

# Providence Hospital

## Patient Financial Assistance

번호:	9.09
부서:	재무
시행일:	2004년 8월 19일
마지막 개정일:	2017년 9월 15일
다음 예정일:	2020년 6월 30일
해당 대상:	Providence Hospital 및 Providence Health System

### 정책/원칙

Providence Health(“기관”)의 시설에서 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하기 위한 사회적으로 적절한 관행을 보장하는 것이 기관의 정책입니다. 본 정책은 재정 지원이 필요하고 기관으로부터 치료를 받아야 하는 환자의 재정 지원 자격 문제를 처리하기 위해 특별히 고안되었습니다.

1. 모든 재정 지원은 개인의 인간 존엄성과 공익에 대한 우리의 존중과 약속, 빈곤층과 취약 계층에 대한 특별한 관심과 결속, 그리고 분배의 공정성에 대한 의지와 책무를 반영합니다.
2. 본 정책은 고용 의사의 서비스 및 행동 건강을 비롯하여 기관이 제공하는 응급 처치와 기타 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 본 정책은 선택적 시술이나 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료가 아닌 기타의 치료에 대한 의료비 지불 협의에는 적용되지 않습니다.
3. 재정 지원 정책이 적용되는 제공자 명단에는 문서 A(Exhibit A)에 첨부된 바와 유사한 형식을 사용하여 기관의 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.
- “일반청구금액” 또는 “AGB”는 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 관하여 해당 치료를 보장하는 보험을 가진 사람들에게 일반적으로 청구되는 금액입니다.
- “지역주민”은 메릴랜드 주, 버지니아 주 및 워싱턴 DC의 시 경계의 거주자를 의미합니다.
- “응급 치료”는 심각하고, 생명을 위협하거나 장애를 초래할 수 있는 상태로 인해 환자에게 즉각적인 의료 개입이 필요하다는 의미입니다. 일반적으로 그런 환자는 응급실을 통해 진찰 및/또는 입원이 이루어집니다.
- “의학적으로 필요한 치료”는 면허를 가진 의료 제공자가 임상적 가치가 있다고 판단하여 의학적으로 필요하다는 결정이 내려진 치료를 의미합니다. 본 정책이

# Providence Hospital

## Patient Financial Assistance

적용되는 환자가 요청한 치료를 검토 의사가 의학적으로 필요하지 않다고 판단하는 경우, 해당 결정은 또한 반드시 주치의 또는 의뢰 의사의 확인도 반드시 받아야 합니다.

- “기관”은 워싱턴 DC의 Providence Hospital을 의미합니다.
- “환자”는 기관에서 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 치료를 받는 사람들과 환자 치료에 대한 재정적인 책임을 지는 사람을 의미합니다.

### 제공되는 재정 지원

1. 가계 소득이 연방빈곤수준(“FPL”)의 250% 이하인 환자는 보험사가 지불한 후에 환자가 책임을 져야 하는 의료비에 대해 100% 자선 진료 탕감 혜택을 받게 됩니다.
2. 최소한, 가계 소득이 FPL의 250%를 초과하지만 400% 이하인 환자는 보험사가 지불한 후에 환자가 책임을 져야 하는 의료비에 대해 차등제에 따른 할인을 받게 됩니다. 차등제 할인을 받을 수 있는 환자에게는 계산된 AGB 청구금액을 초과하여 청구되지 않습니다. 차등제 할인은 다음과 같습니다.

#### 연간 지침

할인	100%	90%	80%	70%
FPL	<250%	300%	350%	400%

3. 가계 소득이 FPL의 400%를 초과하는 상태에서 재정적 지원이 필요하다고 입증된 환자는 지불 능력에 대한 실질적인 평가를 기반으로 기관이 제공한 서비스에 대한 청구금의 일부 할인을 결정하는 “자산 조사”에 따라 고려 대상이 될 수 있습니다. Providence 병원은 FPL의 400%를 초과하는 신청자에 대하여 의료 빈곤(Medical Indigence)을 고려할 것입니다. 지난 한 해의 총 미불 의료 부채가 가계 총 소득을 초과하는 경우, 해당 환자는 95% 탕감을 초과하지 않는 재정 지원을 받게 됩니다. “자산 조사” 할인을 받을 수 있는 환자에게는 계산된 AGB 청구금을 초과하여 청구되지 않습니다.
4. 기관을 “네트워크 범위 외”로 간주하는 특정 의료 보험에 가입한 환자에 대해, 기관은 환자의 보험 정보 및 기타 관련 사실 및 상황에 대한 검토를 바탕으로 환자가 달리 이용 가능한 재정 지원을 축소 또는 거부할 수 있습니다.
5. 100% 자선 진료를 받을 자격이 있는 환자에게는 Providence Hospital 및/또는 Providence Health Services로부터 받은 서비스 건당 최대 \$20.00까지 명목상 고정 수수료가 부과될 수 있습니다.
6. 재정 지원을 받을 자격은 수익 주기의 임의의 시점에 결정될 수 있으며 신청자가 재정 지원 신청서(“FAP 신청서”)를 작성하지 못한 경우라고 하더라도 자격을 결정하기 위해 추정적 등급 지정법을 사용할 수 있습니다.
7. 재정 지원을 받을 자격은 재정적 도움을 필요로 하는 환자가 부담해야 하는 잔액에 대해 결정되어야 합니다.

