

오레곤 주 소재 병원에 대한 재정 지원 정책

면책 조항

PDF 면책 조항 법적 고지: 본 PDF는 2025년 10월 17일에 요청되었습니다. PDF는 공식 문서로 사용될 수 없습니다. 공식 문서의 내용은 통보 없이 변경될 수 있습니다. Lucidoc은 이 문서에 포함된 정보 또는 자료의 완전성, 정확성, '최신성' 혹은 정확성에 대하여 어떠한 진술이나 보증을 하지 않습니다. 최신 정보의 경우 Lucidoc을 참고해주세요.

기밀성 법적 고지: 본 PDF에는 기밀 정보를 포함되어 있을 수 있으며, 이는 전적으로 수신인만을 위한 것입니다. 본 정보는 법적으로 보호 받는 내용을 포함하고 있을 수 있습니다. 이 문서는 오직 지정된 수신자에게 전달하기 위한 목적으로 기밀로 전송됩니다. 본 문서를 잘못 수신한 경우, 해당 문서의 사용, 복제, 배포는 엄격히 금지됩니다. 본인이 해당 수신자가 아닌 경우, 즉시 발신인에게 통지하고 이 파일을 영구히 삭제하십시오.

결재

- 위원회 승인: 비임상적 정책 검토 팀 - 수익 주기, 승인: 2024년 11월 7일
- 위원회 승인: AH 시스템 위원회, 승인: 2024년 11월 14일

개정 인사이트

문서 ID: 14738
개정 번호: 0
소유자: Meri Edjhuryan, 다기관 이사, Patient Access
개정 공식 일자: 2024년 11월 14일

개정 메모:

이러한 이사회 승인에 대한 추가 요청은 여러 가지 요인에 기인합니다.

1. 2024년 7월 1일에 법이 된 오레곤 주 법안의 변경으로 인해 변경이 필요했습니다.
2. HRSA는 RHC에 대한 변경을 요구했으나 기존 지원 정책 내에서 반영할 수 없어 CA, OR 및 HI RHC에 대한 부록이 생성되었습니다.
3. AB 1020의 HCAI 시행은 2024년 1월 1일에 시작되었습니다. 우리는 그들과 관련하여 정리해야 할 중요한 문제가 있었습니다.
4. 오레곤 및 캘리포니아에서 각각 시행된 여러 요구 사항 때문에 기존 하나의 재정 지원 정책을 3개의 개별 주 초점 정책으로 분리해야 한다고 판단했습니다. 오레곤 및 캘리포니아(RHC 부록 3개 포함)의 승인을 요청드립니다. 현재 HI/WA 정책은 작성 중입니다.

참고로, 다음 날짜에 예정된 CA 입법 변경 사항들이 있었습니다.



- ☒ 시스템 전반 표준 정책
☐ 시스템 전반 모델 정책

표준 정책 번호 14738

승인 경로: 비임상적
부서: 수익 주기

표준 정책: 오레곤 주 소재 병원에 대한 재정 지원 정책

정책 요약/의도:

이 정책은 오레곤 주에 위치한 Adventist Health 산하 병원 및 제휴 클리닉에 적용되는 재정 지원(자선 진료 및 할인 진료)에 대한 정책을 설명합니다. Adventist Health는 의료비의 전부 또는 일부를 지불할 수 없는 경우 환자 및 가족에게 금융 지원을 제공합니다. 본 정책은 Adventist Health가 환자의 재정 자원을 검토하여 재정적 지원이 제공될 수 있는지 여부를 결정하는 방법을 설명합니다. 본 정책의 목적은 해당 연방, 주 및 지방 법률 및 규정을 준수하기 위한 것입니다. Adventist Health는 차별하지 않으며 재정적 도움이 필요할 수 있는 지역 사회 구성원을 위한 재정 지원 적격성을 검토하고 공정하게 평가합니다. Adventist Health는 또한 이 정책에 설명된 재정 지원 외에도 **부록 F**에 명시된 바와 같이 자사 농촌 보건소 환자에게 소득에 따른 차등 방식의 농촌 보건소 할인을 제공합니다.

