

		작성일:	01/2007
제목:	환자 재정 지원 정책	검토일:	03/2010, 06/2012, 02/2016, 10/2018, 12/2021, 09/2023, 01/2024
매뉴얼:	환자 재정 지원 서비스 비영리 병원		
La Palma Intercommunity Hospital		최종 개정:	03/28/2024

I. 정책:

Prime Healthcare Services, Inc. 소유의 각 병원(각각, ‘병원’)은 이 정책에 설명되어 있는 자격 테스트를 충족하는 환자들을 위해 재정 지원 프로그램을 제공합니다. Prime Healthcare는 내국세법 섹션 501(r)의 요건 및 주 법률 요건에 따라 비영리 병원에서 자선 진료와 자기 부담금 할인을 제공합니다. 이 재정 지원 정책(‘정책’)의 취지는 적용되는 연방 및 주의 법률과 규정을 이행하는 것이며, 모든 조항은 그에 따라 해석되어야 합니다.

Prime Healthcare 비영리 병원의 주 목적은 어려움에 처한 환자들에게 치료를 제공하는 것입니다. Prime Healthcare 비영리 병원들은 지역사회에 주는 혜택으로서 자선 진료와 진료비 할인 프로그램을 제공합니다. 이러한 목적으로 Prime Healthcare 병원들은 적절한 진료비 할인 및 자선 진료 프로그램으로 자격이 되는 저소득 및/또는 무보험 환자를 지원하고 있습니다. 모든 환자들을 연민과 존중의 마음으로 공평하게 대우할 것입니다. 본 ‘정책’에 다른 어떠한 내용이 있더라도, 본원은 재정 지원 수혜 대상자로 판정받은 사람에게는 응급 진료 또는 그 밖의 의학적으로 필요한 진료에 대해, 그러한 진료의 보장 보험이 있는 사람에게 청구되는 일반 청구 금액보다 더 많은 금액을 청구하지 않습니다. 본 ‘정책’에는 다음과 같은 부록이 포함되어 있고, ‘정책’ 전반에서 언급됩니다.

- 재정 지원을 쉽게 설명한 요약문
- 자선 진료 프로그램
- 재정 지원 진료비 할인 프로그램
- 퇴원 후 청구서에 동봉되는 안내문
- 보험 증서를 제공하지 않은 환자에게 퇴원 후 청구서에 동봉되는 안내문
- 추심업체에 채무를 양도 또는 매각하기 전에 환자에게 보내는 병원 통지서

II. 용어 정의:

‘일반 청구 금액’: 진료비 할인 프로그램 수혜 대상자에게 제공된 응급 진료 또는 그 밖의 의학적으로 필요한 서비스에 대해 일반적으로 청구되는 금액(‘AGB’). 병원은 재무부 규정에서 명시하고 있는 전향적 방법을 사용하여 환자에 대한 AGB를 계산합니다. 전향적 방법에서는 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터에서 현재 적용하는 Medicare 요율을 근거로 Medicare 행위별 수가제 혜택에 대해 병원이 사용할 청구 및 코딩 프로세스를 적용하여 AGB를 계산합니다.

‘응급 및 의학적 필요’: 환자의 편안함 및/또는 편의를 위하되 전적으로 미용적 목적이 아닌 모든 병원 응급 진료, 입원환자 진료, 외래환자 진료, 또는 응급 진료.

‘EMTALA’: 병원은 사회보장법의 섹션 1867, 응급환자치료 및 분만에 관한 법(EMTALA)의 요건을 준수합니다. 본 정책에는 그러한 준수 의무를 방해하는 내용이 포함되어 있지 않습니다. 이 법은 응급실에 오는 사람 누구나 보험 가입 상태나 지불 능력에 상관 없이 안정을 취하고 치료를 받을 수 있도록 하는 연방 법입니다.

‘특별 추심 조치’: 특별 추심 조치란, 개인의 채무를 다른 당사자에게 매각, 해당 개인에 관한 불리한 정보를 신용조회기관이나 당국에 보고, 병원의 재정 지원 정책에 따라 적용이 되어 이전에 제공된 치료에 대한 한 건 이상의 청구금을 미납한 이유로 의학적으로 필요한 치료를 제공하기 전에 치료를 지체, 또는 거부하거나 지불을 요구하는 등의 추심 행위, 또는 개인 부동산에 유치권 등의 차압, 은행 계좌나 그 밖의 개인 재산 압류, 개인을 상대로 민사소송 개시, 개인이 체포되게 하는 조치, 개인이 구속되게 하는 조치, 급여 차압 등의 법적 또는 사법적 절차가 필요한 모든 조치를 의미하며, [IRS 섹션 501\(r\)\(6\)](#)에 각각의 경우가 설명되어 있습니다.

