

신용 및 징수

정책 목차

부문 제목

- A. 환자 금융자원 및 보험 적용 범위에 대한 정보 수집
- B. 병원 청구 및 징수 관행
- C. 징수 활동에서 제외되는 집단
- D. 긴급 부실채권
- E. 특별 징수 작업
- F. 외부 징수 기관
- G. 보증금 및 할부제도

Lahey Clinic Hospital, Inc. 신용 및 징수 정책

Lahey Clinic Hospital, Inc., DBA Lahey Hospital Center & Peabody Lahey Medical Center, 이하 LHMC라고 일컬어지는 전체 Lahey Medical Center(레이히 메디컬 센터)는, 지불 능력이 있는 환자 또는 환자의 진료비를 부담할 책임 있는 제3자인 보험사로부터의 보상 요구는 물론, 다른 프로그램의 보상을 요구하는 내부 수탁자로서 의무를 집니다. 환자가 제공한 서비스에 대한 비용을 지급할 수 있는지에 여부와 보험이 없거나 또는 보험이 부족한 경우 대체 보장 옵션을 찾는 데 도움이 되는 결정을 하기 위해 병원은 환자로부터 청구 및 징수와 관련된 다음의 기준을 준수합니다. 환자 및 가족 개인 금융 정보를 얻는 데 있어 병원은 모든 정보를 연방 및 주의 개인 정보 보호 및 보안 그리고 ID 도난 법률을 따릅니다. LHMC는 Massachusetts Office of Medicaid에서 결정한 저소득 환자 또는 청구 및 징수 관행에서 저소득이라는 결정이 내려진 환자의 정책이과 재무정보에서 사전입원이나 치료 전 취득과 검증에 관한 정책을 적용하는데 있어 인종, 색깔, 국적, 이민, 종교, 신조, 성별, 성적지향, 성 정체성, 나이, 장애 등에 차별을 두지 않습니다.

이 신용 및 징수 정책은 Lahey Clinic Hospital, Inc. 및 병원의 면허 또는 세무ID 번호를 이용하는 어떤 단체에서도 같이 적용됩니다.

A) 환자 금융자원 및 보험 적용 범위에 대한 정보 수집

a) LHMC는 환자와 협력하여 다음과 같은 주요 정보를 제공해야 할 의무를 환자에게 조언해주는 일을 합니다:

응급 의료 상태에 있거나 긴급 치료 서비스가 필요한 환자를 안정시키기 위해 제공되는 서비스를 제외한 모든 의료서비스는 제공되기 전에 환자의 현재 보험상태, 인구통계학적 정보, 가족 소득 또는 집단 정책 적용 범위에 대한 변경(있는 경우)과 보험 또는 재무 프로그램에 필요한 공제액이나 공동 보험에 대한 정보에 맞춰 정확하게 제공할 의무가 있습니다. 각 항목에 대한 상세 정보는 다음의 내용을 포함해야 하지만, 이에 제한되지 않습니다.

- i) 전체 이름, 주소, 전화번호, 생년월일, 사회 보장 번호(가능한 경우), 현재 건강보험 보장 옵션, 시민권 및 거주 정보, 청구서 지불에 사용될 수 있는 환자의 해당 재정 자원;
- ii) 해당되는 경우, 환자 보증인의 전체 이름, 주소, 전화번호, 생년월일, 사회 보장 번호(가능한 경우), 현재 건강보험 보장 옵션 및 환자 청구서 지불에 사용될 수 있는 해당 재정 자원; 그리고
- iii) 기타 보험 지급에 사용될 수 있는 자원, 예를 들어 사고, 근로자 보상 프로그램, 학생 보험, 기타 보험, 자동차 보험, 또는 주택소유자의 보험 등, 자동차 또는 주택 소유자의 보험, 그리고 기타가족 수입, 예를 들어 상속, 선물 또는 이용 가능한 식탁으로부터의 분배 등.

