

재정 지원 정책

AMITA HEALTH

목적

본 정책의 목적은 AMITA Health System에서 재정 지원을 관리하기 위한 요건을 명시하는 것입니다.

정책

단체의 시설에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하기 위해 사회적으로 정의로운 관행을 보장하는 것은 이 단락 아래에(각각의 "단체") 나열된 단체의 정책입니다. 본 정책은 특히 재정 지원이 필요하며 단체로부터 치료를 받는 환자에 대한 재정 지원 적격성을 평가하기 위해 설계되었습니다.

이 정책은 AMITA Health 내의 다음과 같은 각 기관에 적용됩니다.

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove
Holy Family Medical Center - Des Plaines
Mercy Medical Center - Aurora
Resurrection Medical Center
St. Francis Hospital - Evanston
Saint Joseph Hospital - Chicago
Saint Joseph Hospital - Elgin
Saint Joseph Medical Center - Joliet
Saints Mary and Elizabeth Medical Center
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates
St. Mary's Hospital - Kankakee
고용된 개인 의료원

- A. 모든 재정 지원은 개인의 존엄성과 공익에 대한 우리의 헌신과 존중, 빈곤층과 취약 계층에 대한 특별한 관심과 연대, 그리고 분배의 공정성과 책임에 대한 헌신을 반영합니다.
- B. 본 정책은 고용된 개인 의료원과 행동 건강 치료소를 포함하여 단체가 제공하는 모든 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 본 정책은 응급상황이 아닌 치료와 의학적으로 필요하지 않은 치료에는 적용되지 않습니다.
- C. 재정 지원 정책이 적용되는 제공자 명단에는 기관의 시설 내에서 재정 지원 정책이 적용되는 치료와 적용되지 않는 치료를 제공하는 서비스 제공자들의 명단이 들어 있습니다.

정의

정책 관련 정의

- A. “501(r)”은 내국세입법의 501(r)조와 이에 따라 공포된 규정을 의미합니다.
- B. "일반 청구 금액" 즉 "AGB"는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료와 관련하여 이러한 치료의 보험에 가입한 개인에게 청구되는 금액을 의미합니다.
- C. “커뮤니티”는 일리노이 주를 의미합니다. 본 정책의 목적상 "커뮤니티에서 생활한다"는 것은 일리노이 주 주민, 즉 일리노이에 살고 있고 일리노이에 무기한 거주할 의사가 있는 사람이 된다는 것을 의미하지만, 건강상의 혜택을 받기 위해 일리노이로 이주한 사람은 제외합니다. 환자가 필요로 하는 응급 및 의학적으로 필요한 치료가 환자가 이러한 응급 및 의료상 필요한 치료를 위한 재정적 지원을 받을 자격이 있는 다른 AMITA Health 시설에서 받는 치료의 연속이라면 환자는 단체 커뮤니티의 구성원으로 간주됩니다.
- D. "응급치료"란 즉시적인 의학적 치료가 없으면 신체 기능에 심각한 손상, 신체 조직이나 부위의 심각한 기능 저하 또는 개인의 건강을 심각한 위험에 빠뜨릴 수 있는 심한 증상(심한 통증 포함)으로 나타나는 의학적 상태를 치료하는 것을 의미합니다.
- E. "의학적으로 필요한 치료"란 다음과 같은 것을 의미합니다. (1) 환자 상태의 예방, 진단 또는 치료에 적절하고 일관되며 필수적인 진료, (2) 안전하게 제공할 수 있는 환자 상태에 가장 적절한 공급 또는 서비스 수준, (3) 환자, 환자의 가족, 의사 또는 간병인의 편의를 위해 주로 제공되지 않음, 그리고 (4) 위해보다는 환자에게 이익이 될 가능성이 더 높음. 향후 예정된 진료가 "의학적으로 필요한 치료"가 되려면 치료와 치료 시기를 단체의 최고 의료 책임자(또는 지명자)의 승인을 받아야 합니다. 의학적으로 필요한 치료의 결정은 환자에게 의료 치료를 제공하는 허가를 가진 제공자 그리고 단체의 재량에 따라 입원 의사, 담당 의사 및/또는 최고 의료 책임자 또는 기타 검토 의사(권장되는 치료 유형에 따라 달라짐)가 수행해야 합니다. 본 정책이 적용되는 환자가 요청한 치료를 검토 의사가 의학적으로 필요하지 않다고 판단하는 경우, 해당 결정은 또한 반드시 주치의 또는 의뢰 의사의 확인도 받아야 합니다.
- F. “단체”란 AMITA Health 및 상기 섹션 II에 명시된 본 재정 지원 정책의 적용을 받는 단체를 의미합니다.
- G. "환자"란 단체에서 응급조치 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 받는 사람과 환자의 치료를 재정적으로 책임지는 사람을 의미합니다.
- H. “추정 채점”이란 공공 기록을 포함할 수 있는 타사 정보 출처 또는 환자의 재정 지원 자격을 평가하는 객관적이고 합리적인 정확한 수단을 사용하는 것을 의미합니다.
- I. “보험 비가입 환자”란 건강보험의 정책이 적용되지 않으며 공공 또는 민간 의료보험, 의료 혜택 또는 높은 공제 의료 보험 제도, 근로자 보상, 사고 책임 보험 또는 기타 제 3자 책임을 포함하는 기타 의료 보장 프로그램에 따른 수혜자가 아닌 환자를 의미합니다

