

재정 지원 정책

AdventHealth – 일리노이주 시카고 시설에만 해당

목적:

본 정책의 목적은 일리노이주 시카고 지역에 위치한 AdventHealth 시설에서 재정 지원을 관리에 관한 요건을 명시하기 위함입니다.

정책

저희 시설에서 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 데 있어 사회적으로 정의로운 관행을 보장하는 것이 이 단락 아래에 있는 조직(각각 "조직")의 정책입니다. 이 정책은 재정 지원이 필요하고 저희 조직으로부터 치료를 받는 환자의 재정 지원 수혜 자격에 대한 정보를 제공하기 위해 특별히 마련되었습니다.

본 정책은 AdventHealth 내의 다음 각 시설에 적용됩니다.

AdventHealth Bolingbrook
AdventHealth Glen Oaks
AdventHealth Hinsdale
AdventHealth LaGrange
AdventHealth 고용 의사 관행

- A. 모든 재정 지원은 개인의 인간 존엄성과 공동선에 대한 우리의 헌신과 존중, 빈곤층과 기타 취약 계층에 대한 특별한 관심과 연대, 분배 정의와 스튜어드십에 대한 우리의 헌신을 반영합니다.
- B. 본 정책은 고용 의사 서비스 및 행동 건강을 포함하여 조직에서 제공하는 모든 응급 상황 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 본 정책은 응급 진료가 아닌 진료 그리고 기타 의학적으로 필요한 진료에 대한 비용에는 적용되지 않습니다.
- C. *재정 지원 정책이 적용되는 제공자 목록*은 재정 지원 정책이 적용되는 서비스와 적용되지 않는 서비스를 지정하는 조직 시설 내에서 서비스를 제공하는 제공자 목록을 제공합니다.

정의

정책별 정의

- A. "501(r)"은 내국세법 501(r)항과 이에 따라 공포된 규정을 의미합니다.
- B. "일반 청구 금액(Amount Generally Billed)" 또는 "AGB"는 응급 진료 및 기타 의학적으로 필요한 진료와 관련하여 해당 진료를 보장하는 보험에 가입한 개인에게 일반적으로 청구되는 금액을 의미합니다.
- C. "커뮤니티(Community)"는 일리노이주를 의미합니다. 본 정책의 목적에 따라 "커뮤니티에 거주"한다는 것은 일리노이주 주민을 의미합니다. 즉, 일리노이주에 거주하고 일리노이주에 무기한 거주할 의사가 있는 사람을 의미하지만 건강 보험 혜택을 받기 위해 일리노이주로 이주한 사람은 포함되지 않습니다. 또한 환자가 필요로 하는 응급 치료 및 의학적으로 필요한 치료가 환자가 그러한 응급 치료 및 의학적으로 필요한 치료를 다른 AdventHealth 시설에서 받았고 해당 시설에서 그 치료에 대해 재정 지원을 받을 자격이 있었고 그 응급 치료 및 의학적으로 필요한 치료가 연속성이 있는 경우 환자는 저희 조직 커뮤니티의 구성원으로 간주됩니다.
- D. "응급 치료(Emergency Care)"란 즉각적인 치료를 받지 않으면 신체 기능에 심각한 장애가 발생하거나 신체 기관 또는 부위의 심각한 기능 장애가 발생하거나 건강이 심각한 위험에 처할 수 있을 정도로 심각한 급성 증상(심한 통증 포함)이 나타나는 의학적 상태를 치료하기 위한 치료를 의미합니다.
- E. "의학적으로 필요한 치료(Medically Necessary Care)"는 (1) 환자 상태의 예방, 진단 또는 치료에 적절하고 일관되며 필수적인 치료, (2) 환자의 상태에 대해 안전하게 제공될 수 있는 가장 적절한 서비스 제공 또는 수준의 치료, (3) 환자, 환자 가족, 의사나 간병인의 편의를 위해 제공되지 않으며, (4) 환자에게 해 보다는 득이 될 가능성이 더 높은 치료를 의미합니다. 향후 예정된 치료가 "의학적으로 필요한 치료"가 되려면 해당 치료와 치료 시기가 조직의 최고 의료 책임자(또는 지정인)의 승인을 받아야 합니다. 의학적으로 필요한 치료에 대한 결정은 환자에게 의료 서비스를 제공하는 면허가 있는 제공자에 의해 이루어져야 하며, 조직의 재량에 따라 입원을 시키는 의사, 의뢰하는 의사 및/또는 최고 의료 책임자 또는 기타 검토 의사에 의해 이루어져야 합니다(권장되는 치료 유형에 따라 다름). 본 정책의 적용을 받는 환자가 요청한 치료가 검토 의사에 의해 의학적으로 필요하지 않다고 판단되는 경우, 해당 결정은 입원 담당 또는 의뢰 의사의 확인을 받아야 합니다.

