



원본 1999년 1월 1일
 최종 승인 2022년 3월 29일
 최종 개정 2022년 3월 29일
 다음 검토 2025년 3월 28일

소유자 John Ordonez:
 IDS Admin Dir
 환자 회계
 분야 비즈니스 관리
 적용 PIH Health Good Samaritan Hospital
 정책 번호 300.85500.301

재정 지원 정책(FAP) 일명 자선 치료 및 할인 정책 - 300.85500.301

적용:

PIH Health Good Samaritan Hospital (PHGSH)

목적

PIH Health Good Samaritan Hospital(PHGSH)은 환자가 지불 능력에 관계없이 차별 없이 필요한 치료를 받을 수 있도록 최선을 다하고 있습니다. 본 정책의 목적은 자선 또는 자기부담 할인의 자격요건을 충족하는 환자들을 식별하고 처리하기 위한 지침을 제공하는 것입니다.

정의

1. 의학적 필수 서비스는 환자를 치료하거나 진단하는데 필수적인 것으로 이것이 생략되는 경우 환자의 상태, 질병 또는 부상에 악영향을 주고 선택적 또는 성형 수술 또는 치료로 고려되지 않는 것들을 의미합니다.
2. FAP 자격요건 충족 환자 또는 “자선 치료 환자”는 PHGSH 서비스를 지불할 수 없는(지불 거부 대비) 환자를 의미합니다. 가계소득이 연방 빈곤 수준(FPL)의 400%를 초과하지 않는 환자들의 모든 경우는 이 정책 하에 고려될 수 있습니다. 고소득(또는 서류 미비 소득) 가족의 환자도 PHGSH 직원이 환자가 치료비를 지불할 자원이 없을 것이라고 합리적으로 판단하는 경우 자격요건을 충족할 수도 있습니다.

3. 자기부담 환자는 개인 또는 단체 건강 보험에 가입되어 있지 않으며 Medicare, Medi-Cal, Healthy Families Program, California Health Benefit Exchange, Los Angeles County Indigent Patient Program, California Children's Services(CCS), Victim of Crime(VOC), 근로자 보상, 주정부 지원 California Healthcare for Indigent Program(CHIP), 사고 보상(TPL) 또는 기타 프로그램을 통해 혜택을 받을 자격이 없는 환자입니다.
4. 고액 의료 비용 환자는 보험이 있거나 다른 출처에서 지급받을 자격이 있지만 가족 소득이 FPL의 400% 이하이고 이전 12개월 동안 가계 소득의 10%를 초과하는 본인부담 의료 비용이 있는 환자입니다.
5. 가계 소득에는 환자의 모든 "가족" 구성원의 소득이 포함됩니다. 18세 이상 환자의 경우, 가족에는 환자의 배우자, 동거인 및 21세 미만의 부양 자녀가 포함됩니다. 18세 미만 환자의 경우, 가족에는 환자의 부모, 돌보는 친척 및 부모 또는 돌보는 친척의 21세 미만 자녀가 포함됩니다.

자기부담 및 보험이 없는 환자에 대한 원칙

PHGSH는 이 정책을 시행할 때 다음 원칙을 준수할 것입니다:

1. 병원비에 대한 두려움 때문에 환자가 응급 의료 서비스를 찾는 것을 방해해서는 안 되며 환자가 지불 능력이 없다고 해서 의학적으로 필요한 치료를 거부하는 이유가 되어서도 안 됩니다.
2. 병원은 그들이 받은 치료의 일부 또는 전부를 지불할 수 없는 환자들에게 재정 지원을 제공할 것입니다.
3. 병원은 건강 보험이 없거나 부적절한 건강 보험(고액 의료 비용 환자의 경우)이 있는 FAP 자격 요건을 충족하는 환자에게 일반 보험사 또는 정부 프로그램이 지불하는 것보다 더 많은 비용을 지불하도록 요구함으로써 재정적으로 불이익을 주지 않을 것입니다(일반적으로 청구되는 금액(AGB)에 대한 자세한 내용은 아래 참조).
4. 하지만 병원이 제공하는 재정 지원은 개인의 책임을 대신할 수 없습니다. 모든 환자는 개인의 지불 능력에 따라 치료 비용에 기여할 것으로 예상됩니다.
5. 모든 환자들은 존엄성, 연민 그리고 존중을 바탕으로 치료받게 될 것입니다.
6. 우리의 채무 추심 관행은 이러한 원칙과 모든 적용 가능한 법률을 준수할 것입니다.

