


현재 상태	정책 번호	<b>06.03.04</b>
 시스템 정책에 대한 참조: <b>06.03.01</b> 청구 및 징수 정책  <b>11.00.00</b> 연방 및 주 정부 법 준수 1 개인 정보 보호 및 기밀 유지법, 정의	유효 일자:	2017년 12월 5일
	마지막으로 검토한 날짜:	2018년 6월 20일
	마지막 개정일:	<b>2020년 2월 19일</b> 2019년 9월 18일 2018년 6월 20일 2015년 1월 15일 2017년 6월 6일 2017년 12월 5일
	소유주:	Rich Adcock Chief Executive Officer
	정책 분야:	<input type="checkbox"/> 부서 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 병원 전체 <input checked="" type="checkbox"/> 시스템 전체
재정 지원 정책		

## I. 목적

본 금융 지원 정책(이하 “정책”)의 목적은 Verity 산하 병원에서 환자의 재정 상태와 관계없이, 환자와 환자 가족의 존엄성을 존중하는 형태로 보건 서비스와 응급 및 기타 의학적으로 필요한 진단 및 치료에 평등한 접근권을 제공하도록 보장하기 위해 작성되었습니다.

## II. 정책

Verity Health System of California, Inc.(이하 “Verity” 또는 “Verity Health”)에서는 부록 A에서 언급한 제후 병원(이하 “병원”)을 통해 자격이 있는 저소득, 보험 미가입 및 보험 혜택이 적은 환자 중 본문에 명시된 특정 자격 조건 요구사항에 부합하는 환자를 대상으로 자선 의료 서비스(Charity Care) 또는 지급액 할인(Discounted Payment) 혜택을 제공합니다. 본 정책은 Verity 병원의 사명, 캘리포니아 보건 및 안전 규정에 명시된 요구사항, 2015년 12월 3일자로 캘리포니아주 검찰청에서 발행한 관련 조건을 “구조 조정 및 지원 계약”과 내국세입법 Section 501(r) 및 그와 같은 요구사항을 시행하는 데 관한 각종 규정에 따라 채택된 것입니다. 본 정책은 응급실 전문의, 마취 전문의, 방사선 전문의, 입원 환자 전문의, 병리학자 등 병원 청구서에 서비스 내역이 포함되지 않는 전문의 또는 기타 의료 서비스 제공자에게는 해당되지 않습니다. 본 정책이 적용되는 병원 부서 목록은 부록 E를 참조하십시오.

### III. 정의

일반적으로 청구되는 금액(**Amount Generally Billed, “AGB”**)이란 본 재정 지원 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 청구할 수 있는 최대 청구액을 의미합니다. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게는 환자에게 제공되는 유자격 서비스(아래 정의 참조)에 대한 AGB 이상의 금액을 청구하지 않습니다. Verity Health 에서 AGB 를 계산하는 방식은 시설별로 각기 다르며, “룩백(look-back)” 방식을 사용합니다. 이때 당사에서 제공하는 유자격 서비스에 대한 총 요금(아래 정의 참조)에 AGB 백분율을 곱하여 산정하며, 백분율은 Medicare 서비스 비용(Medicare Fee for Services, FFS)에 따라 과거 청구 내역을 근거로 결정됩니다. Verity Health 의 AGB 백분율과 AGB 백분율의 계산 방법은 부록 B1 의 AGB 계산법에 기재되어 있습니다.

자선 의료 서비스(**Charity Care**)란 소득이 연방 정부 빈곤층 기준의 200% 이하인 재정적으로 자격이 있는 환자를 대상으로 무상 제공되는 의학적으로 필요한 서비스를 말합니다.

지급액 할인(**Discounted Payment**)이란 병원 측에서 소득이 연방 정부 빈곤층 기준의 201~350%(해당 금액 포함) 사이인 재정적으로 자격이 있는 환자를 대상으로 의학적으로 필요한 서비스를 제공할 때 예상 지급액을 제한해야 한다는 말입니다.

필수 생활비(**Essential Living Expenses**)란 다음과 같은 항목에 소비하는 지출 금액을 말합니다. 임대료 또는 주택 대금 및 유지관리비, 식비 및 가정용 소모품, 전기, 수도, 가스 및 전화 요금, 의류, 의료 및 치과 지급액, 보험료, 학비 또는 보육비, 양육비 또는 배우자 수당, 교통비 및 자동차 관련 지출(보험, 연료 및 수리비 포함), 할부 납입액, 세탁 및 청소를 비롯한 기타 추가 지출 등.

연방 정부 빈곤층(**Federal Poverty Level, “FPL”**)이란 미국 보건 및 복지 사업부에서 연방 등록부에 매년 업데이트하는 빈곤층 기준 지침으로 정의합니다. 최신 Verity FPL 지침은 부록 B2 를 참조하십시오. Verity 수익 사이클 관리(**Revenue Cycle Management, RCM**) 부서에서 연방 등록부에 업데이트된 최신 빈곤층 기준 지침이 발행되면 그에 따라 FPL 지침 을 업데이트합니다.

재정적으로 자격이 있는 환자(**Financially Qualified Patient**)는 다음 두 항목을 모두 만족하는 환자를 의미합니다.