‘가족’: (1) 18세 이상인 환자의 경우 - 배우자, 동거인, 집에 함께 사는지 여부와 상관없이 21세 미만인 피부양 자녀, 및 (2) 18세 미만인 환자의 경우 - 부모, 간병인 친척, 부모 또는 간병인 친척의 21세 미만 다른 자녀.

‘쉽게 설명한 요약본’: 재정 지원 정책의 요약본이 ‘재정 지원을 쉽게 설명한 요약문’으로 포함되어 있으며, 이는 [IRS 섹션 501\(r\)\(4\)](#)를 준수하기 위한 목적입니다.

III. 정책 적용:

본 ‘정책’은 병원 또는 병원에서 일하는 실질적 관련이 있는 독립체에 의해 제공되는 모든 응급 및 기타 의학적으로 필요한 진료에 적용됩니다. 본 ‘정책’은 병원비에 한해서만 적용되며, ‘병원’ 환자를 응급, 입원 또는 외래로 치료하는 의사를 포함하여 의료 서비스를 제공하는, ‘병원’에 고용되지 않은 또는 계약을 맺지 않은 다른 의료 서비스 제공자에게는 구속력을 가지지 않습니다. 보험이 없거나 높은 의료비 때문에 진료를 지불하지 못하는 환자들에게 서비스를 제공하고 본 ‘정책’의 적용을 받지 않는 의사는 그들 자체의 재정 지원 정책으로 지원을 제공할 수 있습니다. ‘병원’은 ‘병원’에 고용되지 않은 진료 의사가 제공하는 모든 재정 지원 프로그램 운영 또는 그러한 의사의 청구 관행에 대해서는 책임을 지지 않습니다.

재정 지원 정책들은 환자의 재정 지원 요구와 ‘병원’의 전반적 재정 관리와 균형을 이루어야 합니다. 진료비 할인 및 자선 진료 프로그램을 통한 재정 지원은 개인의 책임을 대체하는 용도가 아닙니다. 재정 지원 선별 과정에 능동적으로 참여하고, 해당 경우 지불 능력에 따라 본인의 치료비를 부담하는 것은 환자의 책임입니다. 외부의 채무 추심업체 및 ‘병원’의 내부 추심 행위에는 ‘병원’의 사명과 비전이 반영됩니다.

IV. 절차:

1. 재정 지원 수혜 자격

A. 본인 부담 환자

환자 재정 지원 요약 내용은 첨부된 부록, ‘재정 지원을 쉽게 설명한 요약문’을 참조하시기 바랍니다.

환자는 부록 ‘자선 진료 프로그램’에 설명되어 있는 조건을 근거로 하여 자선 진료 프로그램의 수혜 대상자가 됩니다.

환자는 부록 ‘재정 지원 진료비 할인 프로그램’에 설명되어 있는 조건을 근거로 하여 재정 지원 진료비 할인 프로그램의 수혜 대상자가 됩니다.

B. 보험 가입 환자

제3자 보장 보험이 있거나, 부상이 산재 보상, 자동차 보험, 또는 기타 보험에 의해 보상받을 수 있는 부상이라고 병원에서 판단하고 입증할 수 있는 환자는 자선 진료 수혜를 받을 수 없지만, 부록 ‘재정 지원 진료비 할인 프로그램’에 설명되어 있는 조건을 근거로 하여 재정 지원 진료비 할인 프로그램 혜택을 받을 수도 있습니다. 자선 진료 및 진료비 할인 프로그램에 의한 할인은 공동보험액(coinsurance), 코페이(copayment) 및 공제액(deductible)을 포함한 환자 부담 금액에 적용됩니다.

C. 그 밖의 상황

‘병원’은 외부 기관이나 ‘병원’의 환자 재정 지원 서비스부(Patient Financial Services, PFS) 책임자의 결정에 따라 아래와 같은 상황에 놓여 있는 환자들에게 자선 진료 또는 진료비 할인 프로그램을 확대할 수 있습니다(추정에 의한 수혜 자격). 추정에 의한 수혜 자격은 장래의 서비스에 대해서 혜택을 부여하는 것이 아닙니다. 병원은 추정에 의한 자격 판정을 공개하지 않으며 외부 기관에 데이터에 대한 접근을 허용하지 않습니다. 아래의 상황은 자선 진료의 유형으로 간주되며, 자선 진료, 본인 부담 할인, 비보장 서비스 및 거부와 관련된 거래를 포함하되 이에 국한하지 않고, 환자의 청구를 심사하는 데 사용되는 거래 코드에 따라 문서화될 수 있습니다.