Adventist Health는 필요한 의료 서비스를 원하지만 치료 비용을 지불할 수 있는 제한이 있거나 수단이 없는 환자에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 재정 지원은 자선 진료(무료 진료) 및 할인 진료로 구성됩니다. Adventist Health는 또한 이 정책에 설명된 재정 지원 외에도 **부록 F**에 명시된 농촌 보건소 할인을 제공합니다. Adventist Health는 (1) 소득 및 (2) 요청된 서비스 유형에 따라 본 정책에 설명된 대로 재정 지원 자격을 결정합니다. 이 정책은 특정 기준을 충족하는 환자에게 제공되는 적격성 기준과 재정 지원 수준에 대해 설명합니다.

자선 진료 및 할인 진료는 개인적인 책임을 대신하는 것이 아닙니다. 환자들은 금융 지원을 구할 때 본 기관에 협조하여야 합니다. 개인은 지불 능력에 근거하여 진료 비용 납부에 일조하여야 합니다. 건강 보험을 가입할 여력이 있는 재정적 수단을 가진 사람은 건강 관리 서비스에 대한 접근성을 향상시키는 데 도움이 되기 때문에 그렇게 하도록 권장됩니다.

모든 환자분들께 재정 지원 정책 및 재정 지원 신청서에 액세스하는 방법을 안내해 드릴 예정입니다. 일부 환자는 별도로 신청을 할 필요 없이 재정 지원을 받을 수 있는 것으로 추정됩니다. 환자는 해당되는 경우 증빙 서류와 함께 신청서를 제출하여 재정 지원을 요청할 수 있습니다.

Adventist Health는 각 재정 지원 신청서에 대한 결정을 위해 이 정책의 표준을 적용하며 각 신청자에게 결정 사항을 통보해야 합니다.

결정에 만족하지 않는 신청자는 Adventist Health에 대한 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 환자가 부담해야 할 잔여 비용의 징수는 Adventist Health 자기 부담금 청구 및 징수 정책의 적용을 받습니다.

Adventist Health는 각 Adventist Health 병원의 응급 의료 치료 및 노동법(EMTALA) 정책 및 연방 규정집 42 제42편 G절(또는 이를 대체하는 규정)에 자세히 설명된 바와 같이 이 정책에 따라 지원을 받을 자격이 있는지 여부에 관계없이 개인에게 차별 없이 응급 의료 질환을 치료합니다.