1. 본인 부담 환자 또는  
고액 진료비 환자
2. 가계 소득이 연방 정부 빈곤층 기준의 350%를  
초과하지 않는 환자

총 요금(**Gross Charges**)은 제공된 모든 서비스에 대해 환자 계좌에 청구되는 총액을 말합니다.

병원(**Hospital**)을 대문자로 표기했을 때 이는 부록 A 의 목록에 기재된 Verity 제휴 병원 중 한 곳을 가리킵니다.

소득(**Income**)에는 임금, 급여, 소셜 시큐리티 지급금, 공공 지원, 실업 보상 및 산재 보험금, 퇴역 군인 수당, 자녀 양육비, 별거 수당, 연금, 일반 보험금 및 연금 지급금, 부동산 및 신탁으로부터의 소득, 은행 인출금, 부동산 또는 저당 자산 매각 및 일회성 보험금이나 보상금 지급금 등을 포함하며 이에 국한되지 않습니다.

의학적으로 필요한 서비스(**Medically Necessary Service**)는 환자를 치료 또는 진단하기 위해 응급 서비스 또는 여타 형태로 필요하여 생략하면 환자의 증상, 질병 또는 상해에 좋지 않은 영향을 미칠 수 있는 서비스 및 선택적이거나 미용 성형을 위한 수술 서비스 또는 치료로 간주하지 않는 서비스 또는 치료로서 병원에서 제공하거나 병원에서 요금을 청구하는 서비스 또는 치료를 말합니다.

고액 진료비 환자(**Patient with High Medical Costs**)란 가구 소득이 연방 정부 빈곤층 기준의 350%를 초과하지 않는 개인입니다. "고액 진료비"란 다음과 같은 항목을 말합니다.

1. 환자의 이전 12 개월에 해당하는 가구 소득의 10%를 초과하는 병원의 개인이 지불하게 되는 연간 본인 부담 의료비
- 연간 본인 부담 의료 비용이 환자 가구 소득의 10%를 초과하는 경우(단, 환자가 환자나 환자의 가족이 이전 12 개월 동안 환자의 의료 비용을 지불했음을 보여 주는 서류를 제공해야 함)

환자 가족(**Patient's Family**)의 의미는 다음과 같습니다.

1. 만 18 세 이상인 경우:
  - a. 배우자
  - b. 동거인(캘리포니아 가족법 Section 297 의 정의에 따름)
  - c. 만 21 세 미만의 부양 자녀(자택 거주 여부 무관)
2. 만 18 세 미만인 경우:
  - a. 부모
  - b. 친척 보호자
  - c. 해당 부모 또는 친척 보호자의 만 21 세 미만인 다른 자녀

본인 부담 환자(**Self-Pay Patient**)란 의료보험, 의료 서비스 제도, Medicare 또는 Medi-Cal 등으로부터 제 3 자 보장을 받지 않으며 상해가 산재보험, 자동차 보험 또는 기타 보험 목적으로 보상 가능한 상해가 아닌 환자(병원 측 판단 및 서류 기록에 따름)를 말합니다.

합당한 지불 계획(**Reasonable Payment Plan**)이란 필수 생활비 공제액을 제외하고 한 달간 환자 가계 소득의 10%를 초과하지 않는 선에서의 월별 납입금액을 말합니다.

## IV. 자격 조건

### A. 자격 조건 서비스

1. 자선 의료 서비스 및 지급액 할인 프로그램은 병원에서 제공하거나 병원 측에서 청구하는 모든 유형의 병원 서비스에 적용되며, 여기에는 본 섹션의 용어에 따른 의학적으로 필요한 서비스가 포함되며 이에 국한되지 않습니다. 병원에서 제공하거나 병원 측이 청구하는 것이 아닌 서비스는 본 정책의 적용 대상이 아닙니다.
2. 의학적으로 필요한 서비스 외의 서비스는 본 정책의 적용 대상이 아닙니다. 다만 해당 서비스 또는 시술이 Verity 제휴 병원의 의료진에 속하는 전문의가 지시한 것인 경우는 예외입니다.
3. 응급실 전문의로서 응급 처치를 제공하는 병원에서 응급 의료 서비스를 제공하는 사람은 법률에 따라 자기 부담 환자 및 연방 정부 빈곤층 기준의 350% 미만에 속하는 고액 의료비가 청구되는 환자에게 할인율을 적용해야 합니다. 응급 서비스 관련 재정 지원 프로그램에 관련한 자세한 정보는 환자가 응급실 전문의의 원무과에 문의해야 합니다.