정책

1. PHGSH는 건강 보험이 없는 환자가 Medicare, Medi-Cal, Healthy Families Program, California Health Benefit Exchange, Los Angeles County Indigent Patient Program, California Children's Services(CCS), Victim of Crime(VOC), 근로자 보상, 주정부 지원 California Healthcare for Indigent Program(CHIP) 및 제3자 책임(TPL)을 통한 사고에 대한 보상을 포함한 프로그램에서 자격이 될 수 있는 혜택을 확인하고 신청할 수 있도록 지원할 것입니다. 추가로 자격요건을 충족한 저소득 환자들은 QueensCare 및 Good Hope와 같은 자선 보조금 프로그램을 통해 그들의 채무 책임 일부 또는 전부에 대한 지원을 받을 수도 있습니다. PHGSH는 또한 사례별로 자금이 지원되지 않는 자선 단체로서 무료 또는 대폭

할인된 필수 치료를 제공할 수 있습니다.

2. 보험이나 건강 보험 혜택 또는 프로그램에 대한 자격이 없는 무보험 환자에게는 자기 부담 할인 요율이 제공될 것입니다. 이러한 요율은 "현금 가격 정책"에 따라 책정될 것입니다.
3. 보험에 가입하지 않았고 다른 프로그램의 혜택을 받을 자격이 없는 환자는 소득과 자산에 따라 100% 자선 치료 할인, 부분 자선 치료 할인 또는 자기부담 할인을 받을 수 있습니다(아래 전체 또는 부분 자선 진료 할인 자격 섹션에서 추가 설명 참조).
4. 이 정책은 환자가 "고액 의료 비용 환자"로 지원 자격이 없는 한 보험사에서 부과하는 공제액, 코페이먼트 및/또는 공동 보험료에는 적용되지 않습니다. 또한 의학적으로 필요하지 않은 서비스(예: 성형 수술) 또는 별도로 청구되는 의사 서비스에도 적용되지 않습니다.
5. 환자 또는 책임 있는 당사자가 재정적 자격에 대해 잘못된 정보를 제공하거나 자격이 있을 수 있는 제3자 보험 혜택을 신청하고 받기 위해 모든 합당한 노력을 기울이지 않는 경우에는 본 정책이 적용되지 않습니다.
6. 이 정책에 따라 자선 할인을 요청하는 모든 환자 또는 환자의 법적 대리인은 소득, 자산 및 모든 잠재적 건강 혜택 보장에 대한 서류를 요구하는 PHGSH의 합당한 요청에 대응하기 위해 모든 합당한 노력을 기울여야 합니다. 정보를 제공하지 못할 경우 요청한 자기부담 또는 자선 치료 할인이 거부될 수도 있습니다. 그러나 이 FAP 또는 FAP 신청서(FAR)에 설명되지 않은 정보나 문서를 제공하지 않았다는 이유로 재정 지원이 거부될 수 없습니다.

절차

1. 입원/등록 시 모든 환자에게 자격에 대한 정보와 추가 정보를 얻을 수 있는 병원 직원 또는 사무실의 연락처 정보(이름 및 전화번호)가 포함된 이 재정 지원 정책의 일반 언어 요약본이 제공될 것입니다. 일반 언어 요약본은 병원 시설에서 서비스를 받거나 받을 가능성이 있는 사람의 5% 또는 1,000명 미만이 사용하는 언어(현재 스페인어 및 한국어)와 영어로 제공될 것입니다. 기타 언어를 사용하는 환자에게는 통역사가 통지서를 구두로 통역해줄 것입니다.
2. 가능할 때마다 PHGSH는 자기부담 환자가 Medicare, Medi-Cal, The Healthy Families Program, California Health Benefit Exchange, Los Angeles County Indigent Patient Program, California Children's Services(CCS), California Health Insurance Program (CHIP), Victim of Crime(VOC) 등과 같은 민간 보험사 또는 정부 후원 프로그램 또는 근로자 보상을 통한 고용주 또는 제3자 책임(TPL)으로 인한 다른 사람을 포함하여 제3자 지급인의 보장을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 재정 심사를 제공할 것입니다. 실현 가능하다면 PHGSH는 환자들이 가능한 지불 출처를 확인하고 프로그램을 신청할 수 있도록 도움을 제공할 것입니다. 이 재정 심사는 긴급 심사 및 평가를 위해 연기된 경우를 제외하고 서비스가 제공되기 전에 가능한 한 빨리 수행될 것입니다(아래에 설명됨). 자기부담 환자에게 제공되는 정보에는 환자가 Medi-Cal, Healthy Families, California Health Benefit Exchange를 통한 보장, Los Angeles County Indigent 프로그램 및 기타 주 또는 카운티에서 지원하는 건강 보장에 대한 신청서를 얻을 수 있는 방법에 대한 설명이 포함되고 병원에서 이러한 양식들을 제공할 것입니다. 통지에는 법률 서비스 사무소에