- F. "**조직(Organization)**"은 위 섹션 II에 명시된 대로 AdventHealth 및 본 재정 지원 정책의 적용을 받는 단체를 의미합니다.
- G. "**환자(Patient)**"란 조직에서 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 받는 사람과 환자 치료에 재정적 책임이 있는 사람을 의미합니다.
- H. "**추정 점수 계산(Presumptive Scoring)**"은 공공 기록을 포함할 수 있는 제3자 정보 출처 또는 재정 지원에 대한 환자의 적격성을 평가하는 기타 객관적이고 합리적이고 정확한 수단을 사용하는 것을 의미합니다.
- I. "**무보험 환자(Uninsured Patient)**"란 보장받을 수 있는 건강 보험이 없고 공공 또는 민간 건강 보험, 건강 혜택 또는 높은 디덕터블이 있는 건강 보험 플랜, 산재보험, 사고 책임 보험 또는 기타 제3자 책임 보험으로부터 혜택을 받을 수 없는 환자를 의미합니다.

필수 절차

A. 이 섹션에 설명된 재정 지원은 커뮤니티에 거주하는 환자에게만 적용됩니다.

1. 소득이 연방 빈곤층 소득("FPL")의 250% 이하인 환자는 추정 점수 계산(아래 5항에 설명)에 따라 자격이 있다고 결정되거나 환자의 첫 퇴원 청구서 발행 후 240일 이내에 재정 지원 신청서("신청서")를 제출하고 조직이 신청서를 승인하는 경우 보험사가 지불한 후 환자가 부담하는 비용의 일부를 100% 할인받을 수 있습니다. 환자가 첫 번째 퇴원 청구서 발행 후 240일 이후에 신청서를 제출하는 경우 최대 100%의 재정 지원을 받을 수 있지만, 이 범주에서 환자에게 제공되는 재정 지원 금액은 환자의 계좌에 지불된 금액을 뺀 후 환자의 미납 잔액으로 제한됩니다. 이 범주에서 재정 지원을 받을 자격이 있는 무보험 환자에게는 계산된 AGB 비용보다 더 많은 금액이 청구되지 않습니다.
2. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 소득이 FPL의 250%를 초과하지만 FPL의 600%를 초과하지 않는 무보험 환자는 제공된 서비스 요금의 해당 부분에 대해 차등 할인을 받게 됩니다. 보험이 있고 소득이 FPL의 250%를 초과하지만 FPL의 400%를 초과하지 않는 환자는 보험 플랜의 혜택 설명에 따라 환자가 부담하는 서비스 요금의 해당 부분에 대해 차등 할인을 받습니다. 이러한 할인은 환자가 첫 번째 퇴원 청구서를 받은 후 240일 이내에 신청하고 조직에서 신청을 승인한 후에 적용됩니다. 환자가 첫 번째 퇴원 청구서 발행 후 240일 이후에 신청서를 제출하면 차등 할인 재정 지원을 받을 수 있지만, 이 범주에서 환자에게 제공되는 재정 지원 금액은 환자의 계좌에 지불된 금액을 뺀 후 환자의 미납 잔액으로 제한됩니다. 이 범주에서 재정 지원을 받을 자격이 있는 무보험 환자에게는 계산된 AGB 비용보다 더 많은 금액이 청구되지 않습니다.