### B. 일반 자격 조건

1. 본 정책에 따른 자선 의료 서비스 또는 지급액 할인의 자격 조건은 개별적인 사례별로 판단하며 환자 및/또는 가족의 필요, 재정적 자원 및 의료비를 포함한 모든 재정적 의무 사항을 기준으로 판단합니다.
2. 자선 의료 서비스 및 지급액 할인은 인종, 종교, 피부색, 신념, 연령, 성별, 성적 지향, 출신 국가 또는 이민 상태 등과 관계없이 재정적으로 자격에 부합하는 모든 환자에게 제공됩니다.
3. 자선 의료 서비스 또는 지급액 할인 자격 조건을 판별하기 위해 검토하는 금전적 자산에는 은행 계좌 및 상장 주식 등 현금 전환이 용이한 자산은 포함되지만 부동산과 같은 비유동 자산은 포함되지 않습니다. 금전적 자산에는 또한 내국세입법 또는 자격에 부합하지 않는 거치 보상 제도에 따라 요건에 부합하는 은퇴 또는 이연 보상 제도 등이 포함되지 않습니다. 또한 환자의 금전적 자산 중 첫 \$10,000는 자격 조건을 판별할 때 감안해서는 안 되며, 환자의 금전적 자산에서 첫 \$10,000를 넘는 자산의 50%도 자격 조건을 판별할 때 감안할 대상이 아닙니다. 그럼에도 불구하고, 병원 측에서는 환자 또는 환자 가족으로부터 병원 측에 금융 또는 상업적 기관이나 그러한 금전적 자산을 보유 또는 관리하는 여타 법인으로부터 확인을 위한 증빙 정보를 획득할 권한을 허가받기 위해 포기 각서 또는 면책 각서 등을 획득해야 합니다.
4. 환자가 자선 의료 서비스 프로그램 또는 지급액 할인 프로그램 자격 조건을 인정받으려면, 우선 이용 가능한 모든 자원을 맨 처음으로 적용해야 합니다. 여기에는 민간 건강 보험(California Health Benefit Exchange)를 통해 제공되는 보장 보험 포함), Medicare, Medi-Cal, Healthy Families Program, 캘리포니아 아동 서비스(California Children's Services, CCS) 프로그램 또는 의료비 보장을 제공하기 위해 마련된 기타 주정부 또는 카운티 자금 지원 프로그램 등을 포함하며 이에 국한되지 않습니다.

5. 현재 캘리포니아 외 다른 주에서 Medicaid 수당을 받을 자격이 있는 환자의 경우, 병원 측에서 환자의 거주지 주 Medicaid에 등록되지 않았더라도 본 정책에 따라 100% 재정 할인 혜택을 받을 자격이 있습니다.
  6. 자선 의료 서비스 프로그램 및 지급액 할인 프로그램에 대한 자격 조건을 판별하려면 환자와 그 가족이 전적으로 협력하여 필수 증빙 서류 및 정보를 적절한 시점에 제시 및 작성해야 합니다. 본 정책에 따른 자격 조건 판별을 요청하는 사람이 병원 측에서 자격 조건을 판별하기 위해 필요한 합당한 정보를 제시하지 못하는 경우, 해당 병원에서 그러한 사실로 인해 결정을 내리지 못하는 것으로 간주할 수 있습니다.
- C. 구체적인 자격 조건. 환자는 아래와 같은 섹션 C.1 또는 섹션 C.2에 설명된 것과 같이 재정적 지원을 신청하면 됩니다.
1. 지급액 할인 프로그램. 자기 부담 환자 및 고액 의료비가 청구되는 환자 두 유형 모두 지급액 할인 프로그램을 신청할 자격이 있습니다.
    - a) 자기 부담 환자: 가계 소득이 연방 정부 빈곤층 기준의 201~350%(해당 금액 포함) 범위에 속하는 자기 부담 환자의 경우, 각 병원에서는 병원 측에서 제공한 서비스에 대한 예상 지급액을 (A) 내국세입법의 Section 501(r)을 시행하는 관련 규정에서 정의된 “록백 방식”에 따라 병원 측에서 계산한 AGB 또는 (B) 병원 측에서 Medicare, Medi-Cal, Healthy Families Program 또는 해당 병원이 참가하는 다른 정부 후원 방식 의료비 혜택 제도의 건강 프로그램에서 수령할 것으로 예상되는 최고 금액 중 적은 쪽을 기준으로 제한해야 합니다. 일반적으로 청구되는 금액은 부록 B1을, 재정 지원 수입에 따른 차등 지불제에 대한 내용은 부록 B2를 참조하시기 바랍니다.
    - b) 고액 의료비가 청구되는 환자: 고액 의료비가 청구되는 환자가 증거서류로 입증된 소득이 연방 정부 빈곤층 기준의 201~350%(해당 금액 포함) 범위에 속하는 경우, 각 병원은 병원 측에서 제공한 서비스에 대한 예상 지급액을 (i) 적용되는 각종 보험 지급금을 감안한 후의 잔액 또는 (ii) 위의 섹션 C.1.a에 따라 계산한 비율 중 적은 쪽을 기준으로 제한해야 합니다.
      - (1) 해당되는 비율이 결정되고 나면, 병원 측은 부록 B2에 명시된 수입에 따른 차등 지불제를 적용합니다.
      - (2) 지급액 할인을 원하는 환자의 경우 병원에 소득 증거서류(최근 급여 명세서 또는 소득세 신고서에 한함) 및 의료비 혜택 적용범위 등의 증거를 제시하기 위해 합당한 노력을 해야 합니다. 고액 의료비가 청구되는 환자의 경우, 이외에도 지난 12개월간 환자 본인 또는 그 가족이 지불한 의료비 증거서류를 제시해야 합니다.

- (3) 한 개인이 지급액 할인 프로그램의 혜택을 받을 자격이 있는것으로 판단되면 해당 개인에게는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스에 따른 보장을 제공하는 보험에 가입된 사람에게 일반적으로 청구되는 금액 이상의 비용을 청구하지 않습니다.