용어 정의

1. **일반 청구 금액(AGB)** - 일반적으로 이러한 치료를 보장하는 보험에 가입한 개인에게 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대하여 청구하는 금액입니다. 이는 보통 총 비용의 백분율로 나타냅니다. 각 병원 기관에 대한 AGB 비율은 매년 업데이트됩니다.
2. **신청서** - 재정 지원을 위한 Adventist Health 신청서.
3. **신청 기간** - Adventist Health에서 개인이 정책에 따라 금융 지원을 받을 자격이 있는지를 판단하기 위해 제출한 지원서를 Adventist Health의 금융 지원 정책에 따라 Adventist Health가 금융 지원 신청을 수락하고 처리해야 하는 기간. 신청 기간은 치료가 제공된 날짜에 시작되어 진료에 대한 첫 번째 퇴원 후 청구서가 제공된 날로부터 240일째 되는 날 환자가 제공된 서비스에 대해 지불한 후 12개월 또는 Adventist Health가 환자에게 특별한 징수 조치가 시작될 수 있는 기한을 설정하는 서면 통지를 제공한 후로부터 30일이 되는 날 중 가장 늦은 날 종료됩니다.
4. **자선 진료** - 환자가 Adventist Health에서 제공하는 항목 및 서비스에 대한 환자의 지불 의무를 지불하지 않을 때 제공되는 무료 치료.
5. **할인 케어** - 현금, 즉시 납부, 선불 납부의 경우 또는 특정 범주의 환자(예: 자가 지급 환자 또는 무보험 환자)에게 제공되는 서비스, 검사 또는 수술로 부터의 공제.
6. **응급 의료** - Adventist Health 응급 의료 치료 및 노동법 정책(EMTALA) #AD-06-019-S에서 정의된 응급 서비스 및 케어를 가리킵니다.
7. **재정 지원** - 자선 케어 및 할인 케어.
8. **연방 소득세 반환** - 과세 소득 신고를 위한 IRS 양식. IRS 양식은 반드시 IRS에 보낸 서명 및 일자를 기입한 양식의 사본이어야 합니다.
9. **연방 빈곤 수준(FPL)** - 미국 보건복지부가 법적 권한에 따라 연방관보에 정기적으로 갱신하는 빈곤 기준. 이러한 수준은 **부록 C**에 명시되어 있습니다.
10. **가정** - (i) 단독 개인, 배우자, 동거인 또는 18세 미만의 부모 및 자녀, 함께 생활하는 사람 및 (ii) 단독 개인, 배우자, 동거인 또는 부모가 재정적으로 책임이 있는 다른 개인.
11. **가계 소득** - 본 정책에 따라 산정된 재정 지원을 신청하는 환자와 그 가족의 합산 소득. 본 문서에 사용된 소득에는 조정된 총 소득을 계산하는 데 사용되는 모든 출처(**부록 D**에 명시된 바와 같이)가 포함되어야 하며, 양식 1040의 11번 라인에 명시된 미국 개인 소득세 신고서입니다.
12. **의학적 필요** - 질병, 부상, 상태 또는 질병 또는 질병의 증상을 예방, 진단 또는 치료하거나 질병, 부상, 상태 또는 질병의 증상을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요한 경우 서비스가 '의학적으로 필요' 또는 '의학적 필요성'이며 허용된 의약품 기준을 충족합니다.
13. **환자 금융 서비스(PFS)** - 지불 청구, 징수 및 처리를 담당하는 Adventist Health 부서.
14. **정책 또는 재정 지원 정책** - 이 Adventist Health 금융 지원 정책

15. **농촌 보건소 할인** - **부록 F**에 명시된 농촌 보건소 환자에게 제공되는 차등 방식 할인 제도. 이 프로그램은 의료 서비스(무보험자 또는 미가입자)에 대한 비용을 지불할 수단이나 제한적인 수단이 없는 사람들에게 무료 또는 할인된 진료를 제공하도록 설계되었습니다.

영향을 받는 부서/서비스:

- A. 환자 금융 서비스(PFS)
- B. Patient Access
- C. 준수
- D. 금융

정책: 규정 준수 – 주요 요소

1. 본 재정 지원 정책에 의해 보장되는 사항

a. 보장 의료기관

이 정책에 따른 재정 지원에는 **부록 A**에 나열된 오레곤 주 재Adventist Health 소유 및 운영 시설에서 제공되는 건강 관리 서비스가 포함됩니다. 여기에는 Adventist Health의 일반적인 통제 또는 소유권 하에 운영되는 클리닉이 포함됩니다. 이 정책에 따라 할인 진료 및 자선 진료는 **부록 B**의 문서에 '보장 의료기관'으로 등재된 의료진이 제공하는 서비스도 보장합니다.

b. 적격 서비스

법률에서 요구하는 경우를 제외하고, 다음 서비스는 본 정책에 따른 재정 지원 대상에서 제외됩니다.

- 의료상 필요하지 않은 의료 서비스 및 용품;
- 병원 소매점(예: 선물 가게 및 카페테리아)에서 구매;
- **부록 B**의 문서에서 보장 제공자가 제공한 서비스를 제외하고 병원에서 청구하지 않는 의사 서비스와 같은 비 병원 서비스;
- 면허를 소지한 병원 서비스 또는 병원 제휴 클리닉 서비스가 아닌 서비스.