(i) 환자가 주의 Medicaid 프로그램에 따라 제한적인 혜택, 즉, 제한적인 임신 또는 응급 혜택을 받을 자격이 되지만 ‘병원’에서 제공되는 다른 서비스에 대한 혜택은 받지 못하는 경우. 여기에는 다음과 관련 있는 비보장 서비스가 포함됩니다.

- 제한적 Medicaid에 가입된 Medicaid 수혜자(예: 임신 또는 응급 혜택만 받지만 ‘병원’으로부터 다른 진료를 받는 환자)에게 제공되는 서비스
- Medicaid 신청이 보류 중이고 나중에 승인되지 않은 경우, 해당 신청서가 환자가 자선 진료 기준을 충족함을 나타내는 경우
- Medicaid 또는 다른 의료 빈곤층 진료 프로그램이 거부됨
- 입원 기간 한도를 초과하는 일수에 관련된 청구
- 보험금에 대한 기타 잔여 부담금

(ii) 환자가 카운티의 의료 빈곤층 서비스 프로그램 수혜 자격이 있지만 그러한 자격을 통해 ‘병원’에 대한 지불이 충당되지 않는 경우.

(iii) 환자의 위치를 파악하고 연락을 취하기 위한 합당한 노력을 기울였으나 성공하지 못했고, ‘병원’의 PFS 책임자가 해당 환자가 자선 진료 또는 진료비 할인 프로그램 수혜 자격이 있을 것으로 판단할 만한 근거가 있는 경우. 가령, 환자가 사망, 파산, 투옥(그리고 주 Medicaid 프로그램에 의해 상환되지 않은), 무응답, 노숙자 또는 서류를 제출할 의지가 없음.

(iv) 외부 추심업체가 미결제 잔액을 징수하기 위해 노력하였고 ‘병원’의 PFS 책임자에게 자선 진료 또는 진료비 할인 프로그램을 제공할 것을 권고한 경우.

(v) 징수 시도 및 지불인 협의를 한 후, 비보장 또는 거부된 서비스를 포함하여 비비용 서비스에 대해 지불인으로부터 미상환된 요금, 가령, 입원 기간 한도를 초과한 일수에 대한 비용, 소진된 혜택, 제한적 보장에 의한 잔액, Medicaid 보류 계정, 지불인 거부 등은 Prime Healthcare에서는 환자 재정 지원의 유형으로 간주됩니다. 회계 연도 동안 탕감된 이런 할인과 관련된 비용은 무보수 진료로 보고됩니다.

(vi) 환자가 다음을 포함한 프로그램 수혜 대상자인 경우:

- 주 자금 지원을 받는 처방약 프로그램
- 여성, 유아 및 아동 프로그램(Women, Infants and Children, WIC)에 참여
- 푸드 스탬프 수혜
- 학교 급식비 보조 프로그램
- 자금 지원을 받지 않는 기타 주 또는 지방 지원 프로그램(예: Medicaid 스펜드다운) 수혜
- 저소득/주거 보조금이 유효 주소로 제공
- 과거의 미납이 향후 미납과 지불 능력 부족에 대한 근거가 되는 이력

(vii) 자선 진료의 다른 상황들은 환자 기록에 거래 유형으로 표시되거나 환자 메모에 기록되어야 합니다.

D. 소득 금액의 계산

자선 진료 및 진료비 할인 프로그램 수혜 자격을 결정하기 위한 목적으로, 환자 가족의 소득 금액 계산은 최근의 급여 명세서나 소득 신고서에 한정되어야 합니다. 재정 지원 신청서에는 환자 또는 가족의 소득과 환자의 가구원수를 포함하여, 재정 지원 정책에 따른 환자의 수혜 자격을 결정하는 데 필요한 환자 정보가 요구됩니다. ‘병원’은 재정 지원 신청서에서 요구되는 정보 외의 추가 정보는 요구하지 않습니다. 그러나 재정 지원을 원하는 환자가 본인의 선택으로 자발적으로 추가 정보를 제공할 수 있습니다. 재정 지원 수혜 자격은 환자 및/또는 환자 가족 대리인의 지불 능력에 의해서만 결정됩니다. 재정 지원 수혜 자격은 어떤 식으로도 연령, 성별, 성적 성향, 민족, 출신국, 퇴역 군인 신분, 장애 또는 종교를 근거로 판단되어서는 안 됩니다. 환자 가족 소득 금액을 산정하는 데 사용되는 소득에 대한 자세한 사항은 부록 ‘자선 진료 프로그램’과 ‘재정 지원 진료비 할인 프로그램’을 참조해주시요.