- 2. 자선 의료 서비스 프로그램. 병원에서는 요금을 지불할 수 없는, 재정적으로 자격이 있는 환자를 대상으로 자선 의료 서비스(예: 무상 의료 서비스)를 제공합니다. 이때 해당 환자의 소득이 연방 정부 빈곤층 기준의 200% 이하여야 합니다. 자선 의료 서비스를 원하는 환자는 반드시 병원 측에 상기 B.2 에 설명된 대로 금전적 자산의 증빙 서류를 제시하기 위해 합당한 노력을 해야 합니다.

## V. 신청 절차

### A. 요건 통보

- 1. 우편 통보. 각 병원에서는 부록 C에 명시된 대로 본 정책에 따른 자선 의료 서비스 및 지급액 할인 서비스의 이용 가능성에 대한 정보를 환자 수가 많은 모든 지역에서 우편으로 발송합니다. 여기에는 입원 및 등록 지역, 응급실 부서, 외래 환자 상황 및 환자 재정 서비스 사무소 등이 포함됩니다.
- 2. 서면 통보. 각 병원에서는 환자에게 자격 조건은 물론 본 정책에 관한 추가적인 정보를 얻을 수 있는 병원 직원 또는 담당 사무국의 연락처 정보까지 포함하여 자선 의료 서비스 및 지급액 할인 프로그램에 관한 정보를 담은 서면 통보를 제공합니다. 이 서면 통보는 응급 및/또는 외래 환자 의료 서비스를 받는 환자로서 그러한 의료 서비스에 대한 요금이 청구되지만 입원 환자로 입원 수속을 하지 않은 환자에게도 제공됩니다. 통보서는 영어 및 기타 언어로 제공되며, 제공 언어의 종류는 각 병원의 주 서비스 지역과 관련 연방 및 주정부 법에 따라 다릅니다. 각 병원에서는 그와 같은 통보를 수령했다는 환자의 영수증으로서 서면 확인서를 보관해야 합니다.
  - a) 본 정책, 신청서 및 본 정책의 평문 요약문을 웹사이트에 게재하여 광범위하게 이용할 수 있도록 제공해야 하며, 각 병원에서 서비스를 제공하는 지역 사회 구성원에게 내국세입법의 **Section 501(r)** 산하 규정에 따라 이러한 사실을 알려야 합니다.
- 3. 청구 명세서. 병원 청구 명세서에서는 정부에서 후원하는 각종 프로그램 및 자선 의료 서비스와 지급액 할인 프로그램을 이용할 수 있는 사실을 자격이 있는 환자 및 청구 당시 보장 증빙 서류를 제시하지 않은 모든 환자에게 전달해야 합니다. 각 병원에서는 환자의 청구서에 다음과 같은 정보를 제공해야 합니다.
  - a) 병원에서 제공하는 서비스에 대해 청구된 요금 명세서
  - b) 해당 환자가 의료보험(Medicare, Healthy Families, Medi-Cal 또는 기타 보장 보험 포함)에 가입되어 보장을 받을 수 있는지 병원에 알리는 요청서

- c) 환자가 정부에서 후원하는 보장 혜택을 받기 위해 신청서를 얻는 방법 및 병원에서 그러한 신청서를 제공한다는 사실을 나타내는 명세서
- d) 환자가 병원의 재정 지원 정책에 관한 정보를 얻을 수 있는 병원 담당 직원의 이름과 전화번호 및 그러한 정책에 따라 지원을 신청하는 방법, 본 정책의 사본으로 이동하는 링크를 포함한 시설 웹사이트의 웹사이트 주소, 본 정책의 평문 요약문과 본 정책에 따른 재정 지원을 요청하기 위한 신청서 양식

**B. 재정적으로 자격이 있는 환자에 대한 식별.**

1. 각 병원의 재정 자문 또는 의료비 혜택 리소스 센터(Health Benefits Resource Center, “HBRC”) 직원은 환자 또는 환자의 대리인으로부터 민간 또는 공공 의료보험이나 후원 제도로 병원에서 환자에게 의료 서비스를 제공함으로써 발생한 요금을 전액 또는 일부 보장받을 수 있는지 정보를 획득하기 위해 합당한 노력을 합니다.
2. 각 병원의 재정 자문 및 HBRC 직원이 정부 후원 프로그램 및 자선 의료 서비스나 지급액 할인 프로그램에 관해 이해하고 이를 신청하는 과정에서 환자를 지원합니다.
3. 각 병원에서는 등록 지역과 PFS 부서 사무실에서 Medi-Cal, Healthy Families Program, California Health Benefit Exchange 및 보험 미가입 환자에게 제공되는 여타 주정부 또는 카운티 자금 지원 방식의 의료비 보장 제도에 관한 정보와 신청서를 제공합니다. 환자가 제 3의 지급인으로부터 보장을 받는다는 사실을 명시하지 않거나 할인 가격을 요청하지 않는 경우, 각 병원에서 환자에게 해당하는 정부 프로그램 신청서를 제공합니다. 그러한 신청서는 퇴원하기 전(환자가 입원한 경우) 또는 응급 치료나 외래 환자 의료 서비스를 받은 환자에게 제공됩니다.
4. 환자가 본 정책에 따른 자선 의료 서비스 또는 지급액 할인을 신청하는 동시에 다른 의료비 보장 프로그램을 신청하거나 이미 신청하여 처리를 대기 중인 경우, 한쪽을 신청한 사실이 다른 프로그램에 대한 자격 조건을 제한하지 않습니다.