2. 추정 자격에 대한 사전 심사

Adventist Health는 개인이 제공한 정보 또는 이전 재정 지원 결정에 근거하여 개인이 진료에 대한 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단할 경우 사전 심사 과정을 통해 개인에게 추정 재정 지원을 부여할 재량권을 보유합니다. 재정 지원 자격이 있다고 추정되는 환자는 재정 지원 신청서를 작성하거나 심사를 받을 필요가 없습니다.

a. 이전 재정 지원

사전 심사 과정에 앞서, **Adventist Health**은 환자가 이미 지난 12개월 이내에 병원에서 재정 지원을 받을 자격이 있는지 검토합니다. 이 경우, 환자는 청구 명세서를 받기 전에 해당 청구서에 해당하는 비용을 자동으로 조정 받습니다.

b. 사전 심사 과정

서비스를 위해 **Adventist Health** 시설에 제출하고 서비스에 대한 청구서를 받기 전에 **Adventist Health**는 다음 기준 중 하나에 부합하는 추정 적격성을 환자에게 미리 검사합니다.

- 무보험자
- 주 Medicaid, CHIP, Healthier Oregon, Bridge 프로그램 또는 기타 주 의료 지원 프로그램에 등록
- 보험 또는 기타 제3자 지불자의 조정 후 병원에 \$500 이상을 지불해야 합니다.
- 의료 기록에 기록된 바와 같이 노숙자이거나, 또는
- 사회보장, 실업 보험 급여, Medicaid, 카운티 저소득층 건강 지원, TANF, 푸드 스탬프, WIC 또는 이 정책의 적격성 기준과 유사한 요구 사항이 있는 다른 공공 복지 프로그램을 포함한 공공 복지 프로그램에 대한 적격성

Adventist Health는 환자 등록 기간 동안 정기적으로 수집된 정보, 환자가 자발적으로 제공한 정보, 이전 재정 지원 조정 및 Medicaid, SNAP 또는 TANF와 같은 대략적인 환자 가계 소득을 테스트하고 합리적으로 반영하는 지원 프로그램에 대한 기존 적격성을 포함하지만 이에 국한되지 않는 기존 데이터를 시스템에 사용할 수 있습니다. 환자는 적격성 기준과 관련된 어떠한 형태의 문서도 제출하지 않아도 되지만, **Adventist Health**는 사전 심사 절차에 도움이 될 수 있는 서류를 환자가 자발적으로 제출하는 경우 이를 접수할 것입니다.

또한 **Adventist Health**는 제3자 소득 확인 업체인 **MedeAnalytics**를 사용하여 사전 심사 목적으로 가계 소득을 추정할 수 있습니다. 이 과정은 환자의 신용 점수에 부정적인 영향을 미치지 않습니다.

위에 열거된 **Adventist Health**의 사전 차단 방법이 환자에 대한 정보를 반환하지 않는 경우 **Adventist Health**에 사용할 수 있는 다른 정보를 기반으로 환자의 추정 적격 상태를 결정하기 위해 선의로 노력할 것입니다.

c. 추정 자격 결정

사전 심사 과정의 데이터를 사용하여, **Adventist Health**는 아래에 설명된 동일한 자격 기준을 사용하여 환자의 추정 적격 상태를 결정합니다.

Adventist Health는 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부와 어느 정도까지 명확하게 명시하는 방식으로 사전 심사 과정의 결과를 서면으로 환자에게 알릴 것입니다. 사전 심사 과정과 결정은 재정 지원 신청서로 간주되지 않으며 환자가 재정 지원을 요청할 자격을 박탈하지도 않습니다.

환자가 사전 심사 결과 지원 대상에 해당하지 않는 것으로 판정되거나, 제공 가능한 가장 유리한 재정 지원 조건보다 낮은 수준의 지원을 받을 자격이 있는 것으로 판정된 경우에도 아래에 설명된 절차를

통해 재정 지원을 신청할 것을 권장합니다. Adventist Health는 환자에게 추정 자격 통지서에 아래에 설명된 절차에 대한 추가 정보를 환자에게 제공할 것입니다. 환자는 제공된 서비스에 대한 최초 청구 진술서 이후 240일 이내, 환자가 제공된 서비스에 대해 지불한 후 12개월 이내 또는 Adventist Health가 환자에게 특별한 징수 조치가 시작될 수 있는 기한을 설정하는 서면 통지를 제공한 후 최소 30일 이내인 '신청 기간'을 통해 재정 지원을 신청할 수 있습니다(또는 해당 주 및 연방 법률 및 규정에 따라 요구되는 추가 기간).