있는 지역 소비자 지원 센터에 대한 추천도 포함되어야 합니다. 보장이 확인되지 않으면 자기 부담 환자에게 **Medi-Cal, Healthy Families** 및 기타 주 또는 카운티에서 후원하는 건강 보장 프로그램과 재정 지원을 제공할 수 있는 모든 자선 지원 프로그램에 대한 신청서가 제공될 것입니다. 이는 환자가 입원하였거나 응급 또는 외래 치료를 받는 환자들의 경우에 퇴원 전에 제공될 것입니다.

3. 응급 상황이 있거나 있을 수 있는 환자의 경우 재정 심사는 환자가 의료 심사를 받고 환자를 안정시키기 위해 필요한 치료를 받을 때까지 연기될 것입니다. 환자가 입원/등록 절차를 완료하는 동안 치료가 지연되어서는 안됩니다. 항상 환자의 건강 상태를 충분히 고려해야 하며 재정 검토 과정에서 환자에게 불안감을 주지 않도록 주의해야 합니다.
4. 입원/등록 시 재정 정보를 수집할 수 없는 경우 환자가 받을 수 있는 모든 재정 지원에 대한 적절한 청구 및 접근을 용이하게 하기 위해 환자가 퇴원하기 전에 정보를 수집하기 위한 합리적인 시도를 해야 합니다.
5. 환자는 요청 시 건강 보험 보장에 관한 완전하고 정확한 정보를 제공해야 하며, 자선 치료 또는 자기부담 치료를 신청하는 경우 병원이 정부 후원 프로그램 또는 자선 치료 프로그램 또는 자기부담 할인 프로그램의 지원에 대한 적격성을 평가할 수 있도록 금융 자산 및 소득 자료를 제공해야 합니다.
6. 일반적으로 병원의 경험에 따르면 자기부담 환자들은 병원비를 지불할 능력이 부족하며 이를 확인하기 위해 금융 정보를 수집하는 것이 필수적인 것은 아닙니다. 환자의 보험 보장 또는 재정 자원에 대한 질문이 있는 경우 병원은 자기부담 환자가 재정 지원 요청(**FAR**) 양식을 작성하도록 요청할 수도 있습니다. **FAR**은 필요한 서비스에 대한 환자의 지불 능력을 판단하고 공공 지원, 기타 프로그램 및 병원의 자기부담 할인에 대한 환자의 적격성을 판단하는 데 사용될 것입니다. **FAR**에 대한 정보는 추가 지원 문서를 취득하지 않고 수락될 수 있지만 환자는 세금보고서 또는 급여 명세서 및 환자의 자산을 갖고 있는 금융기관으로 부터의 확인 등의 근거 서류를 요청할 수도 있습니다. **FAR** 및 근거 서류는 샘플링을 위해 요청할 수 있으며 또한 확인 가능한 정보가 환자가 자선 치료에 자격요건을 충족하는 지에 대해 질문사항이 있는 것으로 판단될 경우에 요청할 수 있습니다. 서면 **FAR**은 병원 시설에서 서비스를 받거나 서비스를 받거나 받을 가능성이 있는 **1,000명** 또는 **5%** 미만의 사람들이 사용하는 언어(현재 스페인어 및 한국어)와 영어로 제공되고 다른 언어를 사용하는 사람들을 위해 번역될 것입니다.
7. 자선 치료 할인 재정 심사 및 자산 조사는 입원 부서의 재정 상담사 및/또는 환자 업무 서비스의 추심 담당자가 수행할 것입니다. 환자 업무 서비스(**Patient Business Service**)는 병원이나 그 대리인이 특별 추심 조치에 관여하기 전에 **FAP** 적격성을 판단하기 위해 합당한 노력을 기울였는지 결정할 최종 권한이 있습니다(자세한 내용은 아래 환자 청구 및 추심 섹션 참조).