**C. 신청 절차.**

1. 본 정책에 따른 자선 의료 서비스 또는 지급액 할인을 위해 환자 자격 조건 평가를 시작할 수 있도록 부록 D에 명시된 재정 지원 신청서가 환자는 환자의 담당 전문의, 가족 구성원, 지역 사회 또는 종교 단체, 사회 복지 서비스 또는 병원 직원을 통해 자선 의료 서비스 또는 지급액 할인 프로그램에 추천을 받을 수 있습니다.
2. 자선 의료 서비스 및 지급액 할인 프로그램에 대한 자격을 인정받으려면 환자, 환자의 보증인 또는 환자의 법적 대리인이 정확한 정보를 제공하고 필요한 모든 증거서류를 제시하기 위해 합당한 노력을 기울여야 합니다. 본 정책에 따른 자격 조건 판별을 요청하는 사람이 병원 측에서 자격 조건을 판별하기 위해 필요한 합당한 정보를 제시하지 못하는 경우, 해당 병원에서 그러한 사실로 인해 결정을 내리지 못하는 것으로 간주할 수 있습니다.

3. 불완전한 재정 지원 신청서는 해당 환자에게 신청을 완료하기 위해 필요한 추가 및/또는 누락 정보를 확인하는 편지를 보낼 때까지 정보 부족으로 인해 거부하지 않습니다. 또한 그러한 편지에는 요청한 정보를 수령하지 못한 경우 신청서를 거부하게 될 기한도 명시해야 합니다. 그러한 기한은 해당 통보서를 수령한 후, 거기에서 언급한 정보를 제공할 수 있도록 합당한 시간적 여유를 감안하여 정해야 합니다.
4. 환자가 신청서를 온전하게 작성하지 못하거나 신청서에 불충분한 정보가 포함되어 있는 경우 및 환자가 상기에 언급된 요청에 응하지 않는 경우, 해당 병원은 환자 계좌에 징수 전 상태를 보내기 전에 위험 평가 채점 소프트웨어 알고리즘을 활용하여 추정 자격 조건을 판별합니다. 해당 소프트웨어는 사외 감사 기관에서 검증을 거친, 업계에서 전반적으로 허용되는 제품이어야 합니다.
5. 병원 HBRC 직원이 재정 지원 신청자가 내원한 동안 Medi-Cal 추정 자격 조건을 알려줍니다.
6. 자선 의료 서비스 또는 지급액 할인에 대한 자격 보전은 각 입원 건에 따라 유효성을 인정합니다. 자격이 있는 환자에게는 이후의 입원에 대해 재정 상태에 변화가 없음을 증명하거나 재정 상태의 변동 상태를 반영한 업데이트된 정보를 제공할 것을 요청합니다(경우에 따라).
7. 재정 지원 신청서에 환자의 재정적 자원 및 가계 소득을 입증하기 위해 사용하는 증거서류에는 다음과 같은 서류가 포함되며 이에 국한되지 않습니다.
  - a) 최신 급여 명세서, 소득세 신고서, 소셜 시큐리티, 장애 또는 실업 수당 수표 또는 수여 서신 사본
  - b) Medi-Cal 결정/거부 통보서 사본
  - c) 환자 본인 및 환자가 만 18 세 이상인 경우 환자의 배우자 또는 동거인, 만 21 세 미만의 부양 자녀(주택 거주 여부 무관)의 가계 소득, 환자가 만 18 세 미만인 경우 환자, 환자의 부모, 후견인 또는 친척 보호자 및 여타 만 21 세 미만의 자녀(주택 거주 여부 무관)의 소득 감안
8. 신청서를 수령하는 시점을 기준으로(불완전한 신청서도 포함) 요금 징수 업무는 일시적으로 중지되며 적격 여부 판정 절차를 진행하는 동안 일시 중지 상태로 유지됩니다.
9. 병원에서는 VHS 정책/절차 11.0, 1996 년 제정된 건강 보험 이동성 및 책임법에 따라 모든 신청서와 입증 서류를 기밀 정보로 취급합니다.
10. 자선 의료 서비스 또는 지급액 할인에 대한 자격 조건은 언제든지 환자의 자격 조건에 대한 정보를 이용할 수 있을 때 병원 측에서 판단합니다. 첫 번째 환자 청구서가 발부된 날을 기점으로 240 일이 경과한 후 접수된 신청서의 경우 수익 사이클 부서 부사장의 승인을 받아야 합니다.



D. 자선 의료 서비스 또는 지급액 할인 결정 통보서.

1. 병원의 HBRC 부서에서 작성이 완료된 재정 지원 신청서(각종 필수 증빙 서류 포함)를 수령한 후 삼십(30) 일 이내에 환자 또는 환자의 대리인에게 적격 여부 판정 결과를 알립니다.
2. 자선 의료 서비스 또는 지급액 할인 적격성 판단에 관한 통보서는 환자 또는 그 대리인에게 우편으로 발송합니다. 이 통보서에는 환자에게 받아야 하는 금액과 환자 계좌에 적용된 대금 할인액(있는 경우)을 기재합니다.
3. 환자 또는 그 대리인은 병원 측의 판정 통보서를 받은 날짜를 기준으로 삼십(30) 일 내에 HBRC 책임자에게 소득 증빙서류 또는 정상 참작이 될 만한 상황 등의 추가 정보를 제공하여 판정에 이의를 제기할 수 있습니다. 병원 HBRC 책임자는 모든 이의 제기를 검토하여 결정을 내립니다. 환자 또는 그 대리인에게 그 결과를 알립니다.