E. 연방 빈곤선

연방 빈곤선 측정은 환자의 가족이나 가구원 수에 대하여 가장 최근의 보건 및 복지 서비스(HHS) 빈곤선 지침을 참고하여 이루어져야 합니다. HHS 빈곤선 지침은 미국 법전 42조 9902항의 하위 조항 (2)에 따라, 미 보건복지부가 연방 관보에 주기적으로 업데이트합니다. 해당

정보를 <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 사이트에서 확인하거나 714-229-5732번으로 ‘병원’의 환자 재정 지원 서비스부에 전화를 하여 요청하실 수 있습니다.

2. 자선 진료 및 진료비 할인 프로그램

본 정책에 정의되어 있는 환자의 자격 수준에 따라, 전액 자선 진료 또는 진료비 할인의 형태로 재정 지원이 승인됩니다.

‘병원’의 판단에 따라, 자선 진료 수혜 자격이 있는 환자들의 환자 부담 잔액은 ‘병원’의 **자선 진료 프로그램** 대상이 되어 \$0로 축소되면서 잔액이 없어지고 자선 진료로 분류되어야 합니다. 자세한 내용은 부록 ‘자선 진료 프로그램’을 참조해주시요.

재정 지원 진료비 할인 프로그램 수혜 자격이 있는 환자들의 환자 부담 잔액은 ‘병원’의 진료비 할인 프로그램 대상이 되고, 제공된 병원 서비스에 대한 총 청구비에 대해 할인이 적용됩니다. 자세한 내용은 부록 ‘재정 지원 진료비 할인 프로그램’을 참조해주시요.

재정 지원 진료비 할인 프로그램에는 할인된 가격을 장기간 납부할 수 있도록 무이자 장기 분할 납부도 포함되어야 합니다. ‘병원’과 환자는 환자의 가구 소득과 필수 생계비를 고려하여 장기 분할 납부 조건에 대해 협의해야 합니다.

완전히 작성된 재정 지원 신청서가 접수되면, ‘병원’은 판단을 하고 결정과 근거에 대한 서면 통지를 제공해야 합니다. 환자가 지원을 받을 자격이 있음으로 판단되면, 할인된 금액 산정 방식을 명시하고 AGB를 확인할 수 있는 곳을 명시한 새 청구서가 발송됩니다. ‘병원’은 수정된 청구액을 초과하여 징수한 금액이 있으면 반환하고 개시된 특별 추심 조치가 있으면 취소합니다. 재정 지원 신청서가 접수되었으나 미비 사항이 있는 경우, ‘병원’은 미비한 항목에 대해 서면 통지를 보내고 특별 추심 조치를 개시 또는 재개하기 전에 적정 기간을 기다려줍니다.

3. 신청 절차

재정 지원을 요청하는 환자는 재정 지원 신청서를 작성해야 합니다. 신청서에는 환자가 재정 지원 프로그램이나 신청 절차에 대해 질문이 있는 경우, 전화하여 문의할 수 있는 사무소 주소와 전화번호가 기재되어 있습니다. 환자는 진료를 받은 후 즉시 재정 지원 신청서를 제출해야 하지만, 첫 번째 ‘퇴원 후 청구서’의 발부 날짜 후 늦어도 이백 사십(240)일 이내에 제출해야 합니다.

4. 분쟁 해결

환자의 재정 지원 수혜 자격과 관련하여 분쟁이 있으면 ‘병원’의 최고 재무 책임자에게 전달하여 해결해야 합니다.

5. 정책 출간

환자들이 본 정책의 존재를 알 수 있게 하기 위해서 ‘병원’은 다음과 같은 조치를 취합니다.

- 재정 지원을 이용할 수 있음을 알리는 안내문을 환자들이 볼 수 있도록 다음의 구역에 명확히 눈에 띄도록 게시합니다. 즉 (1) 응급실, (2) 수납 창구, (3) 입원 상담실, (4) 관찰 병실을 포함하여 그밖의 외래 진료실, (5) 병원의 인터넷 웹사이트에 눈에 잘 띄게, 정책에 연결되는 링크와 함께 게시합니다.
- 입원 여부에 관계 없이, 병원에 오는 모든 환자는 재정 지원을 쉽게 설명한 요약문으로 여기에 첨부된 안내문을 받게 됩니다. 진료를 받을 때, 퇴원 시, 환자가 병원에서 나갈 때 안내문이 제공됩니다. 환자가 안내문을 받지 않고 병원을 떠난 경우, '병원'은 진료를 제공한 후 72시간 이내에 안내문을 환자에게 우편으로 보냅니다. 안내문은 병원 진료를 받는 상당 수의 환자들이 사용하는 영어 외 언어로 제공되어야 합니다.
- 진료 제공시, 또는 퇴원 시에 제3자에 의한 보장 증명서를 제공하지 않은 환자에게 발송되는 각각의 청구서에는 '보험 증서를 제출하지 않은 환자를 위한 퇴원 후 청구서에 포함될 안내문'으로서 여기에 첨부된 안내문이 포함되어야 합니다. 안내문은 병원 진료를 받는 상당 수의 환자들이 사용하는 영어 외 언어로 제공되어야 합니다.