차등 할인은 다음과 같습니다. (FPL – 연방 빈곤 수준 소득)

무보험 환자 차등 할인	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

401% - 600% FPL	85%
-----------------	-----

보험에 가입된 환자 차등 할인	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

- 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 소득이 FPL의 600%(무보험자의 경우) 및 400%(보험이 있는 환자의 경우)를 초과하는 환자는 "자산 조사(Means Test)"에 따라 환자의 총 의료 부채에 기반해 조직의 서비스 요금 일부를 할인받을 수 있는 재정 지원을 받을 수 있습니다. 환자가 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 AdventHealth 및 기타 의료 서비스 제공자에게 진 의료비 부채를 포함한 총 의료비 부채가 해당 환자 가구의 총 소득과 같거나 더 많은 경우, 환자는 자산 조사에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있습니다. 자산 조사에 기반해 제공되는 재정 지원 수준은 환자의 첫 퇴원 청구서 발행 후 240일 또는 그 이전에 신청하고 해당 신청을 조직에서 승인하는 경우 위 2항에 따라 소득이 FPL의 600%(무보험자) 및 400%(보험이 있는 환자)인 환자에게 부여되는 것과 동일합니다. 환자는 환자의 첫 퇴원 청구서 발행 후 240일 이후에 신청서를 제출하는 경우 자산 조사 할인 재정 지원을 받을 수 있지만, 이 범주에서 환자에게 제공되는 재정 지원 금액은 환자 계정에 이미 지불된 금액을 뺀 후 환자의 미납 잔액으로 제한됩니다. 이 범주의 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게는 계산된 AGB 비용보다 더 많은 금액이 청구되지 않습니다.

또한, 2항에 명시된 대로 차등 할인을 받을 자격이 있는 무보험 환자의 경우 12개월 동안 징수액은 환자 가족 소득의 20%로 추가로 제한됩니다.
- 자산 테스트에 근거해 환자가 의료비를 지불할 충분한 자산을 보유하고 있다고 간주되는 경우 위의 1~3항에 설명된 재정 지원을 받을 자격이 없을 수 있습니다. 자산 테스트에는 FAP 신청서에서 계산된 자산 범주를 기반으로 환자의 지불 능력에 대한 실질적인 평가가 포함됩니다. 환자의 FPL 금액의 600%를 초과하는 자산을 보유한 환자는 재정 지원을 받을 자격이 없을 수 있습니다.
- 재정 지원 자격은 수익 주기의 어느 시점에서든 결정될 수 있으며, 환자의 첫 퇴원

청구서 이후 첫 240일 이내에 미납 잔액이 충분한 환자에 대해 추정 점수 계산을 사용하여 환자가 재정 지원 신청서("FAP 신청서")를 작성하지 않았어도 100% 자선 치료 자격을 결정하는 것이 포함될 수 있습니다. 추정 점수 계산에 기초한 자격 여부 결정은 추정 점수 계산이 수행되는 진료에만 적용됩니다.

다음 기준 중 하나 이상을 보이는 환자는 추정적으로 100% 자선 치료를 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다. 이러한 기준에는 노숙자, 재산 없이 사망, 환자를 대신할 사람이 없는 정신적 무능력 환자, Medicaid 자격(서비스 날짜에 자격 여부 또는 비보장 서비스의 경우가 아님), 조직이 현재 운영하지 않고 앞으로도 참여 제공자가 될 의도가 없는 다른 주에서 Medicaid 등록한 경우, Medicaid에 참여하지만 체류 기간 제한이 소진된 경우 등이 포함됩니다.

추가 필수 카테고리에는 다음 프로그램 등록이 포함됩니다. 여성, 유아 및 아동 영양 프로그램(WIC), 보충 영양 지원 프로그램(SNAP), 일리노이주 무료 점심 및 아침 식사 프로그램, 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP), 제한적인 저소득 재정 상태를 기준으로 평가하고 문서화하는 의료 서비스를 제공하는 조직화된 지역사회 기반 프로그램에 등록된 경우, 의료 서비스에 대한 보조금 지원을 받은 경우 등.