LHMC는 환자에게 기존의 공동 납부금, 공동 보험금, 공제금 등을 포함한 미납 병원비를 기록해 주어야 하는 의무가 있으며, 일부 또는 전체 청구서 지불에 도움이 필요할 경우 병원에 연락할 의무가 있다고 조언해 주어야 합니다. 그리고 환자들에게 가족 소득이나 보험 상태의 변화에 대한 정보를 환자의 자격 여부를 결정하는 공공 프로그램에 현재의 의료보험회사(있는 경우) 또는 국가기관에 알려야 하는 요구 사항에 대해 조언해주어야 합니다. 또한 병원은 환자가 가족 소득과 보험 상태에 변동이 있어 자격 상태 변화를 병원에 통보해야 하는 경우 공개 프로그램을 통해 환자의 자격을 갱신하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

LHMC는 환자에게 가족 소득의 변경 또는 병원에서 제공하는 서비스의 비용을 부담하는 보험 청구에 관련된 정보를 병원과 해당 프로그램(예: MassHealth, Connector, Health Safety Net, or Health Safety Net Medical Hardship)에 통보할 의무에 대해 알고 있는지 확인합니다. 사고나 기타 사건으로 인해 치료비를 부담할 책임이 있는 제3자(가족 또는 자동차 보험에 제한되지 않음)가 있는 경우, 환자는 병원 또는 해당 프로그램(MassHealth, Connector 또는 Health Safety Net을 포함 또는 이에 제한되지 않음)과 협력하여 지급 또는 미지급금 서비스에 대해 의료 보험금을 회수할 권리를 할당합니다.

LHMC는 환자가 사고를 당하거나 질병이나 부상 또는 소송이나 보험 청구에서 발생할 수 있는 기타 손실에 대해 Health Safety Net Office(건강 안전 네트워크 부서) 또는 MassHealth Agency(공공 보건소)로 통보해야 할 의무를 통지합니다. 이 경우 환자는 다음을 수행해야 합니다.

- i) 가능한 경우 보상을 청구합니다.
- ii) M.G.L. C.118E의 모든 요구 사항을 준수하는 데 동의합니다. 여기에는 다음의 항목이 포함되지만 이에 제한되지는 않습니다.
 - a. Health Safety Net에서 제3자에 대한 청구 또는 기타 절차의 수익에 제공되는 지급금에 대해 Health Safety Net Office에서 회수할 수 있는 권한을 할당하는 것에 동의합니다.
 - b. 환자에게 Health Safety Net Office의 협력이 최선의 이익이 되지 않거나 심각한 위해 또는 정서적 손상을 초래한다고 판단하지 않는 한, 청구 또는 기타 절차에 대한 정보를 제공하고, Health Safety Net Office 또는 피지명자와 전적으로 협력합니다.
 - c. 청구, 민사소송 또는 기타 절차를 제기한 후 10일 이내에 Health Safety Net 또는 MassHealth Agency에 서면으로 통지합니다.
 - d. Health Safety Net의 지급을 목적으로 저소득 환자가 된 후 사고 또는 기타 사고에 대해 제3자로부터 제공된 모든 적정 서비스에 대해 제3자로부터 받은 금액으로 Health Safety Net에 상환합니다. 단, 사고 또는 기타 사건의 결과로 제공된 Health Safety Net의 지급액은 상환됩니다.

b) 병원의 의무:

LHMC는 병원에서 제공하는 의료 서비스에 대한 보장 범위를 확인하고 환자의 보험과 기타 정보를 수집하기 위해 합리적이고 성실하게 모든 노력을 기울입니다. 이러한 노력은 서비스를 위해 환자가 처음 병원에서 직접 접수하는 동안 또는 기타 다른 시간에 발생할 수 있습니다. 또한, Health Connector (건강 연결 프로그램), Children's Medical Security Program (어린이 의료 안전 프로그램), Health Safety Net (건강 안전 네트워크) 또는 Health Safety Net Medical Hardship(건강 안전 네트워크 의료비 고충 문제)에서 운영하는 프리미엄 지원 및 지불 프로그램인 MassHealth를 통해 보험혜택을 포함한 공공지원 또는 병원 재정지원 프로그램의 보장 옵션 이용 가능성에 대해 환자에게 통지합니다. 또한 MassHealth를 통해 병원에서 제공하는 공공지원 또는 병원 재정지원 프로그램을 통한 보장옵션의 가용성에 대해 환자에게 통지하고 보증이 포함되어야 하는 서비스에 대해서는 서비스 제공 후 환자 또는 환자의 보증인에게 전송되는 청구서에 대해 통지합니다. 또한 기존 공공 및 민간 금융검증 시스템을 통한 실사를 실시하여 공공 또는 민간 보험에 가입할 수 있는 환자의 자격 여부를 판단합니다. 병원은 환자에게 비 응급 및 비 긴급 의료 서비스를 제공하기 전에 그러한 정보를 수집하기 위해 노력합니다. 병원은 환자가 응급 의료 상태 또는 긴급한 치료 서비스를 필요로 하는 동안에는 이런 정보를 얻기 위한 어떤 시도도 하지 않고 다음으로 연기시킵니다.

LHMC의 부지런한 노력으로 환자의 보험 현황에 대한 정보 요청과 사용 가능한 공공 또는 개인 보험 데이터베이스를 확인하는 것은 포함되지만 제한되지는 않습니다. LHMC는 적용되는 모든 서비스에 대해 제3자 지불인에게 지불을 요청하고 보험사의 청구 및 승인 요구사항을 준수합니다. LHMC는 환자의 치료 비용을 책임질 것으로 알려져 있는 제3자인 보험 회사가 서비스의 전부 또는 일부를 지불할 때 거부하는 모든 청구 내용에 대해 이의를 제기합니다. LHMC는 보험 설계에서 환자가 이러한 항소를 해야 하는 경우가 많음을 인지하고 가능한 보험 설계에서 환자가 항소 거부나 다른 대응이 가능한 판단을 할 수 있도록 도와줍니다. 또한, 환자로부터 병원등록 또는 직원요청을 통보받았을 때 제공된 서비스의 비용을 부담할 수 있는 소송이나 보험청구에 포함되는 가족소득이나 보험상태의 변동 등에 대해 적절한 공공프로그램을 통해 관련 정보가 전달되도록 환자와 협력합니다.

병원은 환자 또는 보증인/보호자가 필요한 정보를 제공할 수 없는 경우, 환자의 동의로, 친척, 친구, 보증인/보호자 및 기타 적절한 제3자에게 추가 정보를 문의하기 위해 합리적인 노력을 기울입니다.

LHMC의 합리적인 실사 노력에는 병원에서 제공하는 서비스 비용을 제3자 보험 또는 기타 자원을 책임질 수 있는지 여부를 조사하기 위해 청구 비용을 부담할 수 있는 해당 정책이 있는지 여부에 대해 판단하기 위해 다음과 같은 내용이 포함은 되지만 이에 제한되지는 않습니다:

(1) 자동차 또는 주택 소유자의 책임 정책, (2) 일반 사고 또는 상해 보호 정책, (3) 근로자 보상 프로그램, (4) 학생 보험 등. 병원이 법적 책임 있는 제3자를 식별할 수 있거나 제3자 또는 다른 자원(개인 보험자 또는 다른 공공 프로그램 포함)으로부터 지급액을 수령한 경우, 병원은 해당 프로그램에 지급액을 보고하고 제3자 또는 기타 자원에 의해 지불되었을 수 있는 청구에 대해 프로그램의 청구 요구 사항에 따라 해당 비용을 상쇄합니다. 실제로 서비스 비용을 지불하는 국가 공공 지원 프로그램의 경우, 병원에서 환자의 제3자 서비스 범위에 대한 권리를 보장할 필요는 없습니다. 이러한 경우 환자는 해당 국가 프로그램이 환자 본인에게 제공하는 서비스 비용에 대한 위탁을 모색하려고 시도하고 있음을 알려야 합니다.