3. 금융 지원 신청

a. 재정 지원 정책 및 신청서 이용

Adventist Health는 해당 주 및 연방 법률 및 규정을 준수하는 수많은 수단을 통해 재정 지원 정책 및 신청, 농촌 보건소 할인 정책 및 신청에 대한 정보를 제공합니다. 본 정책에 대한 정보는 각 병원의 홈페이지 메인 페이지와 환자가 진료비를 납부하거나 본인 계정 정보를 조회할 수 있는 모든 웹사이트에서 확인할 수 있으며, 응급실, 외래 대기실, 입원 수속이 이루어지는 장소 등 일반인이 접근할 수 있는 병원 내 구역에 게시되어 있습니다. 또한 각 청구서 및 모든 환자가 열람할 수 있는 쉬운 언어로 작성된 요약본을 통해서도 확인할 수 있습니다. 병원 직원은 재정 지원 또는 관련 정보를 요청하는 환자, 보호자 또는 가족, 혹은 재정 지원 대상자로 판단되는 환자, 보호자 또는 가족에게 병원 내 등록 창구로 안내하거나 전화(844-827-5047)를 통해 본 정책의 인쇄본과 신청서를 받을 수 있도록 안내해야 합니다.

Adventist Health의 재정 지원 프로그램 및 Adventist Health의 농촌 보건소 할인 프로그램에 대한 설명과 관련 신청서는 [Adventist Health 지원 청구서 지불](#)에서 구할 수 있습니다. Adventist Health는 본 정책이 각 병원의 서비스 지역에 거주하는 인구 1,000명 또는 인구의 5% 미만이 사용하는 각 언어로 번역되어 다른 언어로 해석되고 장애가 있는 개인을 위한 대체 형식으로 접근할 수 있도록 보장합니다.

b. 기타 건강 보험 양식

각 Adventist Health 소유 및 운영 시설은 개인 또는 공중 보건 보험 또는 후원이 병원에서 환자에게 제공한 치료 비용을 전액 또는 부분적으로 충당할 수 있는지 여부에 대한 환자 또는 환자의 대표 정보를 얻기 위해 모든 합리적인 노력을 기울여야 합니다. 이러한 노력에는 환자가 보험 상품을 찾을 수 있도록 돕는 것이 포함되며, 여기에는 다음 사항들이 포함되나 이에 국한되지는 않습니다.

- 개인 건강 보험
- Medicare
- Medicaid 프로그램, CHIP 프로그램 또는 건강 보험을 제공하도록 설계된 기타 주 정부 지원 프로그램.

환자가 재정 지원을 신청하는 시점에 다른 건강 보험 지원 프로그램에 이미 신청했거나 신청이 진행 중인 경우, 어느 한쪽의 신청이 다른 프로그램의 자격 요건을 상실하게 하지는 않습니다.

재정 지원은 의료 서비스에 대한 지불을 보장하기 위해 환자 또는 보증인의 책임을 완화하지 않습니다. Adventist Health는 환자들이 공공 및/또는 민간 지불 프로그램에서의 다른 지불 출처 또는 보상 범위를 찾을 수 있도록 Adventist Health와 협력하기를 기대합니다. 환자 또는 보증인이 제3자 보험에 가입되어 있는 경우, 그 보험에 대한 보장 조건을 충족시킬 책임이 있습니다. 그 책임을 이행하지 못하면 재정 지원이 거부될 수도 있습니다.

c. 신청 절차

본 정책에 따른 재정 지원을 신청하려면 환자 또는 보증인은 신청 기간 내에 우편 또는 온라인을 통해 진실되고 정확하며 완전한 기밀 재정 지원 신청서를 제출해야 합니다. 재정 지원 신청서는 서면으로 작성해야 하며, 환자 재정 지원 부서의 직원이나 관리자의 도움을 받아 작성할 수 있습니다. 재정 지원 신청서는 환자 또는 환자의 법적 대리인이 서명해야 합니다. 소득 서류에는 다음의 서류가 포함되어야 합니다.