6. 조직이 "네트워크 외"로 간주하는 특정 보험 플랜에 가입한 환자의 경우, 조직은 환자의 보험 정보 및 기타 관련 사실과 상황을 검토하여 환자에게 제공될 수도 있었던 재정 지원을 줄이거나 거부할 수 있습니다.
7. 환자는 재정 지원 거부 통지를 받은 날로부터 14일 이내에 기관에 추가 정보를 제공하여 재정 지원 자격 거부에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 모든 이의 제기는 조직에서 검토하고 최종 결정을 내립니다. 최종 결정에서도 이전의 재정 지원이 거부가 타당한 것으로 확인되면 환자에게 서면 통지가 발송됩니다. 환자와 가족이 재정 지원 수혜 자격에 관한 조직의 결정에 대해 이의를 제기하는 절차는 다음과 같습니다.
 - a. 해당되는 경우 이의 제기는 환자 재정 서비스에 처음 접수되어서 검토를 하고 후속 질문을 하게 됩니다.

- b. 그런 다음 위원회는 매월 한 번 회의를 열어 모든 이의 제기를 검토합니다. 최소한 위원회에는 환자 재정 서비스, 의료 관리 및 재무 부서/최고 재무 책임자의 대표가 포함되어야 합니다.
- c. 이의 제기는 검토를 위해 월간 위원회 회의 전에 위원회 위원들에게 배포되어야 합니다.
- d. 환자 재정 서비스 담당자는 위원회 회의에 참석하여 각 사례를 논의하고 환자가 제공했을 수 있는 추가 의견을 제공해야 합니다.
- e. 위원회는 이의 제기 과정에서 신청자가 제시한 추가 정보와 요점에 특별한 주의를 기울여 신청자의 FAP 신청서를 검토합니다.
- f. 위원회는 이의 제기를 승인하거나, 승인하지 않거나, 보류할 수 있습니다. 위원회에서는 이의 제기 논의 중에 질문한 내용을 바탕으로 추가 정보가 필요한 경우 이의 제기를 상정할 수 있습니다.
- g. 환자 재정 서비스는 이의 제기 결과를 환자 또는 가족에게 서면으로 통지합니다.

B. 재정 지원을 받을 자격이 없는 환자를 위한 기타 지원

위에서 설명한 대로 재정 지원을 받을 자격이 없는 환자도 조직에서 제공하는 다른 유형의 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 완전성을 위해 이러한 다른 유형의 지원은 필요 기반이 아니며 501(r)의 적용 대상이 아니지만, 조직이 서비스를 제공하는 커뮤니티의 편의를 위해 여기에 포함시켰습니다.

1. 재정 지원을 받을 자격이 없는 무보험 환자에게는 해당 조직에서 최고 금액을 지불하는 지불자에게 제공되는 할인을 기준으로 할인이 제공됩니다. 가장 높은 비용을 지불하는 지불자는 금액 또는 총 환자 수익으로 측정했을 때 조직 인구의 최소 3%를 차지해야 합니다. 단일 지불인이 이 최소 수준의 금액을 차지하지 않는 경우, 평균화에 사용되는 지불 조건이 해당 연도 조직 비즈니스 규모의 3%

이상을 차지하도록 둘 이상의 지불자 계약을 평균화해야 합니다.

2. 재정 지원을 받을 자격이 없는 무보험 및 보험이 있는 환자는 즉시 비용을 지불하는 경우 할인을 받을 수 있습니다. 즉시 결제 할인은 바로 앞 단락에 설명된 무보험 할인에 추가로 제공될 수 있습니다.

C. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에 대한 비용 부과 제한

1. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 AGB를 초과하여 개별적으로 청구받지 않으며 그 외 모든 의료 서비스에 대해서 총 청구액을 초과해서 부과되지 않습니다. 조직은 "룩백" 방법을 사용하여 하나 이상의 AGB 비율을 계산하며, 501(r)에 따라 메디케어 행위별 수가제 및 조직에 청구액을 지급하는 모든 민간 의료 보험사를 포함합니다.
2. AGB 계산 설명 및 백분율의 무료 사본은 AdventHealth 웹사이트 <https://www.adventhealth.com/legal/financial-assistance-illinois>,에서 찾아보거나 844-652-0600으로 전화하거나, GLR.CustomerService@AdventHealth.com으로 이메일하거나 다음 주소로 서면으로 요청하실 수 있습니다.