6. 보장 및 Medicaid 신청에 관한 정보를 얻기 위한 노력

'병원'은 민영 건강 보험, 연방 건강 보험 마켓플레이스를 통해 제공되는 보장, Medicare, Medicaid, 및/또는 의료 보장을 제공하도록 설계된 기타 정부 기금의 프로그램을 포함하여, 민영 또는 공공 건강 보험이나 후원에서 '병원'이 환자에게 제공한 진료비를 전체 또는 일부 보장하는지 여부에 관한 정보를 환자 또는 환자의 대리인으로부터 확보하기 위한 모든 합당한 노력을 해야 합니다.

환자가 제3자 지불인에 의한 보장을 받고 있다고 표시하지 않거나 재정 지원을 요청하지 않는 경우, '병원' 직원은 환자에게 다음을 포함하는 청구서와 함께 '보험 증서를 제출하지 않은 환자를 위한 퇴원 후 청구서에 포함될 안내문'이라는 양식을 제공해야 합니다. (a) '병원'이 제공한 서비스에 대한 청구서, (b) 환자가 민영 또는 공공 건강 보험 또는 기타의 보장이 있을 경우 환자에게 병원에 알려 달라고 하는 요청, (c) 환자가 건강 보험 보장이 없을 경우, 환자가 주 Medicaid 프로그램이나 기타 정부 운영 프로그램에 의한 보장을 받을 자격이 될 수 있다는 진술, (d) 환자가 주 Medicaid 프로그램이나 기타 정부 운영 프로그램 신청서를 구하는 방법을 명시한 진술(적절한 경우, '병원'이 환자에게 그 신청서를 제공합니다), (e) '병원'의 재정 지원 프로그램에 관한 정보. '병원'은 환자에게 지역 소비자 법률 구조 프로그램을 소개하기도 합니다.

7. 추심 활동

'병원'은 환자 채무 징수를 위해 한 곳 이상의 외부 추심업체를 이용하기도 합니다. 병원 환자 재정 지원 서비스 책임자 또는 그가 지명한 사람이 계정을 검토하고 채무 추심 진행을 승인할 때까지 어떤 채무에 대해서도 추심이 진행되지 않습니다. '병원'은 추심업체가 본 정책과 적용되는 주 법률(캘리포니아주 소재 시설에 대한 보건안전법을 포함하여) 요건을 준수하겠다는 서면 동의서를 각 추심업체로부터 받아야 합니다. 재정 지원 신청서가 접수되었으나 미비 사항이 있는 경우, '병원'은 미비한 항목에 대해 서면 통지를 보내고 특별 추심 조치를 개시 또는 재개하기 전에 적정 기간을 기다려줍니다.

‘병원’이 이용하는 추심업체는 ‘병원’과 환자 사이에 합의된 납부 계획을 준수해야 합니다. 환자가 재정 지원을 신청할 경우, 환자의 재정 지원 신청에 대한 결정이 나올 때까지 모든 추심 활동은 중단됩니다. 추심 과정 중에 환자가 재정 지원이나 본인 부담금 할인을 전체 또는 일부 받을 자격이 되는 것이 확인되면, 추심 활동이 중단되고, 각각의 잔액은 자선 진료 또는 본인 부담금 할인으로 탕감됩니다. ‘병원’과 ‘병원’이 이용하는 추심업체는 (i) 미납 의료비 징수를 위해 급여 압류나 주 거주지 유치권을 행사하거나 (ii) 소비자 신용조회기관에 불리한 정보를 제공하거나 최초 청구 후 180일 경과 전에 환자를 상대로 미납에 대한 민사소송을 개시할 수 없습니다.