- 환자에게 최초 청구서가 발송된 날짜를 기준으로 전후 6개월 이내의 최근 급여 명세서(신청서 제출 시에는 서비스 제공 전 기간의 명세서)
- 환자가 최초로 청구서를 받은 해 또는 그보다 12개월 전의 환자 및 배우자 또는 동거 파트너의 연방 소득세 신고서(양식 1040) 사본
- "W-2" 원천징수 진술서 또는 양식 4506-T(W-2가 제출되지 않은 경우)
- 가구 소득을 설명하는 고용주 또는 기타 관계자의 서면 진술서

병원 비용 부담을 덜기 위해 할인 진료, 자선 진료 또는 기타 지원을 요청하는 환자나 환자의 법정 대리인은 소득 및 의료 보험 가입 내역을 증명할 수 있는 서류를 병원에 제출하기 위해 모든 합리적인 노력을 기울여야 합니다. 신청서에 제공된 이 문서는 재정 지원 결정에만 사용되며 징수 활동에는 사용되지 않습니다.

환자가 재정 지원 자격이 있는지 여부를 판단하기 위해 병원 시설에 충분한 정보와 문서를 제공하는 경우 개인은 완전한 재정 지원 신청서를 제출한 것으로 간주됩니다. 재정 지원 자격을 결정하기 위한 일부 정보 및 문서를 제공하지만 충분하지 않은 경우 신청서가 불완전합니다.

d. 재정 지원 결정 통지/신청 수정

Adventist Health 시설이 재정 지원 신청서를 검토하고 아래에 명시된 적격성 요건에 따라 결정을 내린 경우, 해당 시설은 본 자격 결정(해당되는 경우, 해당되는 경우 지원 포함)과 본 결정의 근거를 우편으로 개인에게 통지해야 합니다.

신청서가 불완전하거나 누락된 문서 또는 오류가 포함된 신청서에 근거한 재정 지원 결정 통지는 환자가 결함을 수정하여 신청서를 작성하기 위해 취할 수 있는 결함과 조치를 명확하게 설명합니다. 통지서에는 환자가 수정 또는 추가 문서를 제출하는 방법과 환자가 서면 진술서 또는 기타 증빙 문서를 제출하거나 병원의 재무 책임자 또는 지정자의 검토를 요청하여 이의를 제기할 수 있는 방법에 대한 명확한 설명이 포함됩니다. 개인은 (1) 퇴원 후 첫 청구서 발행일로부터 240일이 경과한 날 또는 (2) 재정 지원 결정 통지를 받은 날로부터 45일이 경과한 날 중 더 늦은 시점까지 정정 사항이나 추가 서류를 제출하거나 이의를 제기할 수 있습니다.

Adventist Health는 보류 중인 이의 제기가 없는 경우 표준 청구 관행을 시행할 수 있으며, 이의 신청이 제출될 경우 중단되어야 합니다.

e. 재정 지원 결정 효력

재정 지원을 받을 자격이 있는 경우 자선 진료 또는 할인 진료에 상관없이 이 시설은 개인에게 현재 진료에 대해 지불해야 하는 금액, 그 금액이 결정된 방법 및 치료에 대해 일반적으로 청구된 금액("AGB")에 대한 정보를 어떻게 받을 수 있는지를 명시한 청구 진술서를 개인에게 제공해야 합니다. 치료 할인 자격이 있는 경우, 환자는 시간이 지남에 따라 지불을 허용하기 위해 연장 지불 계획을 체결할

수 있습니다. 병원과 환자는 지불 계획의 조건을 협상하고 환자의 가계 소득과 생활비를 고려해야 합니다.

해당되는 경우, 해당 시설은 재정 지원이 적용된 후 개인이 부담해야 할 것으로 결정된 금액을 초과하는, 해당 개인이 의료비 명목으로 지불한 금액(병원 시설에 지불한 금액이든 병원 시설이 해당 개인의 의료비 채무를 양도하거나 매각한 제3자에게 지불한 금액이든)을 환불해야 합니다.

