

Ascension Standish Hospital, Ascension St. Joseph Hospital, Ascension Medical Group –Standish 및 St. Joseph 가 관리하는 제공자

재정 지원 정책

2020 년 6 월

정책/원칙

조직의 시설에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 관리를 제공하기 위해 사회적으로 정의로운 관행을 보장하는 것은 이 단락 아래에(매개가 "조직") 나열된 조직의 정책입니다. 본 정책은 특히 재정 지원이 필요한 환자에 대한 재정 지원 적격성을 다루며 조직으로부터 치료를 받도록 설계되었습니다. 본 정책은 Ascension Mid-Michigan 시장 내의 다음과 같은 각 조직들에 적용됩니다.

Ascension Standish Hospital	Ascension Medical Group – Standish 제공자
Ascension St. Joseph Hospital	Ascension Medical Group – St. Joseph 제공자

1. 모든 재정 지원은 개인의 존엄성과 공익에 대한 우리의 헌신과 존경, 빈곤층과 취약 계층에 대한 특별한 관심과 연대, 그리고 분배의 공정성과 책임에 대한 헌신을 반영합니다.
2. 본 정책은 고용된 의사 서비스와 행동 건강을 포함하여 조직이 제공하는 모든 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 본 정책은 응급상황이 아닌 치료와 다른 의학적으로 필요한 치료에는 적용되지 않습니다.
3. 재정 지원 정책이 적용되는 제공자 명단에는 조직의 시설 내에서 재정 지원 정책이 적용되는 치료와 적용되지 않는 치료를 제공하는 서비스 제공자들의 명단이 들어 있습니다.

정의

본 정책의 목적을 위해, 다음 정의가 적용됩니다.

- “501(r)”은 내국세입법의 501(r)조와 이에 따라 공포된 규정을 의미합니다.
- "일반적으로 청구된 금액" 즉 "AGB"는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료와 관련하여 이러한 치료의 보험에 가입한 개인에게 청구되는 금액을 의미합니다.
- "커뮤니티"란 지역사회 건강 요구 평가에서 확인된 지리적 서비스 영역에 거주하는 환자들을 말하며 다음이 포함됩니다.

<i>Ascension Mid-Michigan Community Service Area by County</i>			
Alcona	Gladwin	Midland	Shiawassee
Arenac	Gratiot	Oakland	Tuscola
Bay	Iosco	Ogemaw	
Genesee	Lapeer	Saginaw	

- 환자가 필요로 하는 응급 및 의학적으로 필요한 치료가 환자가 이러한 응급 및 의료상 필요한 치료를 위한 재정적 지원을 받을 자격이 있는 다른 Ascension Health 시설에서 받는 치료의 연속이라면 환자는 조직 커뮤니티의 구성원으로 간주됩니다.
- "응급치료"란 즉시적인 의학적 치료가 없으면 신체 기능에 심각한 손상, 신체 기관이나 부위의 심각한 기능 저하 또는 개인의 건강을 심각한 위험에 빠뜨릴 수 있는 심한 증상(심한 통증 포함)으로 나타나는 의학적 상태를 *치료하는 것을 의미합니다.*
- "가족"이란 미국 보건복지부에서 발행하는 연방 빈곤 수준 지침에서 정의한 가족을 의미합니다.
- "수익"이란 미국 보건복지부에서 발행하는 연방 빈곤 수준 지침에서 기술한 수익을 의미합니다.
- "의료상 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 "의료적으로 필요한 치료"가 되려면 치료와 치료 시기를 조직의 최고 의료 책임자(또는 지명자)의 승인을 받아야 합니다. 의료상 필요한 치료의 결정은 환자에게 의료 치료를 제공하는 허가를 가진 제공자 그리고 조직의 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.
- "조직"은 Ascension Mid-Michigan 지역의 시설 및 제공자를 의미합니다.
- "환자"란 조직에서 응급조치 및 기타 의료상 필요한 치료를 받는 사람과 환자의 치료를 재정적으로 책임지는 사람을 의미합니다.

제공되는 재정 지원

본 항에 기술된 재정 지원은 커뮤니티에 거주하는 환자로 제한됩니다.