E. 지급 기한 연장 계획.

1. 지급액 할인을 받을 자격이 있는 환자는 병원 측과 협력하여 한 달간 환자 가구 소득의 10%를 초과하지 않는 월별 납입금액을 제외하고(필수 생활비 공제액 제외) 지급 기한 연장 계획을 수립합니다. 병원과 환자 양측이 동의하는 지급 기한 수립할 수 없는 경우, 병원 측이 주도하여 합당한 지급 계획을 수립합니다. 그러한 지급 계획에는 이자가 없어야 하며 아래의 표를 근거로 해야 합니다.

계좌 잔액	개월 수
\$250 미만	4 개월
\$250.01-\$500	6 개월
\$500.01-\$1,000	10 개월
\$1,000.01-\$2,500	12 개월
\$2,500.01-\$5000	24 개월
\$5,000.01 이상	36 개월

2. 지급액 할인을 받을 자격이 있는 환자는 해당 지급 계획을 지키기 위해 신의성실을 다하여 노력해야 합니다. 양측이 합의한 지급 계획을 어기는 경우 환자는 언제든지 PFS 부서에 그러한 사실을 전달해야 합니다.
3. 병원에서는 환자가 90 일의 기간 동안 연이어 대금을 납입하지 못하는 경우 지급 기한 연장 계획(합당한 지급 계획 포함)을 무효로 선언할 수 있습니다. 지급 기한 연장 계획을 무효로 선언하기 전에 병원, 징수 대행기관 또는 피지정인은 환자에게 전화 연락을 취하거나 해당 지급 기한 연장 계획이 무효가 될 수 있다는 사실을 기재한 서면 통보를 전달하고 환자에게 지급 계획 약관을 다시 협상할 수 있다는 점을 안내하는 등 합당한 시도를 해야 합니다.
4. 양측이 동의한 지급 계획에 변동 또는 편차가 발생하는 경우 이는 VHS 수익 사이클 부서 부사장의 승인을 받아야 합니다.

**VI. 재정적으로 자격이 있는 환자의 징수 방식**

- A. 각 병원에서는 환자의 채무를 징수하기 위해 선지급하는 시점과 그 근거가 되는 원칙을 명시한 서면 청구 및 징수 정책을 유지관리해야 합니다. 또한 그러한 징수 업무를 병원, 병원의 제휴 기관 또는 자회사나 외부 징수 대행업체 중 어느 주체로 실시하는지도 명시해야 합니다. 각 병원에서는 그와 같은 청구 및 징수 정책의 사본을 일반 대중이 병원 고객 서비스 부서에 전화하거나, [www.verity.org](http://www.verity.org) 에 방문하여 Verity 병원 정보를 열람하는 방식으로 무상으로 이용할 수 있도록 해야 합니다. 각 병원의 정책은 Verity Health System 의 청구 및 징수 정책(정책/절차 # 06.03.01)을 따라야 합니다. 재정적으로 자격이 있는 환자(Financially Qualified Patient)에 대한 모든 징수 관행은 정책/절차 # 06.03.01 에 부합해야 합니다.

**VII. 참고**

- A. 캘리포니아 보건 및 안전법 §§ 127400–127446(병원 공정 가격 정책) 및 §§ 127450–127462(응급 의료 전문의 공정 가격 정책)
- B. 캘리포니아 가족법 § 297(정의: 동거인(Domestic Partner))
- C. 미국 보건 및 복지 사업부, 빈곤 지침(<http://aspe.hhs.gov/poverty/> 참조)
- D. 내국세입법 § 501(c)(3)(비과세 조직)

**VIII. 시행 및 검토**

- A. 본 정책은 VHS 대표이사 및 CEO, 병원 대표이사 및 CEO 와 VHS 수익 사이클 부서 부사장이 시행합니다.
- B. 본 정책의 준수 여부 및 개연성은 VHS 대표이사 및 CEO, 병원 대표이사 및 CEO 와 VHS 내 수익 사이클 부서 부사장이 매년 검토합니다.

**IX. 부록**

- A. Verity 제휴 병원
  - B1. 일반적으로 청구되는 금액
  - B2. 재정 지원 수입에 따른 차등 지불제
- C. 환자 통보서
- D. 재정 지원 신청
- E. Verity 제휴 병원 부서 목록

부록 A1  
**VERITY** 제휴 병원

ST. FRANCIS MEDICAL CENTER  
3630 EAST IMPERIAL HIGHWAY  
LYNWOOD, CA 90262

SETON MEDICAL CENTER  
1900 SULLIVAN AVENUE  
DALY CITY, CA 94015

부록 A2

자선 의료 서비스 및 지급액 할인  
프로그램

모든 재정 지원 신청서 및 증빙서류는 다음 주소로 우편 발송하십시오.