재정 지원 승인은 승인일로부터 12개월 동안 유효합니다. 이번 조정은 신청 승인일 이전에 수령한 환자 계좌 잔고를 포함하여 모든 적격 환자 계좌 잔액에 적용됩니다. 재정 지원이 승인된 후 12개월 이후에 받은 청구서의 경우 환자가 해당 청구서에 대한 재정 지원을 원하는 경우 새로운 재정 지원 신청서를 작성해야 합니다.

f. 재정 지원 결정의 이의 제기

환자는 서면 진술서 또는 기타 증빙 서류를 제출하거나 서비스를 받은 **Adventist Health** 시설의 재무 책임자에 의해 검토를 요청하여 재심사를 위한 서면 요청을 제출할 수 있습니다. 이러한 이의 제기는 개인이 다음 중 하나임을 증명해야 합니다.

- 본 정책에 따라 자신의 금융 지원 신청이 승인되지 않았다고 생각되는 경우; 또는
- 본인의 사례에 정책이 적용된 방식에 동의하지 않는 경우

이의 신청은 다음 중 더 늦은 날짜까지 제출해야 합니다. (1) 퇴원 후 첫 청구서 발행일로부터 240일 이내 또는 (2) 환자에게 재정 지원 결정 통지를 받은 날로부터 45일 이내. 이의 신청 제출 후 이 시설은 수집 활동을 중단하고 있는 경우 징수 기관에 통보합니다. 이 시설은 또한 병원 또는 수집 기관의 징수 활동 중단 통지 및 환자가 취할 수 있는 조치에 대한 정보를 포함하여 환자에게 이의 신청 접수에 대한 서면 확인을 보냅니다.

재무 담당자 또는 그 대리인이 추가 정보를 요청하는 경우 병원은 서면 통지 후 환자에게 요청된 정보를 제출할 수 있도록 45일의 추가 기간을 부여합니다.

Adventist Health은 최종 이의 제기 회의 날짜 또는 신청 결함과 관련된 수정 사항을 수령한 날 중 나중에 제출한 날의 30일 이내에 이의 제기에 대한 서면 결정을 내릴 것입니다. 재정 지원이 계속 거부되는 경우, 통지서에는 일시 중단된 징수 활동이 재개되는 날짜가 포함됩니다. **Adventist Health**가 잘못된 결정 당시 환자가 제공한 정보를 근거로 해당 환자가 재정 지원 대상자라고 잘못 판단한 것으로 밝혀지고, 환자가 이미 해당 서비스 비용을 지불한 경우, 어드벤처 헬스는 연방준비제도가 정한 이자율에 따라 재정 지원 금액에 대한 이자를 환자에게 지급하며, 재정 지원을 받기 위해 환자가 부담한 기타 합리적인 비용도 함께 보상합니다.

재무 책임자는 최종 이의 신청 대상자가 될 것입니다.

a. 상황의 변화

환자의 적격성 변경과 관련된 정보가 변경되는 경우, 환자는 소득과 관련된 문서를 업데이트하고 관련 **Adventist Health** 소유 및 운영 시설에 업데이트된 정보를 제공할 수 있습니다. 각 **Adventist Health** 소유 및 운영 시설은 재정 지원 적격성을 결정할 때 환자의 변화된 상황을 고려합니다.

각 **Adventist Health** 소유 및 운영 시설은 재정 지원 신청을 거부하거나 이전에 제공된 정보가 부정확하다는 결론을 뒷받침한다고 믿는 정보를 알게 되면 이전에 적용된 할인을 취소할 수 있습니다. 또한, 각 **Adventist Health** 소유 및 운영 시설은 각 **Adventist Health** 소유 및 운영 시설에 알려지지 않은

재정 상황의 개선 후 재정 지원을 수락하는 사람들을 포함하여 고의로 재정 상태를 잘못 표현했다고 믿는 개인에 대해 법적 조치를 취할 수 있습니다.

b. 도움을 받는 방법

재정 지원에 대한 자세한 정보와 본 정책 및 신청서의 인쇄본은 각 병원 접수처에서 확인하시거나 전화 (844) 827-5047로 문의하시기 바랍니다.