전체 또는 부분 자선 치료 할인에 대한 자격요건

1. 가계 소득이 **FPL의 400%** 이하인 자기부담 환자는 가계 소득에 따라 전체 또는 부분 자선 치료 할인을 받을 수 있습니다.
 - a. 가계 소득이 **FPL의 200%** 미만인 자기부담 환자는 제공된 서비스에 대해 전액 자선 치료 할인을 받을 수 있습니다.
 - b. 가계 소득이 **FPL의 200%~400%**인 자기부담 환자는 적용 가능한 현금 가격의 **60%**에 해당하는 서비스에 대해 부분 자선 치료 할인을 받을 수 있습니다(현금 가격 정책 참조).
2. 병원은 자기부담 또는 자선 치료 할인에 대한 환자의 적격성을 평가하기 위해 환자에게 **FAR** 양식을 작성하도록 요청할 수 있습니다.
 - a. 병원의 요청 시 환자는 최근 제출한 연방 세금 보고 또는 최근 급여 명세서를 제출하여 그의 가계 소득을 서류화하는 것이 필요할 수도 있습니다.
 - b. 법적으로 제외된 금액을 초과하는 자산은 허용 가능한 자산을 초과하는 것으로 간주되어 자선 진료 할인이 거부될 수 있습니다. 하지만 다음 자산은 고려대상에서 제외될 것입니다.
 - i. 자격요건 충족 및 미충족 퇴직 계정 및 **IRS** 정의 이연 보상 계획.
 - ii. 모든 화폐 자산의 첫 **\$10,000**.
 - iii. **\$10,000**을 초과하는 모든 화폐 자산의 **50%**.
 - iv. 환자 가족의 기본 거주지
3. 고액 의료 비용 환자는 가계 소득이 **FPL의 400%** 이하이고 (병원에서 발생했든 외부에서 발생했든 관계없이) 이전 **12개월** 동안의 본인 부담 의료 비용이 가계 소득의 **10%**를 초과한 경우 미결제 환자 책임 금액에 대해 **100%** 자선 할인을 받을 수 있습니다. 이러한 할인에 대한 자격은 이전 **12개월** 테스트를 충족하는 데 필요한 경우 재평가될 것입니다.
4. 위에 명시된 자선 치료 할인 자격 기준을 충족하는 자기부담 환자 및 고액 의료 비용 환자의 계정은 적절한 경우 공익 자선 단체인 **QueensCare** 또는 민간 자선 보조금인 **Good Hope**에 제출될 수 있습니다. **QueensCare**에 계정을 제출할 환자는 **QueensCare** 인증서를 작성하고 서명해야 합니다. **Good Hope** 환자는 대폭 할인된 서비스에 대해 소액의 금액을 지불해야 합니다.
5. 노숙자 환자에게는 외래 진료소를 통해 퇴원 후 후속 의료 서비스를 제공하고 사후 의사소통을 용이하게 하기 위해 사서함 서비스를 제공하는 **People Assisting the Homeless(PATH)**와 같은 프로그램에 대한 추천을 수락할지 여부를 묻습니다. **PHGSH**는 **PATH** 또는 비슷한 프로그램이 제공하는 서비스 목록을 포함한 책자를 제공할 것입니다. **PATH** 또는 유사한 프로그램에 대한 추천을 수락하는 노숙자 환자는 추천 수락을 나타내는 "추천 수락 확인 양식"에 서명해야 합니다. 환자는 서명된 문서의 사본을 받게 되며 서명된 원본은 환자의 의료 기록에 보관될 것입니다. 퇴원 계획을 돕는 직원은 **PATH** 또는 유사한 프로그램과 적절한 연락을 취하여 후속 조치를 준비해야 합니다. **PHGSH** 퇴원 계획자는 환자가 우편 서비스에

등록하고 환자가 지속적인 치료를 위해 진료소에 내원할 때 PHGSH와의 후속 치료를 용이하게 할 수 있도록 PATH 또는 유사한 프로그램에 추천 양식 및 우편함 추천 양식을 보내야 합니다.