B) 병원 청구 및 징수 관행

LHMC는 환자의 보험 상태에 관계없이 환자에게 제출한 청구서를 제출하고 징수하는 일관된 절차를 갖추고 있습니다. 구체적으로, 환자가 공공 또는 민간 보험 옵션에서 가입되어 있지 않고 또 제공되는 서비스와 관련해 현재 미지급 잔액이 있는 경우, 병원은 다음과 같은 합리적인 징수/청구 절차를 따릅니다.

- a) 환자의 개인 재정 의무를 책임지는 환자 또는 당사자에게 전송되는 초기 청구서로서, 이 청구서에는 재무 지원의 가용성에 대한 정보(건강 연결 프로그램, 어린이 의료 보호에서 운영하는 프리미엄 지원 지불 프로그램인 MassHealth를 포함하되 이에 제한되지 않음)가 포함됩니다. 이것은 병원 진료비 청구에 대한 비용을 충당하기 위한 프로그램(Health Safety Net 건강 안전 네트워크와 Health Safety Net 건강 안전 네트워크 의료비 고충 문제)입니다.
- b) 후속 청구서, 전화 통화, 징수 편지, 개인 연락처 통지, 컴퓨터 통지 또는 미지급 청구서에 책임이 있는 당사자에게 연락하기 위한 정성을 담은 기타 다른 통지 방법(환자가 재정 지원이 필요한 경우 병원에 연락할 방법에 대한 정보도 포함)을 이용합니다.
- c) 가능한 경우, ("잘못된 주소" 또는 "전달 불가")로 인해 우편 서비스에서 반송되는 청구서에 대해 책임자를 찾기 위한 대체 노력으로 이를 문서화합니다.
- d) "잘못된 주소" 또는 "전달 불가"로 반송되는 경우를 제외한 1,000달러 이상의 긴급 부실채권 잔액을 발생시킨 비 보험 환자(Health Safety Net 또는 MassHealth와 같은 프로그램에 등록되지 않은 환자)에게 인증된 우편으로 최종 통지를 발송하고 환자에게 재정적 지원을 받을 수 있음을 통지합니다.
- e) 서비스 개시일로부터 120일 동안 수행된 지속적인 청구 또는 징수 조치에 대한 문서화는 계속 유지되며, 이러한 노력을 검증하기 위해 해당 연방 및 주 프로그램을 이용할 수 있습니다.

- f) 의료비 고충 문제나 부실 채권에 대한 청구서를 Health Safety Net에 제출하기에 앞서 MassHealth, Health Connector, Children's Medical Security Program, Health Safety Net에서 운영하는 프리미엄 지원 지불 프로그램인 MassHealth에 대한 보상 신청서를 제출한 이력이 있는지 Massachusetts 자격 검증 시스템(EBS)을 통해 확인합니다.
- g) 공공 지원 프로그램에 등록된 모든 환자에 대해 LHMC는 해당 주 규정에 명시되어 있고 주의료 보험 관리 정보 시스템에 추가로 표시될 수 있는 특정 공동 지급, 공동 보험 또는 공제 금액에 대해서는 해당 환자에 대한 청구서를 청구합니다.

LHMC는 주 외 거주자 같이 매사추세츠 주 공공 지원 프로그램에 등록할 자격은 없지만 주 공공 지원 프로그램의 일반 금융 자격 범주를 충족시킬 수 있는 환자에 대해서는 지정된 지급을 요구합니다. 이러한 환자에 대해 LHMC는 병원의 재정 지원 정책에 설명된 대로 환자의 수입 및 기타 기준에 따라 추가 자원을 사용할 수 있는 경우 환자에게 통보합니다. 환자들은 LHMC의 재정 지원 정책에 따라 LHMC로부터 재정 지원을 받을 수도 있습니다.