특별 추심 조치(ECA)를 개시하기 최소 삼십(30)일 전에, ‘병원’은 환자에게 다음 사항이 명시된 안내문을 보내야 합니다. (i) ‘병원’ 또는 계약을 맺은 추심업체가 취할 수 있는 추심 활동, (ii) 경과 후 조치가 취해질 수 있는 날짜, (iii) 자격이 되는 환자는 재정 지원을 이용할 수 있음, (iv) 추심에 할당된 청구서 송달 날짜, (v) 청구서가 양도 또는 판매되는 기관의 이름, (vi) 환자가 병원으로부터 항목별 청구서를 받을 수 있는 방법에 관한 정보, (vii) 서비스 시점에 병원 기록에 환자에 대한 건강 보험의 이름과 플랜 종류 또는 병원이 해당 정보를 가지고 있지 않다는 진술, (viii) 병원의 자선 진료 및 재정 지원 신청, 및 (ix) 환자가 재정 지원 신청 안내문을 처음 받은 날짜, 환자에게 재정 지원 신청서를 보낸 날짜, 해당되는 경우 결정이 내려진 날짜. 본 안내문 건본이 첨부되어 있습니다.

작성된 신청서가 이백 사십(240)일 신청 기간 이내에 접수되면, 자격 결정이 내려지는 동안 특별 추심 조치가 중단됩니다.

정정 이력표

문서 번호 및 정정 수준	최종 승인자	날짜	수정/정정에 대한 간략 설명

재정 지원을 쉽게 설명한 요약문

가구 소득이 연방 빈곤선의 450% 이하이고 중저소득 일정 요건을 충족하는 자격이 되는 환자는 La Palma Intercommunity Hospital로부터 무료 진료 또는 부분 할인 진료 및 장기 분할 납부 수혜 자격이 될 수 있습니다. 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 대해 환자는 일반 청구 금액(AGB) 이상의 금액을 청구받지 않습니다. 응급실 의사와 병원 직원이 아닌 의사들도 개별적으로 재정 지원을 제공할 수도 있습니다.

보건안전법 § 127405 (a)(1)(B)에 따라, 127450항에 정의되어 있는, 응급 진료를 제공하는 병원에서 응급 의료 서비스를 제공하는 응급실 의사도 법에 따라 무보험 환자나 연방 빈곤선의 400% 이하에 해당하며 의료비 부담이 높은 환자에게 할인을 제공해야 합니다.

환자들은 재정 지원 정책 사본과 신청서를 ‘병원’ 웹사이트에서 구할 수 있습니다(<https://lapalmaintercommunityhospital.com>). 자세한 정보나 재정 지원 신청서가 필요하시면, 저희에게 연락해주시요.

714-229-5732

**La Palma Intercommunity Hospital
7901 Walker Street
La Palma, CA 90623**

재정 지원 정책 문서는 ‘병원’ 진료를 받는 상당 수의 환자들이 사용하는 영어 외 언어로 제공됩니다.

작성된 신청서는 다음의 주소로 배송되어야 합니다.

**La Palma Intercommunity Hospital
Attn: Patient Financial Services
3033 West Orange Avenue
Anaheim, CA 92804**

추가 자원: 의료 소비자 연맹(‘HCA’)은 Covered California 및 Medi-Cal 추정 자격뿐만 아니라, 환자들이 청구 및 지불 과정을 이해할 수 있도록 도와 주는 자원입니다. HCA는 전화로 또는 대면으로 무료 지원을 제공합니다. 자세한 정보는 의료 소비자 연맹 웹사이트 <https://healthconsumer.org>를 방문해주시요.

구매 가능한 서비스: 기습 청구 금지법(연방규정집 45조 180.60 항)에 따라, Prime의 ‘구매 가능한 서비스’ 톨을 참조해주시요. <https://lapalmaintercommunityhospital.com>.

자선 진료 프로그램

환자는 다음의 모든 조건이 충족되면 자선 진료 프로그램 수혜 대상자가 됩니다. (1) 환자가 병원에서 결정하고 입증한 대로, 의료보험회사, 의료보험 서비스 플랜, 조합 신탁 플랜, Medicare, 또는 Medi-Cal의 제3자 보장이 없습니다. (2) 병원에서 결정하고 입증한 대로, 환자의 부상이 산재 보상, 자동차 보험, 또는 기타 보험에 의해 보상받을 수 있는 부상이 아닙니다. 그리고 (3) 환자의 가구 소득이 연방 빈곤선의 400%를 초과하지 않습니다.

연방 빈곤선은 HHS 빈곤선 지침에 의해 결정되고, 미국 법전 42조 9902항의 하위 조항 (2)에 따라, 미 보건복지부가 연방 관보에 주기적으로 업데이트하고, <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 사이트에서 볼 수 있습니다.

‘병원’의 판단에 따라, 자선 진료 프로그램 수혜 자격이 있는 환자들의 환자 부담 잔액은 총액이 \$0로 축소되면서 자선 진료로 분류되어야 합니다.