AdventHealth Patient Financial Services
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 100
Bolingbrook, IL 60440

2023년 10월 29일이나 그 이후 방문에 대해서는 800-462-0490으로

전화하거나 다음 주소로 서신을 보내 문의하시기 바랍니다.

AdventHealth
Attn: Financial Assistance
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

D. 재정 지원 및 기타 지원 신청

환자는 추정 점수 계산 자격을 통해 재정 지원 자격을 얻거나 작성된 FAP 신청서를 제출하여 재정 지원을 신청할 수 있습니다. FAP 신청 및 FAP 신청 방법은 AdventHealth 웹사이트에서 확인하거나 844-652-0600번으로 전화하거나 GLR.CustomerService@AdventHealth.com으로 이메일을 하시거나 다음 주소로 서면으로 요청하실 수 있습니다.

AdventHealth Patient Financial Services
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 100
Bolingbrook, IL 60440

2023년 10월 29일이나 그 이후 방문에 대해서는 800-462-0490으로

전화하거나 다음 주소로 서신을 보내 문의하시기 바랍니다.

AdventHealth
Attn: Financial Assistance
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

AdventHealth 앱을 다운로드하고 계정을 생성하실 것을 권해 드립니다. 앱을 통해서 온라인으로 재정 지원을 신청할 수도 있습니다. AdventHealth 계정이 없다면 account.adventhealth.com/register/를 방문하세요.

조직은 무보험자가 재정 지원 자격을 갖추기 위해 재정 상담사와 협력하여 환자가 잠재적으로 자격이 있을 수 있다고 판단되는 메디케이드 또는 기타 공공 지원 프로그램에 신청할 것을 의무로 하고 있습니다(추정 점수 계산을 통해 자격이 있음이 확인되고 승인된 경우 제외). 환자가 FAP 신청서 또는 추정 점수 계산 자격 절차와 관련하여 허위 정보를 제공하는 경우, 환자가 제공받은 치료에 대해 지불할 의무가 있는 보험 회사에서 지급해야 하는 보험금 또는 직접 지급받을 권리를 양도하는 것을 거부하는 경우, 환자가 재정 상담사와 협력하여 재정 지원 자격을 얻기 위해 환자에게 잠재적으로 자격이 있다고 간주되는 메디케이드 또는 기타 공공 지원 프로그램 신청을 거부하는 경우(추정 점수를 통해 자격이 있고 승인된 경우 제외) 재정 지원이 거부될 수 있습니다.

조직은 현재 치료에 대한 적격성을 결정할 때 적격성 결정 날짜로부터 12개월 이내에 완료된 FAP 신청서를 고려합니다.

조직은 자격 결정일로부터 12개월 이상 전에 완료된 FAP 신청서는 고려하지 않습니다.

E. 청구 및 추심

미납 시 조직이 취할 수 있는 조치는 별도의 청구 및 추심 정책에 설명되어 있습니다. 청구 및 추심 정책의 무료 사본은 844-652-0600으로 전화하거나 GLR.CustomerService@AdventHealth.com으로 이메일을 보내 요청하시거나 다음 주소로 서면으로 요청하실 수 있습니다.

AdventHealth Patient Financial
Services Attention: Financial
Assistance Department 1000
Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

2023년 10월 29일이나 그 이후 방문에 대해서는 800-462-0490으로

전화하거나 다음 주소로 우편으로 문의하시기 바랍니다.

AdventHealth
Attn: Financial Assistance
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

F. 해석

본 정책은 모든 해당 절차와 함께 501(r)을 준수하기 위한 것이며, 특별히 명시된 경우를 제외하고는 이에 따라 해석 및 적용되어야 합니다.

참조 자료

- a. 재정 지원 신청 양식
- b. 쉽게 설명된 재정 지원 정책 요약본

- c. 재정 지원 정책에 따라 보장되는 제공자와 보장되지 않는 제공자 목록
- d. 일반적으로 청구되는 금액