1. 자격

자선 진료(환자에게 청구하지 않음) 또는 할인 진료(환자에 대해 할인 적용)과 같은 재정 지원 수준은 가계 소득과 환자가 받은 서비스 유형이라는 몇 가지 요인을 기반으로 합니다.

Adventist Health는 이 정책에 명시된 재정 지원을 승인합니다. 병원 할인은 **부록 E**에 명시된 바와 같이 AGB 임계값을 기준으로 합니다.

할인은 환자의 본인 부담 책임에 직접 적용됩니다. 재정 지원은 환자의 혜택을 위한 것이며 보험 지불인의 지불 의무를 줄이는 데 사용되지 않습니다.

Medicaid 적격 수혜자에게 제공되는 비보장 및 거부 서비스 및 관련 서비스는 자선 진료의 한 형태로 간주됩니다. 이에 해당하는 사례로는 제한된 Medicaid 혜택을 받는 수혜자, Medicaid 승인 대기 중인 계정, 기타 빈곤층 의료 지원 프로그램의 Medicaid 신청이 거부된 경우, 입원 기간 한도를 초과한 일수에 대한 비용, “지급 없음”으로 처리된 Medicaid 청구(타 주 Medicaid 청구 포함), 그리고 보험 적용 및 지급이 없는 Medicaid 자격 보유 환자에게 제공된 모든 서비스 등이 포함되나, 이에 국한되지는 않습니다.

표 1: 환자 재정 지원 자격

응급 의료 치료 및 의학적으로 필요한 치료

가계 소득	환자 부담금
연방 빈곤 수준의 300% 이하	제로(전체 자선 단체)
연방 빈곤 수준의 301%~400%	AGB의 75%, 보험/제3자 지급액 감소(있는 경우)(할인)
연방 빈곤 수준의 > 400%	재정 지원 없음

2. 문서에 액세스

환자는 위의 **부록 B**에 열거된 기관 주소에서 "PFS-112 금융 지원 보장 및 비보장 의사 목록"의 무료 인쇄본을 받을 수 있습니다.

3. 기타

재정 지원 신청서와 관련된 요청 및 수집된 모든 정보는 해당 개인 정보 보호법의 적용을 받습니다.

매뉴얼:

첨부:
(본 문서에서 인용)

Adventist Health 지원 청구서 지불
재정 지원 참조 표 부록 A-E

기타 문서:
(본 문서를 인용)

연방 규정:

인가:

캘리포니아:

구체적 주 요구사항은 통보 없음 회사 정책은 기록된 대로 적용

하와이:

구체적 주 요구사항은 통보 없음 회사 정책은 기록된 대로 적용

오레곤:

구체적 주 요구사항은 통보 없음 회사 정책은 기록된 대로 적용

워싱턴:

구체적 주 요구사항은 통보 없음 회사 정책은 기록된 대로 적용

참고:

ADVENTIST HEALTH
SYSTEM/WEST 정책 소유주:

Amy K Miller - 수익 주기 감사 이사

단체 정책 소유주:

해당 없음

공동 작업:

Cheryl A Brooksher - 이사, 비즈니스 인텔리전스
Colleen A Fiore - 시니어 애플리케이션 분석가
Lori Esquivel - 이사, Patient Access

결재자:

ADVENTIST HEALTH 시스템/서부: (11/07/2024) 비임상 정책 검토 팀 - 수익 주기, (11/14/2024) AH 시스템 위원회

ADVENTIST HEALTH 시스템/서부

개인:

단체:

해당 없음

단체 개인:

해당 없음

검토일:

개정일:

2024년 11월 14일

차기 검토일:

2027년 11월 14일

승인 경로:

비임상적

본 문서의 종이 사본은 최신이 아닐 수 있으며 공식 목적의 경우 이 문서에 의존할 수 없습니다.
현재 버전은 Lucidoc에 있습니다. 주소:

<https://www.lucidoc.com/api/auth/login?org=10528&returnto=%2Fcgi%2Fdoc-gw.pl%3Fref%3Dahrsvl%3A14738%240>.