제3자 보장 보험이 있거나, 부상이 산재 보상, 자동차 보험, 또는 기타 보험에 의해 보상받을 수 있는 부상이라고 병원에서 판단하고 입증할 수 있는 환자는 자선 진료 프로그램 수혜를 받을 수 없지만, 부록 ‘재정 지원 진료비 할인 프로그램’에 설명되어 있는 조건이 충족되면 재정 지원 진료비 할인 프로그램 수혜를 받을 수도 있습니다.

자세한 정보나 재정 지원 신청서가 필요하시면, 저희에게 연락해주시오.

714-229-5732

La Palma Intercommunity Hospital

7901 Walker Street

La Palma, CA 90623

재정 지원 진료비 할인 프로그램

본인 부담 환자

본인 부담 환자는 환자의 가구 소득이 연방 빈곤선의 450%를 초과하지 않으면 재정 지원 진료비 할인 프로그램 수혜 대상자입니다. 연방 빈곤선 지침은 미국 법전 42조 9902항의 하위 조항 (2)에 따라, 미 보건복지부가 연방 관보에 주기적으로 업데이트하며 <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 사이트에서 볼 수 있습니다.

본인 부담 환자가 의료보험회사, 의료보험 서비스 플랜, 조합 신탁 플랜, Medicare, 또는 Medi-Cal의 제3자 보장이 없거나, 병원에서 결정하고 입증한 대로, 환자의 부상이 산재 보상, 자동차 보험, 또는 기타 보험에 의해 보상받을 수 있는 부상이 아니거나, 환자의 가구 소득이 연방 빈곤선의 450%를 초과하지 않는 경우는 진료비 할인 프로그램 수혜 대상자가 됩니다.

보험 가입 환자

제3자 보장 보험이 있거나, 부상이 산재 보상, 자동차 보험, 또는 기타 보험에 의해 보상받을 수 있는 부상이라고 병원에서 판단하고 입증할 수 있는 환자는 (i) 가구 소득이 연방 빈곤선의 사백 오십 퍼센트(450%) 이하이거나, (ii) 본인부담 의료비가 다음 중 더 적은 금액을 초과하는 경우, 재정 지원 진료비 할인 프로그램 수혜 대상자가 될 수 있습니다. 즉, (a) 이전 12개월간 환자 본인이나 가족이 지불한 환자의 의료비 증명서를 제출하는 경우, 환자 가구 소득의 10%(그 비용이 '병원' 내부에서 또는 외부에서 발생되었거나 지불되었든 상관 없이) 또는 (b) 병원에서 개인에게 발생된 연간 자기부담 비용이 환자의 현재 가구 소득 또는 지난 12개월간 가구 소득의 10%를 초과하는 금액.

환자의 의무

재정 지원 진료비 할인 프로그램 수혜 자격이 있는 환자들의 환자 부담 잔액은 줄어들게 됩니다. 제공된 병원 서비스에 대한 총 청구비에 할인이 적용됩니다. 진료비 할인 프로그램 수혜 대상인 환자의 납부 의무는 사례별로 결정이 되지만, 일반 청구 금액(AGB)을 초과하지 않으며, 이는 서비스를 제공하여 Medicare 또는 Medicaid로부터 병원이 받을 것으로 예상되는 금액 중 큰 금액('할인된 납부 최대 금액')에 해당됩니다. 보험이 있는 수혜 대상 환자는 병원이 보험회사로부터 받는 금액과 할인된 납부 최대액 간 차액에 해당하는 금액을 납부해야 합니다. 보험회사가 지급하는 금액이 할인된 납부 최대액을 초과하는 경우, 환자는 더 이상 지불 의무가 없습니다.

재정 지원 진료비 할인 프로그램에는 할인된 가격을 장기간 납부할 수 있도록 무이자 장기 분할 납부도 포함되어야 합니다. '병원'과 환자는 환자의 가구 소득과 필수 생계비를 고려하여 장기 분할 납부 조건에 대해 협의해야 합니다. 환자와 '병원'이 납부 계획에 대해 합의가 되지 않을 경우, '병원'은 캘리포니아주 보건안전법 127400항의 하위조항 (i)에 기술되어 있는 공식을 사용하여 합당한 납부 방식을 마련해야 합니다.



La Palma Intercommunity Hospital

연방 빈곤선은 HHS 빈곤선 지침에 의해 결정되고, 미국 법전 42조 9902항의 하위 조항 (2)에 따라, 미 보건복지부가 연방 관보에 주기적으로 업데이트하고, <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 사이트에서 볼 수 있습니다.