1. 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라 연방 빈곤 수준 소득("FPL")의 250% 이하인 소득이

있는 환자는 추정 점수(아래 5 항목에서 설명함)에 따라 적격자로 결정되거나, 첫 퇴원 청구일 후 240 일 이전에 재정 지원 신청서("신청서")를 제출하여 조직의 승인을 받은 경우 보험회사가 지불한 후 책임을 지는 서비스의 요금 중 해당 부분에 대해 100%의 자선 치료를 받을 수 있습니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240 일 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.

- 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 수입이 FPL 의 250%를 초과하지만 FPL 의 400%를 초과하지 않는 환자는 첫 퇴원 청구일 후 240 일 이전에 재정 지원 신청서("신청서")를 제출하여 조직의 승인을 받은 경우 보험회사가 지불한 후 책임을 지는 서비스의 요금 중 해당 부분에 대해 슬라이딩 스케일 할인을 받습니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240 일 이후에 신청서를 제출하면 슬라이딩 스케일 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.

소득 수준에 따르는 환자:	FAP 할인 %
FPL 의 251 % ~ 275 %	95%
FPL 의 276 % ~ 300 %	85%
FPL 의 301 % ~ 350 %	75%
FPL 의 351 % ~ 375 %	70%
FPL 의 376 % ~ 400 %	65%

- 본 재정 지원 정책의 다른 조항에 따라, 수입이 FPL 의 400% 이상인 환자는 환자의 총 의료 부채를 기준으로 조직의 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 Ascension 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 240 일 이전에 신청서를 제출하고 그 신청서가 조직의 승인을 받는 경우에 상기 제 2 항에 따른 FPL 의 400%에 해당하는 소득을 가진 환자에게 부여하는 것과 같습니다. 환자가 첫 퇴원 청구일로부터 240 일 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.

4. 환자가 "자산검사"에 따라 지급하기에 충분한 자산이 있다고 판단될 경우, 상기 제 1항부터 제3항까지의 재정지원을 받을 수 없을 것입니다. 자산 검사는 FAP 신청서에서 측정된 자산의 범주에 기초하여 환자의 지불 능력에 대한 실질적인 평가를 포함합니다. 자산이 FPL 금액의 250%를 초과하는 환자는 재정 지원을 받을 수 없을 것입니다.
5. 재정 지원 자격은 수익 주기의 어느 시점에서나 결정될 수 있으며 환자의 첫 퇴원 청구일 후 240 일 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. 환자가 완전한 FAP 신청서를 제출하지 않고 추정 점수만을 통해 100% 자선 치료를 받을 경우, 환자가 받을 수 있는 재정 지원 금액은 환자 계정에서 지급된 금액을 고려한 후 미지급 잔액으로 제한됩니다. 추정적 점수에 근거한 적격성 판단은 추정적 점수가 수행되는 치료의 에피소드에만 적용됩니다.
6. 조직을 “네트워크 범위 외”로 간주하는 특정 의료 보험에 가입한 환자에 대해, 조직은 환자의 보험 정보 및 기타 관련 사실 및 상황에 대한 검토를 바탕으로 환자가 달리 이용 가능한 재정 지원을 축소 또는 거부할 수 있습니다.
7. 환자의 접근과 이용을 촉진하기 위해, 국민건강서비스공단 지침에 따라 소득 및 가족 규모에 따라 할인 자격이 결정되며 다른 인자(예: 자산, 보험 상태(Medicaid 및 Medicaid 자격 포함), 건강보험 시장 참여, 시민권, 인구 유형)는 없습니다.
8. 재정 지원을 받을 수 있는 환자에게는 최대 \$50 의 명목상의 정액 수수료가 부과될 수 있습니다(아래 재정 지원 코페이 표 참조).

