효날짜 2022-11-07