자세한 정보나 재정 지원 신청서가 필요하시면, 저희에게 연락해주시요.

714-229-5732

La Palma Intercommunity Hospital

7901 Walker St

La Palma, CA 90623

[모든 퇴원 후 청구서에 동봉되는 안내문]

자선 진료 및 진료비 할인 프로그램

보험이 없거나 불충분하고 중저소득의 일정 요건을 충족하는 환자는 진료비 할인 또는 자선 진료 수혜 대상이 될 수 있습니다. 할인 또는 무료 진료를 원하는 환자는 '병원'이 검토하도록 신청서를 제출해야 합니다. 재정 지원 수혜 대상인 환자에게는 응급 또는 의학적으로 필요한 진료에 대해, 진료비 보장이 되는 보험을 가진 사람에게 일반적으로 청구되는 금액보다 더 많은 금액이 청구되지 않습니다. 자세한 정보, 서류 사본, 또는 신청 과정에 도움이 필요하시면 714-229-5732로 '병원'에 전화하시거나 <https://lapalmaintercommunityhospital.com>에서 더 많은 정보를 확인하시기 바랍니다. 재정 지원 정책 문서는 우편으로 무료로 보내드리며 이 문서는 '병원' 진료를 받는 상당 수의 환자들이 사용하는 영어 외 언어로 제공됩니다. 응급실 의사와 병원 직원이 아닌 의사들도 자선 진료 또는 진료비 할인 프로그램을 제공할 수도 있습니다. 자세한 정보는 714-229-5732번으로 문의해주시요.

보험 증서를 제공하지 않은 환자에게 퇴원 후 청구서에 동봉되는 안내문

저희의 기록에는 귀하에게 건강 보험, Medicare, Medicaid, 주정부 지원 건강 보장 프로그램 또는 다른 유사한 프로그램에 의한 보장이 없는 것으로 나옵니다. 그러한 보장을 가지고 계신 경우, 저희가 정보를 입수하여 적절한 기관에 비용을 청구할 수 있도록 가능한 한 신속히 (714) 229-5732번으로 연락주시기 바랍니다.

건강 보험 보장이 없으신 경우, Medicare, Medicaid, 연방 건강 보험 마켓플레이스를 통해 제공되는 보장, 주 또는 카운티 자금 지원을 받는 건강 보장, 또는 Prime Healthcare 자선 진료 또는 진료비 할인 프로그램의 수혜 대상이 될 수 있습니다. 이러한 프로그램에 신청하는 방법에 관한 정보는 저희 사무소로 문의하시면 저희가 질문에 답해드리고 이러한 프로그램 신청서를 드립니다.

추심업체에 채무를 양도 또는 매각하기 전에 환자에게 보내는 병원 통지서
본 안내문과 함께 재정 지원 신청서를 동봉해주시요

이름: [환자 이름]

서비스 날짜: [서비스 날짜]

등록된 건강 보험 [이름과 플랜 유형을 기재하고, 없을 경우, ‘병원이 해당 정보를 가지고 있지 않음’을 기재하십시오.]

환자에게 재정 지원 안내문을 처음 보낸 날짜: [날짜]

환자에게 재정 지원 신청서를 처음 보낸 날짜: [날짜]

제출된 재정 지원 신청서에 대한 결정 날짜(해당 경우): [날짜 또는 ‘N/A(해당 없음)’]

저희 기록에는 귀하에게 상기 서비스 날짜와 관련된 미결제 환자 부담 잔액이 남아 있는 것으로 보입니다. 할인 또는 무료 진료를 원하는 환자는 본 안내문과 함께 동봉되어 있는 재정 지원 신청서를 작성해서 제출해주시요. 재정 지원 수혜 대상인 환자에게는 응급 또는 의학적으로 필요한 진료에 대해, 진료비 보장이 되는 보험을 가진 사람에게 일반적으로 청구되는 금액보다 더 많은 금액이 청구되지 않습니다. 자세한 정보를 원하시거나, 상기 서비스 날짜에 귀하에게 제공된 서비스에 대한 항목별 청구서를 받기를 원하시거나, 신청 과정에 도움이 필요하시면, 714-229-5732번으로 ‘병원’에 문의하시거나, 웹사이트 <https://lapalmaintercommunityhospital.com> 또는 7901 Walker St, La Palma, CA 90623으로 방문하실 수도 있습니다.

귀하에게 연락을 하려고 애를 썼지만, 환자 부담 잔액이 미지불 상태로 남아 있습니다. ‘병원’은 [추심업체 또는 부채 매입자의 이름]에 미결제 잔액을 양도하거나 매각 중입니다.

동봉 자료: 재정 지원 신청서