의료 서비스 유형	FAP 코페이
입원 또는 응급실 치료	\$50.00
외래환자 수술/치료	\$25.00
외래 환자 진단 서비스	\$10.00

9. 환자는 거부 통지를 받은 날로부터 14 일 이내에 조직에 추가 정보를 제공함으로써 재정 지원 자격에 대한 거부에 대해 항소할 수 있습니다. 모든 이의 제기는 최종 결정을 위해 조직이 검토합니다. 최종 결정에서 재정 지원에 대해 내려진 이전의 결정이 확인되는

경우, 서면 통지가 환자에게 발송됩니다. 환자와 가족이 재정지원 적격성에 관한 조직의 결정에 항소하는 과정은 다음과 같습니다

- a. 항소 신청서는 모든 FAP 부분 승인 및 적격성 거부 통지서와 함께 포함되어 있습니다.
- b. FAP 적격성 결정에 대한 환자의 재심 요청은 항소 신청서를 작성하고 양식의 하단에 나열된 주소로 메일로 보내야 합니다.
- c. 모든 항소는 기구의 재정지원항소위원회에 의해 검토될 것이며, 위원회의 결정은 항소를 제기한 환자나 가족에게 서면으로 보내질 것입니다.

10. 환자의 접근과 이용을 촉진하기 위해, 국민건강서비스공단 지침에 따라 소득 및 가족 규모에 따라 할인 자격이 결정되며 다른 인자(예: 자산, 보험 상태(Medicaid 및 Medicaid 자격 포함), 건강보험 시장 참여, 시민권, 인구 유형)는 없습니다.

재정 지원을 받을 자격이 되지 않는 환자를 위한 기타 지원

상기에 설명한 바와 같이 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 되지 않는 환자는 조직이 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 조직이 복무하는 커뮤니티의 편의를 위해 여기에 포함됩니다.

1. 재정 지원을 받을 자격이 되지 않는 미보험 환자에게는 해당 조직의 최고액 납부 지불자에게 제공되는 할인율에 따라 할인이 제공됩니다. 최고액 납부 지불자는 인원수 또는 총 환자 매출 단위로 볼 때 조직 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 조직 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.

재정 지원을 받을 자격이 되는 환자의 청구금에 대한 제한

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. 조직은 '소급' 방법을 사용하여 하나 이상의 AGB 백분율을 계산하며 메디케어 서비스 수수료와 501(r)에 따라 기구에 청구금을 지불하는 모든 민간 의료 보험사를 포함하고 있습니다. AGB 계산 설명 및 백분율의 무료 사본은 조직의 웹 사이트 또는 다음의 병원

부서 또는 사무실에 연락하여 얻을 수 있습니다. 고객 서비스, 재정 상담사, 회계원, 서비스 제공업체 사무실.

재정 지원 및 기타 지원 신청하기

환자는 추정적 자격 등급 지정을 통해 또는 FAP 신청서를 작성하여 제출해서 재정 지원 신청을 함으로써 재정 지원 자격을 얻을 수 있습니다. FAP 신청서 및 FAP 신청서 지침은 조직의 웹사이트에서 또는 다음의 병원 부서 또는 사무실에 문의하여 이용할 수 있습니다. 고객 서비스, 재정 상담사, 회계사, 해당 제공자 사무실. (추정 채점을 통해 적격과 승인을 받은 경우는 제외). 환자가 FAP 신청서에 거짓 정보를 제공하거나 추정 점수 적격성 절차와 연루된 경우, 제공된 치료 비용을 지불해야 하는 보험 회사가 직접 지불하는 보험금 또는 권리 배정을 거부한 경우 재정 지원이 거부될 수 있습니다. 조직은 적격성을 결정한 날짜에서 6개월보다 더 이전에 완료된 FAP 신청서를 고려할 것입니다. 조직은 적격성을 결정한 날짜에서 6개월보다 더 이전에 완료된 FAP 신청서를 고려하지 않을 것입니다.

대금 청구 및 추심

미지불이 발생하는 경우에 조직이 취할 수 있는 조치는 별도의 대금 청구 및 추심 정책에 설명되어 있습니다. 청구 및 추심 정책의 무료 사본은 조직의 웹사이트에서 또는 다음의 병원 부서 또는 사무실에 연락하여 얻을 수 있습니다. 고객 서비스, 재정 상담사, 회계원, 서비스 제공업체 사무실.

해석

이 정책은 모든 해당 절차와 함께 준수하기 위한 것이고 특별히 명시된 경우를 제외하고 501(r)에 따라 해석 및 적용되어야 합니다.