- Verity Health System  
Attn: Health Benefit Resource Center (HBRC)  
1900 Sullivan Avenue  
Daly City, CA 94015

재정 지원에 관한 모든 궁금한 사항은 다음 전화번호로 문의하십시오.

- (888) 874-2585

**부록 B1**

일반적으로 청구되는 금액 계산

Verity Health System에서는 재정 지원 정책(Financial Assistance Policy, FAP)에서 개괄적으로 명시한 자격 조건에 부합하는 환자에게 재정 지원 및 자선 의료 서비스를 제공합니다. 환자의 계좌가 본 정책에 따른 재정적 지원 조정액만큼 감소한 후에는 해당 환자/보증인에게 나머지 미납 채무를 지불할 책임이 부과됩니다. 이 나머지 금액은 응급 또는 의학적으로 필요한 의료 서비스에 대한 보험에 가입한 사람을 대상으로 일반적으로 청구되는 금액(Amounts Generally Billed, AGB) 이상이어서는 안 됩니다. Verity Health System에서는 “룩백” 방식을 활용하여 AGB를 결정합니다. AGB 백분율은 이전 회계 연도(7월 - 6월)의 퇴원 날짜에 대해 Medicare 서비스 비용(Medicare Fee for Services, FFS)에서 허용되는 청구 금액으로 계산합니다. 이러한 청구에 대해, 허용 가능한 환급 금액 전액의 합을 관련 총 청구액으로 나눕니다. AGB 백분율은 매년 7월 1일을 기준으로 적용합니다.

일반적으로 청구되는 금액 - Medicare FFS 만 해당		
유효일 2019년 6월 30일		
일반적으로 청구되는 금액		
<i>병원</i>	입원 환자	외래 환자
Seton	14.00%	10.00%
Coastside	해당 없음	10.00%
St. Francis	21.00%	8.00%
Source: Reimbursement Department		

**부록 B2**

재정 지원 수입에 따른 차등 지불제  
총 요금에 대한 백분율로 계산한 할인율

연방 정부 빈곤층 기준 및 관련 할인율												
가족 또는 가구 내 인원수	연방 정부 빈곤층 기준(FPL)*	FPL 1의 200% 할인	FPL 0.9 의 215% 할인	FPL 0.8 의 230% 할인	FPL 0.7 의 245% 할인	FPL 0.6 의 260% 할인	FPL 0.5 의 275% 할인	FPL 0.4 의 290% 할인	FPL 0.3 의 305% 할인	FPL 0.2 의 320% 할인	FPL 0.1 의 335% 할인	FPL 0 의 351% 할인
1	\$12,760	\$25,520	\$27,434	\$29,348	\$31,262	\$33,176	\$35,090	\$37,004	\$38,918	\$40,832	\$42,746	\$44,788
2	\$17,240	\$34,480	\$37,066	\$39,652	\$42,238	\$44,824	\$47,410	\$49,996	\$52,582	\$55,168	\$57,754	\$60,512
3	\$21,720	\$43,440	\$46,698	\$49,956	\$53,214	\$56,472	\$59,730	\$62,988	\$66,246	\$69,504	\$72,762	\$76,237
4	\$26,200	\$52,400	\$56,330	\$60,260	\$64,190	\$68,120	\$72,050	\$75,980	\$79,910	\$83,840	\$87,770	\$91,962
5	\$30,680	\$61,360	\$65,962	\$70,564	\$75,166	\$79,768	\$84,370	\$88,972	\$93,574	\$98,176	\$102,778	\$107,687
6	\$35,160	\$70,320	\$75,594	\$80,868	\$86,142	\$91,416	\$96,690	\$101,964	\$107,238	\$112,512	\$117,786	\$123,412
7	\$39,640	\$79,280	\$85,226	\$91,172	\$97,118	\$103,064	\$109,010	\$114,956	\$120,902	\$126,848	\$132,794	\$139,136
8	\$44,120	\$88,240	\$94,858	\$101,476	\$108,094	\$114,712	\$121,330	\$127,948	\$134,566	\$141,184	\$147,802	\$154,861
추가 인원 일인당 추가 금액:	\$4,480	\$8,960	\$9,632	\$10,304	\$10,976	\$11,648	\$12,320	\$12,992	\$13,664	\$14,336	\$15,008	\$15,725

\*미국 본토 내 48 개 주와 컬럼비아주의 보건 및 인적서비스부(Department of Health and Human Services, HHS) 빈곤 지침을 근거로 하였으며,  
<https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline> 에서 확인할 수 있습니다.

## 부록 C

### 환자 통보서

#### 자선 의료 서비스 및 지급액 할인 프로그램

Verity Health System 산하 병원에서는 자사 사명에 따라 의료비를 지불할 수 없으며 이러한 프로그램의 자격 조건에 부합하는 이들에게 의료 서비스를 무상으로 제공하거나 의료 서비스 비용을 절감하는 서비스를 제공합니다.

각자의 필요에 대해 환자 접근(Patient Access) 부서 내 재무 상담사와 논의하시기 바랍니다. 재정 지원 신청을 마친 후(각종 필수 증빙 서류 제출 포함) Verity Health System 재정 지원 정책에서 정의한 대로 재정적 할인 혜택을 받을 자격이 있는 것으로 판단될 수 있습니다.