필수 절차

A 본 항에 기술된 재정 지원은 커뮤니티에 거주하는 환자로 제한됩니다.

1. 연방 빈곤 수준 소득("FPL")의 250% 이하인 소득이 있는 환자는 추정 점수(아래 5항에서 설명함)에 따라 적격자로 결정되거나, 첫 퇴원 청구일 후 240일 이전에 재정 지원 신청서("신청서")를 제출하여 단체의 승인을 받은 경우 보험회사가 지불한 후 책임을 지는 요금 중 해당 부분에 대해 100% 할인을 받을 수 있습니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이후에 신청서를 제출하면 환자는 100%의 재정 지원을 받을 수 있지만, 이 범주의 환자가 이용할 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계좌에서 지급된 금액을 고려한 후 환자의 미지급 잔액으로 제한됩니다. 이 범주의 재정 지원을 받을 수 있는 환자는 계산된 AGB 요금보다 더 많이 청구할 수 없습니다.
2. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 소득이 FPL의 250%를 초과하지만 600%를 초과하지 않는 보험 미가입 환자들은 제공된 서비스에 대한 요금 중 해당 부분에 대해 차등제 할인 혜택을 받을 수 있습니다. 보험에 가입하고 수입이 FPL의 250%를 초과하지만 400%를 초과하지 않는 환자는 보험 계획의 혜택 설명에 따라 환자가 책임져야 하는 서비스에 대한 요금에서 해당 부분에 대해 차등제 할인 혜택을 받을 수 있습니다. 이러한 할인은 환자가 처음 퇴원한 날로부터 240일 이내에 신청서를 제출하고 해당 신청서가 단체의 승인을 받은 후에 적용됩니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이후에 신청서를 제출하면 차등제 할인 재정 지원을 받을 수 있지만, 이 범주의 환자가 이용할 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계좌에서 지급된 금액을 고려한 후 환자의 미지급 잔액으로 제한됩니다. 이 범주의 재정 지원을 받을 수 있는 환자는 계산된 AGB 요금보다 더 많이 청구할 수 없습니다.

차등제 할인은 다음과 같습니다. (FPL - 연방 빈곤 수준 소득)

보험 미가입 환자 차등제	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%
401% - 600% FPL	85%

보험 가입 환자 차등제	%
0% - 250% FPL	100%
251% - 300% FPL	95%
301% - 400% FPL	90%

3. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 수입이 FPL의 600%(보험에 가입하지 않은 경우) 및 400%(보험에 가입한 경우) 이상인 환자는 환자의 총 의료 부채를 기준으로 단체의 서비스에 대한 환자 요금의 일부 할인에 대해 "평균 검사"에 따라 재정 지원을 받을 수 있습니다. 환자가 과도한 의료부채가 있는 경우 즉 응급 및 기타 의료상 필요한 치료를 위해 AMITA Health 내의 의료 서비스 제공자 및 기타 의료 제공자에 대한 의료 부채를 포함하고 그것이 환자 가족의 총소득과 같거나 더 큰 경우, 평균 검사에 따라 재정 지원을 받을 자격이 주어집니다. 평균 검사에 따라 제공되는 재정지원 수준은 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이전에 신청서를 제출하고 그 신청서가 단체의 승인을 받는 경우에 상기 제2항에 따른 FPL의 600%(보험에 가입하지 않은 경우) 및 400%(보험에 가입한 경우)의 소득을 가진 환자에게 부여하는

것과 같습니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240일 이후에 신청서를 제출하면 환자는 평균 검사 할인 재정 지원을 받을 수 있지만, 이 범주의 환자가 이용할 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계좌에서 지급된 금액을 고려한 후 환자의 미지급 잔액으로 제한됩니다. 이 범주의 재정 지원을 받을 수 있는 환자는 계산된 AGB 요금보다 더 많이 청구할 수 없습니다.

또한 제2항에 따른 미가입자 중 할인 혜택을 받을 수 있는 비보험 환자에 대해서는 12개월 간의 징수액은 환자 가족 소득의 20%로 추가 상한선을 두어야 합니다.