- 환자가 할인된 청구서를 지불할 수 없다고 표명하는 경우 연장된 지불 계획이 제공될 것입니다. 지불 계획의 조건은 병원과 환자가 협의할 것입니다. 연장된 지불 계획은 무이자입니다. 지불 계획에 대한 합의가 이루어지지 않을 경우, 병원은 “필수 생활비 공제액을 제외하고 한 달 동안 환자 가족 소득의 10% 이하의 월부담금을 의미하는 합리적 지불 방식”에 따라 지불을 요구할 수 있습니다. '필수 생활비'는 다음 중 하나에 대한 비용을 의미합니다: 임대료 또는 집세 지불 및 유지보수, 음식 및 가정 용품, 유틸리티 및 전화, 의복, 의료 및 치과 지불, 보험, 학교 또는 보육, 자녀 또는 배우자 지원, 보험료, 가스비, 수리비, 할부금, 세탁비, 청소비, 기타 특별한 경비를 포함한 교통비와 차량 비용"

자기부담 자선 할인

제3자 지불인 혜택 또는 기타 건강 보험 프로그램에 대한 자격이 없는 자기부담 환자에게는 할인된 현금 가격 요율이 제공될 수 있습니다. 현금 가격 정책을 참조하십시오. 전체 서비스 제공 비용과 환자가 지불해야 하는 할인 요율 간의 차액은 자선 치료로 분류됩니다.

일반적으로 청구되는 금액(AGB)

자격 요건이 판별되면 보험이 있든 없든 FAP 자격 요건을 충족하는 환자에게는 일반적으로 청구되는 금액(AGB)보다 더 많이 청구되지 않을 것입니다. PHGSH는 전향적 방법을 사용하여 AGB를 계산합니다. 즉, FAP 자격 요건을 충족한 개인이 Medicare 행위별수가제 수혜자일 경우 사용되는 청구 및 코딩 프로세스를 사용하여 Medicare가 환급할 금액과 수혜자가 코페이먼트, 공동 보험료 및 공제액의 형태로 개인적으로 지불할 책임이 있는 금액을 포함하여 치료에 대해 허용되는 총 금액을 결정합니다.

다음과 같은 경우 PHGSH는 AGB 관련 법적 요구사항을 충족합니다: AGB를 초과하는 금액이 a) 의학적으로 필요한 치료를 제공하기 위한 전제 조건으로 이루어지거나 요청된 경우, b) AGB를 초과하는 청구 시점에 FAP 자격이 있는 개인이 치료에 대한 재정 지원을 받기 위해 병원 시설에 완전한 FAP 신청서(FAR)를 제출하지 않았으며 시설에서 달리 FAP 자격이 있다고 결정하지 않은 경우, c) 개인이 이후에 작성한 FAR을 제출하고 치료에 대한 FAP 적격자로 결정되면, 병원은 개인이 치료에 대해 지불한 개인 책임을 초과한 \$5 이상의 금액을 병원 시설이나 병원이 치료를 위해 부채를 소개하거나 판매한 다른 당사자에게 환불한 경우.