궁금한 점이 있으시면 당사 재정 지원팀에 **888- 874-2585** 로 전화하여 문의하시기 바랍니다.

**부록 D**  
재정 지원 신청

재정 지원 신청서에 환자의 재정적 자원 및 가계 소득을 입증하기 위해 사용하는 증거서류에는 다음과 같은 서류가 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

- 최신 급여 명세서, 소셜 시큐리티, 장애 또는 실업 수당 수표 및 수여 서신 사본
- Medi-Cal 결정/거부 통보서 사본
- 환자 본인 및 환자가 만 18 세 이상인 경우 환자의 배우자 또는 동거인, 만 21 세 미만의 부양 자녀(자택 거주 여부 무관)의 가계 소득, 환자가 만 18 세 미만인 경우 환자, 환자의 부모, 후견인 또는 친척 보호자 및 여타 만 21 세 미만의 자녀(자택 거주 여부 무관)의 소득 감안

작성을 마친 신청서와 요청된 양식 일체는 다음 주소로 반환하거나 현지 Verity Health HBRC 사무실에 두고 가시면 됩니다.

**Verity Health System**  
Attention: HBRC  
1900 Sullivan Avenue  
Daly City, CA 94015

해당 신청 절차를 마친다고 하여 재정 지원이 제공된다는 보장은 아니며, 판정 결과가 나올 때까지 대금 지급은 정기적으로 계속 진행되어야 합니다. 신청서와 제공된 정보는 곧 검토됩니다. 결정된 내용은 서면으로 알려드립니다.

협조해주셔서 감사합니다. 이 절차를 통해 귀하에게 도움이 되기를 바랍니다. 신청에 관한 궁금한 사항은 의료비 혜택 리소스 센터(Health Benefits Resource Center, HBRC)의 재정 지원팀에 888-874-2585 로 전화하여 문의하시기 바랍니다.





자선 의료 서비스 및 재정 지원 신청

성(환자)	이름	중간 이름	소셜 시큐리티 번호	생년월일
-------	----	-------	------------	------

거주지 주소(무주택자인 경우 시설 주소)	기간	전화
------------------------	----	----

시	주	우편번호	결혼 상태
---	---	------	-------

성(위와 다른 경우 보증인)	소셜 시큐리티 번호	생년월일
-----------------	------------	------

보증인 고용주(이름 및 전체 주소)
---------------------

전화	월 급여 총액
	\$

기타 고용주(이름 및 전체 주소)
--------------------

전화	월 급여 총액
	\$

실직 상태인 경우, 마지막 고용주의 이름과 전체 주소
-------------------------------

마지막 고용일
---------

부양 가족 구성원 (공간이 더 필요한 경우, 별도로 종이를 추가하여 첨부하십시오) (별도의 종이 첨부)	생년월일	관계	고용주	연간 소득
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				



<input type="checkbox"/> 임대 주택 <input type="checkbox"/> 자가 주택			기타 월별 소득 \$ 소득원 명시	
타인에게 지불해야 함 채권자	현재 잔액	월별 지급액	은행 이름 및 계좌 번호 자산	계좌 잔액
임대료/주택 미수금			당좌 예금	
전기, 수도, 가스			보통 예금 또는 예금 증서	
식품			403(B) 또는 401(K)	
자동차 대출			주식 및 채권	
신용카드(아래에 나열하십시오)			IRA	
기타 의무			자동차(제조연도 및 차종)	
추가 정보			자동차(제조연도 및 차종)	
기타 의료 서비스 제공자에게 납입해야 할 청구액			기타 자산 (추가 자산 제외)	
처방 의약품 비용			주택 시장 가치	
			보험 현금 가치	
			기타 자산(예를 들어 2 번째 주택에 대한 설명)	
			신탁 관리자 이름 및 계좌 번호	
총 채무액			총 자산	

본인은 본 신청서에 기재한 모든 진술은 진실이며 완전한 정보임을 증명합니다. 재정 지원을 고려하기 위한 목적으로 본 신청서 내용을 평가하기 위해 본인의 신용 기록을 확인할 수도 있습니다.

서명	날짜
----	----

## 부록 E

아래와 같은 VERITY 제휴 병원 산하 모든 부서는 VERITY 재정 지원 정책의 적용 대상입니다.

Seton Coastside

Seton Medical Center

St. Francis Medical Center

### 참고

: 위에 나열된 병원에서 제공하는 서비스만 본 정책의 적용 대상입니다.

본 정책은 응급실 전문의, 마취 전문의, 방사선 전문의, 입원 환자 전문의, 병리학자, 외과의 및 기타 병원의 전문의와 의료진 구성원 등을 포함한 모든 전문의 또는 다른 의료 서비스 제공자에게는 적용되지 않습니다. 다만 해당 전문의 서비스가 병원 청구서에 포함된 소수의 상황은 예외입니다. 각 병원은 병원 청구서에 전문의의 서비스가 포함되어 본 정책의 적용 대상에 속하는 부서/서비스 라인의 목록을 자체 웹사이트에 유지 관리해야 합니다.

전문이가 제공하는 각종 재정 지원에 관한 정보를 요청하려면 환자는 해당 전문의의 원무과에 문의하셔야 합니다.