4. 환자가 "자산 검사"에 따라 지급하기에 충분한 자산이 있다고 판단될 경우, 상기 제1항부터 제3항까지의 재정 지원을 받을 수 없습니다. 자산 검사에는 FAP 신청서에서 측정된 자산 범주를 기준으로 한 환자의 지불 능력에 대한 실질적인 평가가 포함됩니다. 해당 자산이 환자 FPL 금액의 600%를 초과하는 환자는 재정 지원을 받을 자격이 없을 수 있습니다.
5. 재정 지원 자격은 수익 주기의 어느 시점에서나 결정될 수 있으며 환자의 첫 퇴원 청구일 후 240일 이내에 충분한 미지급 잔액이 있는 환자에 대한 추정 점수 사용을 포함할 수 있으며 이것은 환자가 재정 지원 신청서("FAP 신청서")를 완료하지 못함에도 불구하고 100% 자선 치료의 자격을 결정합니다. 추정적 점수에 근거한 적격성 판단은 추정 채점이 수행되는 치료의 에피소드에만 적용됩니다.

다음 기준 중 하나 이상을 입증하는 환자는 100% 자선 의료 혜택을 받을 수 있는 것으로 간주됩니다. 노숙자, 무재산 사망자, 환자를 대신하여 움직일 사람이 없는 정신적 장애인, 날짜가 지나거나 비보호 서비스에 대한 Medicaid 적격자, 단체가 참여 제공자가 되지 않거나 참여할 의사가 없는 다른 주에서의 Medicaid 가입자, 그리고 Medicaid 참여가 가능하지만 체류 제한 기간이 모두 소진된 자.

추가 필수 범주에는 다음 프로그램에 대한 등록이 포함됩니다. 여성, 영유아와 아동 영양 지원 프로그램 (WIC), 보조 영양 지원 프로그램 (SNAP), 일리노이 무료 점심 및 아침 식사 프로그램, 저소득 가구 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP), 제한된 저소득 재정 상태를 기준으로 평가하고 문서화하는 의료 서비스를 제공하는 조직화된 커뮤니티 기반 프로그램에 등록, 의료 서비스에 대한 보조금 수령.

6. 단체를 “네트워크 범위 외”로 간주하는 특정 의료 보험에 가입한 환자에 대해, 단체는 환자의 보험 정보 및 기타 관련 사실 및 상황에 대한 검토를 바탕으로 환자가 달리 이용 가능한 재정 지원을 축소 또는 거부할 수 있습니다.
7. 환자는 거부 통지를 받은 날로부터 14일 이내에 단체에 추가 정보를 제공함으로써 재정 지원 자격 거부에 이의 제기를 할 수 있습니다. 모든 이의 제기는 최종 결정을 위해 단체가 검토합니다. 최종 결정에서 재정 지원에 대해 내려진 이전의 결정이 확인되는 경우, 서면 통지가 환자에게 발송됩니다. 환자와 가족이 재정 지원 적격성에 관한 단체의 결정에 이의 제기하는 과정은 다음과 같습니다.
 - a. 해당되는 경우 환자 재정 서비스에서 먼저 항소를 접수하고 검토하며 후속 질문에 답해야 합니다.
 - b. 그런 다음 위원회는 매월 회의를 열어 모든 항소를 검토합니다. 위원회 멤버십에는 환자 재정 서비스, 미션 통합부, 사례 관리/소셜 서비스부 및 재정/CFO의 대표가 포함되어야 합니다.

항소는 월간 위원회 회의 전에 위원들에게 배포되어 검토를 받아야 합니다.

- c. 각 사례에 대해 논의하고 환자가 제공할 수 있는 추가 정보를 제공하기 위해 위원회 회의에 환자 재정 서비스 담당자가 참가해야 합니다.
- d. 위원회는 상소 과정에서 신청자가 작성한 추가 정보와 지적 사항에 각별히 유의하면서 신청자의 FAP 신청서를 심사합니다.
- e. 위원회는 항소를 승인, 반대 또는 표결에 부칠 수 있습니다. 위원회는 상소 논의 중 제기된 질문에 따라 추가 정보가 필요한 경우 상소를 상정할 수 있습니다.
- f. 환자 재정 서비스 부에서는 환자 또는 가족들에게 상소 결과를 서면으로 전달합니다.

B. 재정 지원을 받을 자격이 되지 않는 환자를 위한 기타 지원

상기에 설명한 바와 같이 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 되지 않는 환자는 단체가 제공하는 다른 유형의 지원을 받을 수 있습니다. 완전성을 위해, 이러한 다른 유형의 지원은 필요 기반이 아니고 501(r)의 적용을 받으려고 의도된 것은 아니지만 여기에 나열되고 단체가 복무하는 커뮤니티의 편의를 위해 여기에 포함됩니다.