환자 청구 및 추심 관행

1. PHGSH는 환자 계정이 공정하고 일관되게 처리되도록 노력할 것입니다. 모든 환자들은 존엄성, 연민 그리고 존중을 바탕으로 치료받게 될 것입니다. 우리의 채권 추심 관행은 이러한 원칙과 일치하며 캘리포니아 및 연방법의 모든 요구 사항을 준수할 것입니다.
2. 치료가 제공되는 시점 또는 그 이전에 보장 증빙 서류를 제공하지 않은 환자는 병원에서 제공한 서비스에 대한 전체 비용 명세서를 받게 됩니다. 청구서에서 눈에 잘 띄는 서면 통지는 이 FAP에 따른 재정 지원의 가용성에 대해 수령인에게 알려주고 FAP 및 FAP 신청 절차에 대한 정보를 제공할 수 있는 병원 시설 사무실 또는 부서의 전화번호와 FAP 문서 사본을 얻을 수 있는 다이렉트 웹사이트 주소(또는 URL)를 포함합니다. 또한 명세서에는 병원에 건강 보험 정보를 제공하라는 요청과 FAP의 일반 언어 요약본 사본이 포함될 것입니다. 또한 환자는 Medicare, Medicare, Medi-Cal, Healthy Families, California Health Benefit Exchange, Los Angeles County Indigent Patient Program, California Children Services(CCS), 자선 또는 자기부담 할인 자격이 있을 수 있다는 통지를 받을 것입니다. 이 통지에는 환자가 적절한 신청서를 얻을 수 있는 방법을 포함하여 추가 정보를 얻을 수 있는 병원 직원 또는 사무실의 연락처 정보(이름 및 전화번호)가 포함될 것입니다. 통지에는 법률 서비스 사무소에 있는 지역 소비자 지원 센터에 대한 추천도 포함되어야 합니다. 보험 보장이 없는 환자에게는 Medi-Cal, Healthy Families 및 기타 주 또는 카운티에서 후원하는 건강 보험 프로그램과 재정 지원을 제공할 수 있는 모든 자선 지원 프로그램에 대한 신청서가 제공될 것입니다. 이는 환자가 입원했거나 응급 또는 외래 치료를 받는 환자의 경우 퇴원 전에 제공되는 통지에 추가되어야 합니다.
3. 환자가 30일 이내에 상기 명세서와 통지에 응답하지 않는 경우, 보험 정보를 요청하고 자기부담 자선 치료 할인 신청 옵션을 제공하는 정보와 함께 전체 비용을 반영한 두 번째 명세서가 환자/보증인 주소로 우송될 것입니다. 환자가 30일 이내에 다시 응답하지 않으면 병원은 환자가 개인 또는 단체 건강 보험을 통한 보장 대상이 아니며 제3자 지불인 혜택(예: Medicare, Medi-Cal, Healthy Families 프로그램, California Health Benefit Exchange, Los Angeles County Indigent Patient Program, California Children's Services(CCS), Victim of Crime(VOC), 근로자 보상, 주정부 지원 California Healthcare for Indigent Program(CHIP) 및 사고 보상(TPL)) 대상이 아닌 것으로 간주할 것입니다. 이에 반대되는 증거가 있지 않는 한 병원은 환자가 자선 할인을 받을 자격이 있다고 가정하고 자선 할인으로 환자의 계정을 조정할 수 있습니다. 후속 명세서에는 이러한 할인된 요율이 반영될 것입니다.
4. 환자가 합당한 기간 내에 제공된 자선 또는 Medi-Cal 신청서를 작성하지 못한 경우 추심을 위해 또는 할인된 요율을 지불하기 위해 합당한 노력을 기울인 후(환자가 자선 FAP 신청서, 병원 FAP에 대한 적절한 통지, 3개 이상의 진술서 및 최종 명세서를 받음) 불량 채무로 분류되어 추심에 배정될 것입니다. 첫 번째 퇴원 후 청구서가 발행된 후 120일이 지나면 환자 또는 책임있는 당사자에게 불리한 정보가 소비자 신용 기관에 보고될 수 있고 미납으로 인해 민사소송이 제기될 수 있다는 정보를 제공하는 30일 통지가 환자 또는 책임있는 당사자들에게 제공될 것입니다. FAP의 일반 언어 요약본 및 지원 신청 방법 정보는 본 통지에 포함될 것입니다.