# Providence Hospital

## Patient Financial Assistance

8. 재정 지원을 받을 자격과 관련한 기관의 결정 사항에 대해 환자 및 가족이 이의 제기를 하는 절차는 다음과 같습니다:
  - a. 환자/보증인은 가계 소득 입증 또는 정상 참작이 가능한 정황에 대한 설명과 같은 추가 정보를 재정 상담부에 제출함으로써 재정 지원 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다.
  - b. 모든 이의 제기는 Providence Hospital의 100% 자선 진료 및 재정 지원 이의 제기 위원회에서 숙고하여, 위원회 결정을 이의 제기를 한 환자 또는 가족에게 서면으로 전달할 것입니다.

### 재정 지원을 받을 자격이 되지 않는 환자를 위한 기타 지원

상기에 설명한 바와 같이 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 되지 않는 환자는 기관이 제공하는 다른 유형의 지원을 받을 수 있습니다. 완전한 내용 전달을 위해, 다른 유형의 지원을 여기에 명시하였습니다. 이러한 지원은 비록 요구에 기반한 것이 아니고 501(r)의 적용 대상은 아니지만 Providence Hospital이 서비스를 제공하는 주민들의 편의를 위해 여기에 포함시켰습니다.

1. 재정 지원을 받을 자격이 되지 않는 무보험 환자에게는 해당 기관의 최고액 납부 지불자에게 제공되는 할인율에 따라 할인이 제공됩니다. 최고액 납부 지불자는 인원수 또는 총 환자 매출 단위로 볼 때 기관 환자의 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 연도에 기관의 사업 규모의 최소 3%를 차지하도록 해야 합니다.
2. 무보험 환자 할인: 무보험 환자에 의해 발생한 소매(총) 청구금에 적용되는 할인 또는 제공된 서비스의 65%

### 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. 기관은 501(r)에 따라 “look-back(과거 기록 이용)” 방식을 사용하고 Medicare 진료행위별 수가제와 기관에 보험금을 지급하는 모든 민간 의료보험사를 포함시켜 한 가지 이상의 AGB 비율을 산정합니다. AGB 계산 내역 및 비율의 무료 사본은 재정 상담 부서(문서 B)에 요청하여 받을 수 있습니다.

# Providence Hospital

Patient Financial Assistance

## 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. 환자가 FAP 신청서에 또는 추정적 자격 등급 절차와 관련하여 허위 정보를 제공하는 경우 재정 지원이 거부될 수 있습니다. FAP 신청서 및 FAP 신청 설명서가 제공됩니다. 세부 지침은 아래를 참조해 주십시오,

Providence Hospital:

FAP 신청서 및 FAP 신청 설명서는 다음과 같은 방법으로 얻을 수 있습니다.

- <http://www.provhosp.org/patients-guests> 방문
- Providence Hospital에 서면으로 요청, 수신: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr), 1150 Varnum St., NE, Washington, DC 20017
- 재정 상담 사무소에 (202) 854-4081번으로 직접 연락
- Providence Hospital의 재정 상담실 방문

작성된 신청서는 반드시 재정 상담실에 제출해야 합니다.

Providence Health Services:

- 담당 의사의 진료실에 요청
- NRSC Financial Assistance Representative, 10330 N. Meridian Street, 2N PFS, Indianapolis, Indiana 46290으로 서면 전달
- NRSC 재정 지원 담당자에게 800-566-5050번으로 직접 연락

## 대금 청구 및 추심

미지불이 발생하는 경우에 기관이 취할 수 있는 조치는 별도의 대금 청구 및 추심 정책에 설명되어 있습니다. 재정 상담실을 통해 대금 청구 및 추심 정책의 무료 사본을 구할 수 있습니다.

## 해석

본 정책은 특별히 명시된 경우를 제외하고 501(r)을 준수합니다. 특별히 명시된 경우를 제외하고 본 정책은 모든 해당 절차와 함께 501(r)에 따라 해석 및 적용됩니다.