1. 재정 지원을 받을 자격이 되지 않는 미보험 환자에게는 해당 단체의 최고액 납부 지불자에게 제공되는 할인율에 따라 할인이 제공됩니다. 최고액 납부 지불자는 인원수 또는 총 환자 매출 단위로 볼 때 단체 인원수의 최소 3%를 차지해야 합니다. 이러한 최소 수준 인원수에 한 명의 지불자도 해당되지 않는 경우, 두 명 이상의 지불자 계약을 평균해서 평균에 사용되는 지불 조건이 해당 년도 단체 사업 규모의 최소 3%를 차지하도록 해야 합니다.
2. 재정 지원 자격이 있는 보험에 가입하지 않은 그리고 보험에 가입한 환자는 즉시에 급여 할인을 받을 수도 있습니다. 즉시 지급 할인은 이전 항에서 설명한 무보험 할인 외에 추가로 제공될 수 있습니다.

C. 재정 지원을 받을 자격이 되는 환자의 청구금에 대한 제한

1. 재정 지원을 받을 자격이 되는 환자에게는 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 AGB를 초과해서 개별적으로 청구되지 않을 것이며 기타 의학적 치료에 대한 총 청구금을 초과해서 청구되지 않을 것입니다. 단체는 '소급' 방법을 사용하여 한 가지 이상의 AGB 백분율을 계산하며 메디케어 진료행위별 수가제 및 501(r)에 따라 단체에 청구금을 지불하는 모든 민간 의료 보험사를 포함합니다.
2. AGB 비용 내역 및 백분율의 무료 사본은 단체의 웹사이트에서, 888-693-2252로 전화하거나 amitafinancialassistance@amitahealth.org로 이메일을 보내 받으실 수 있습니다. 또는 아래 주소로 서면 요청하셔도 됩니다.

AMITA Health PFS
 Attention: Financial Assistance Department
 1000 Remington Blvd., Suite 110
 Bolingbrook, IL 60440

D. 재정 지원 및 기타 지원 신청하기

환자는 추정적 자격 등급 지정을 통해 또는 FAP 신청서를 작성하고 제출해 재정 지원 신청을 함으로써 재정 지원 자격을 얻을 수 있습니다. FAP 신청서 및 FAP 신청 지침은 단체의 웹사이트에서 또는 888-693-2252로 전화하거나 amitafinancialassistance@amitahealth.org로 이메일을 보내 확인할 수 있습니다. 또는 아래 주소로 서면 요청하셔도 됩니다.

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

단체는 비보험자들이 재정 지원을 받을 자격을 갖추 수 있도록 Medicaid 또는 기타 공적 지원 프로그램을 신청을 요구할 것입니다(추정 점수를 통해 자격이 확인되어 승인된 경우는 예외). 환자가 FAP 신청서에 거짓 정보를 제공하거나 추정 점수 적격성 절차와 관련된 경우, 제공된 치료 비용을 지불해야 하는 보험 회사가 직접 지불하는 보험금 또는 권리 배정을 거부한 경우, 또는 재정 지원 자격을 얻기 위해 잠재적으로 자격이 있다고 간주되는 Medicaid 또는 기타 공공 지원 프로그램을 신청하기 위한 재정 상담사와의 협력을 거부한 경우(추정 점수를 통해 자격이 있고 승인된 경우는 제외)에 재정 지원이 거부될 수 있습니다. 단체는 현재 치료 에피소드에 대한 적격성을 결정한 날짜에서 6개월 전까지 완료된 FAP 신청서를 고려할 수 있습니다. 단체는 적격성을 결정한 날짜에서 6개월보다 더 이전에 완료된 FAP 신청서를 고려하지 않을 것입니다.

E. 대금 청구 및 추심

미지불이 발생하는 경우에 단체가 취할 수 있는 조치는 별도의 대금 청구 및 추심 정책에 설명되어 있습니다. 청구 및 징수 정책서 무료 사본은 단체의 웹사이트에서, 888-693-2252로 전화하거나 amitafinancialassistance@amitahealth.org으로 이메일을 보내거나 다음 주소로 서면으로 신청하여 받을 수 있습니다.

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

F. 해석

본 정책은 모든 적용 가능한 절차와 함께 501(r)에 따라 해석되고 적용되어야 합니다. 단, 특별히 명시된 경우는 예외로 합니다.

참고 서류

- Ascension 관리 정책 600 호 - 어려움에 처한 사람들을 위한 재정 지원
- 재정 지원 신청서
- 쉽게 작성한 재정 지원 정책 요약본
- 재정 지원 정책의 적용을 받거나 받지 않는 의료 제공자 명단
- 일반적으로 청구되는 금액