5. 환자가 **PIH Health**를 신청하는 경우 **Good Samaritan Hospital**은 재정 지원 자격을 결정하는 동안 모든 **ECA**를 중단할 것입니다. 환자가 **FAP**에 대한 자격이 있는 경우 해당 계정이 추심 대행사에 할당되지 않도록 제거될 것입니다. 환자의 신용 평가 보고서에서 체납 기록이 제거될 것입니다.
6. 환자가 병원의 재정 지원 정책, 일명 자선 진료 및 할인 정책에 따라 자격을 얻으려고 시도하고 선의로 미결제 청구서를 해결하려고 시도하는 경우 해당 법인이 이 정책을 준수하기로 동의하지 않는 한 병원은 미납 계정을 추심 대행사나 다른 양수인에게 보내지 않을 것입니다.
7. 자기 부담 자선 할인, 자선 치료 할인 및 고액 의료비에 대한 적격성은 병원이 환자의 자격 요건을 판단하는 데 필요한 모든 정보를 받은 시점에 결정될 수 있습니다. 환자는 재정 정보에 변경 사항이 있으면 즉시 **PHGSH**에 보고해야 합니다.
- 9.
8. **PHGSH** 또는 계약된 추심 대행사는 환자가 지불해야 하는 금액을 징수하기 위해 합당한 노력을 기울일 것입니다. 이러한 노력에는 가능한 정부 프로그램 보장 지원, 자선 치료 적격성 평가, 자기부담 할인 및 연장 지불 계획 제안이 포함됩니다. **PHGSH**는 기본 거주지에 임금 압류 또는 유치권을 행사하지 않고, 이전 청구서의 미납으로 인해 의학적으로 필요한 치료를 연기하거나 거부하지 않으며, 의학적으로 필요한 치료에 대한 선지급을 요구하지 않을 것입니다. 이는 **PHGSH** 또는 계약된 추심 대행사가 제3자 책임 합의 또는 기타 법적 책임 당사자로부터 상환을 추구하는 것을 배제하지 않습니다. 병원이 환자의 미지급 금액을 청구하는 데 도움을 주는 기관은 병원의 표준 및 관행 범위를 준수하겠다는 서면 동의서에 서명해야 하며, **PHGSH**는 추심 기관과 분기별로 만나 준수 여부를 확인하고 성과를 검토합니다. 또한 대행사는 다음 사항에 동의해야 합니다.
 - a. 초기 퇴원 후 청구 **150**일 이전에는 언제든지 소비자 신용 보고 기관에 불리한 정보를 보고하거나 미납에 대한 민사 소송을 시작하지 않으며, 자격 결정이 내려질 때까지 **FAP** 신청서(**FAR**)가 제출된 경우 그러한 조치를 중단합니다. 개인이 **FAP** 자격이 없다고 판단되는 경우 다른 모든 요건이 충족되면 **ECA**가 시작/재개될 수 있습니다.
 - b. 신청자가 공표된 파일을 통해 환자가 임금 압류 판결 하에 지불할 능력이 있다고 믿는 근거를 제공하여 법원이 통지된 신청에 의한 명령 외에 임금 압류 조치를 사용하지 않으며 법원은 판결의 규모와 환자가 심리에서 환자의 현재 상태를 기반한 예상된 미래 의료 비용 및 기타 의무를 포함한 지불 능력에 대한 추가 정보를 고려할 것입니다.
 - c. 주 거주지에 유치권을 설정하지 않습니다.
 - d. 캘리포니아 및 연방법의 모든 요구 사항을 준수합니다.
10. 환자에게 금액이 과다 청구된 경우 병원은 과다 청구된 금액을 환자에게 상환해야 합니다. 과다 청구된 금액에 대한 이자가 지불될 것입니다. 이자는 현행 이자율을 기준으로 하며 초과 지급을 받은 날짜부터 계산됩니다.

응급 및 기타 의사에 대한 적용

병원은 의사를 고용할 수 없기 때문에 이 FAP는 병원 시설 서비스에만 적용되며 응급실 의사, 방사선 전문의, 병리학자, 마취 전문의, 입원 전문의, 외과 의사 또는 기타 의사에게는 적용되지 않습니다. 그러나 병원에서 응급 서비스를 제공하는 응급 의사는 재정적 및 운영적 건전성을 유지하기 위해 연방 빈곤 수준의 400% 이하인 무보험 환자 또는 고액 의료 비용을 내는 환자에게 할인을 제공해야 합니다. 일반적으로 병원은 응급실 직원 및 응급 전화 패널에서 근무하는 의사에게 병원과 계약을 맺은 플랜과의 계약 상태를 유지하고 본 자선 치료 및 할인 정책에 따라 환자에게 할인을 제공하도록 요구할 것입니다.

분쟁

환자는 자선 할인에 대한 자격요건 결정에 동의하지 않을 수 있습니다. 환자는 (213) 482-2700번으로 환자 재무 서비스 책임자에게 결정 검토를 요청할 수 있습니다. 최종 결정은 환자의 검토 요청 15일 이내에 이루어질 것입니다.

보고 절차

PHGSH의 자선 치료 및 할인 정책은 최소한 격년으로 1월 1일에 또는 중대한 변경 사항이 있을 때 주정부 기획실(Office of Statewide Planning)에 제공될 것입니다. 이전에 정보를 제공한 이후 병원에서 변경 사항이 없는 경우 사무실에 변경 사항이 없다고 통보할 것입니다.

자선 치료 및 할인 정책 커뮤니케이션

PHGSH의 환자 금융 서비스는 재정 지원 정책, 일명 자선 치료 및 할인 정책을 게시하고 유지해야 합니다. 또한 직원에게 환자 재정 지원과 관련된 절차의 가용성에 대해 교육을 실시할 것입니다. 재정 지원 정책, 일명 자선 치료 및 할인 정책에 대한 공지는 청구서 및 병원 웹사이트는 물론 응급실, 입원 사무실, 외래 환자 등록 구역 및 환자 비즈니스 서비스 부서를 포함하여 병원 전체의 눈에 잘 띄는 곳에 게시될 것입니다. 이러한 공지는 병원 시설에서 서비스를 받거나 받을 가능성이 있는 사람의 5% 또는 1,000명 미만이 사용하는 언어(현재 스페인어 및 한국어)와 영어로 제공될 것입니다. PHGSH는 가족을 지원하는 적절한 지역사회 보건 기관 및 조직과 재정 지원 정책을 공유합니다.

자선 치료 감면

1. 자선 치료에는 본 정책에 따라 자기부담 자선 치료, 자선 치료 및 고액 의료비 환자에 대해 감면된 모든 금액이 포함됩니다.
2. Medi-Cal에 대한 자격요건을 충족하지만 전체 서비스 비용에 해당하는 지불금을 받지 못하거나 전체 입원 기간 동안 보장 승인을 받지 못한 환자는 자선 치료 감면 자격이 있습니다. 여기에는 비보장 비용, 비보장 서비스, 거부된 날짜 또는 거부된 입원에 대한

비용이 포함됩니다. 치료 승인 요청(TAR) 거부 및 Medi-Cal 환자에게 제공되는 비보장 서비스에 대한 지불 부족은 자선으로 분류됩니다.

- 또한 Medi-Cal이 지불하지 않는 공동 보험/공제액에 대해 Medi-Cal 보장을 갖고 있는 Medicare 환자 및 Medicare가 궁극적으로 악성 채무 상환을 제공하지 않는 금액도 자선에 포함됩니다.

연락처 정보

입원환자 서비스에 대한 재정 지원 자격요건에 대한 질문은 (213) 482-2719 번으로 자격요건 코디네이터에게 문의하십시오.

응급실 서비스에 대한 재정 지원 자격요건과 관련된 질문은 (213) 977-2421번으로 자격요건 코디네이터에게 문의하십시오.

외래 서비스에 대한 재정 지원 자격요건과 관련된 질문은 (213) 482-2700번으로 자격요건 코디네이터에게 문의하십시오.

본 정책의 시행에 대한 질문은 (213) 482-2700번으로 환자 금융 서비스 책임자에게 문의하십시오.

본 재정 지원 정책, 재정 지원 요청 신청서, 일반 언어 요약본 또는 신청 절차에 대한 질문은 PIHHealth.org/Assistance를 방문하거나 213-482-2700번으로 환자 금융 서비스에 문의하십시오.

작성한 신청서는 우편으로 다음 주소로 제출하시기 바랍니다.

PIH Health Good Samaritan Hospital
Attention: Patient Financial Services - FAP Unit
1225 Wilshire Boulevard
Los Angeles, CA 90017-2395

신청서 작성에 도움이 필요한 환자는 213-482-2700 번으로 환자 금융 서비스에 문의할 수 있습니다.

작성자

환자 금융 서비스 이사

승인 서명

단계 설명	승인자	날짜
CEO	Jim West: CEO	2022년 3월 29일
BOD	Elizabeth Gaa: 거버넌스 연락 담당자	2022년 3월 28일
BOD 운영 마감	Elizabeth Gaa: 거버넌스 연락 담당자	2022년 3월 9일
Rev Cycle & Managed Care 부사장	Noel Coppinger: Rev Cycle & Managed Care 부사장	2022년 3월 8일

Patient Access 관리 이사

Rewa Cooper: Patient Access
관리 이사, IDS

2022년 3월 8일

정책 소유자

John Ordonez: IDS Admin Dir
환자 회계

2022년 3월 8일