C) 징수 활동이 면제되는 집단

다음 환자집단은 주 규정 및 정책에 따라 징수 또는 청구 절차에서 면제됩니다:

MAGI 소득이 FPL의 300% 이하일 때 MassHealth, 노인, 장애인 및 아동 응급구호(EAEDC), CMSP(Children's Medical Security Plan)를 포함한 공공 의료보험 프로그램에 등록된 환자: MAGI 가구소득 또는 Health Safety Net 의료비 고충문제가 있는 가족소득이 FPL의 150.1~300%인 환자, 그리고 Health Safety Net 의료비 고충문제가 있는 환자 등과 같이 MassHealth와 Health Safety Net에서 결정한 저소득 환자에게는 다음과 같은 예외가 적용됩니다

- a) LHMC는 상기 프로그램에 등록된 모든 환자에 대해 각 특정 프로그램으로 제시된 필요한 공동 지급액 및 공제액에 대해 징수 조치를 취할 수 있습니다.
- b) LHMC는 또한 자신이 병원 서비스 비용을 부담하는 재정 지원 프로그램에 참여했다고 주장하는 환자에 대해 청구 또는 징수를 시작할 수 있지만, 이러한 참여에 대한 증거를 제공할 필요는 없습니다. 환자가 재정 지원 프로그램의 참여자(서명된 신청서 접수 또는 확인 포함)로서 만족스러운 결과를 받았다면 LHMC는 청구 또는 징수 활동을 중단해야 합니다.
- c) LHMC는 현재 저소득 환자 상태가 만료되었거나 주 자격 검증 시스템 또는 저소득층 의료 보장제도 관리 정보 시스템에서 확인되지 않는 경우 저소득 환자 결정 이전에 제공된 서비스에 대해서 저소득 환자에 대한 징수 작업을 계속할 수 있습니다. 그러나, 환자가 자격자로 결정되어 MassHealth, Health Connector, 어린이 의료 보안 계획 또는 Health Safety Net 의료비 고충 문제에 의해 운영되는 프리미엄 지원 지불 프로그램인

MassHealth에 등록되었다면, LHMC는 (일부 결합 및 공제 혜택 제외) 이전에 제공되는 서비스에 대한 징수 활동을 중단합니다.

- d) LHMC는 병원이 해당 서비스에 대한 청구를 위해 환자의 사전 서면 동의를 얻은 경우, 환자가 책임지기로 동의한 서비스에 대해 위에 나열된 프로그램에 참여하는 환자 한해서도 징수 조치를 취할 수 있습니다. 그러나 이러한 상황에서도 LHMC는 환자의 1차 보험사가 행정적 또는 청구에 관한 오류로 인해 거부된 의료적 오류 또는 그와 관련된 청구에 대해서는 청구하지 않습니다.
- e) 환자의 요청에 따라 LHMC는 130 CMR 506.009에 설명된 대로 환자가 필요한 CommonHealth 일 회 공제를 충족할 수 있도록 저소득 환자에게 청구서를 제출할 수 있습니다.

D) 긴급 부실채권

LHMC는 101 CMR 613.06(2)에 정의된 긴급 부실채권에 대한 청구서를 제출합니다. LHMC는 보험에 가입된 환자 또는 저소득 환자를 책임져야 할 보험금 공제액 또는 공동보험 부분에 대한 청구서를 제출하지 않습니다.

- a) 입원 서비스의 경우 - LHMC 재무 상담사는 퇴원 전 또는 퇴원 시에 필요한 경우 환자 또는 보증인으로부터 지불 책임을 결정하기 위한 재무 정보를 얻기 위해 합리적인 노력을 기울입니다. 환자 또는 보증인/보호자가 필요한 정보를 제공할 수 없는 상황이고 환자의 동의를 있는 경우, 병원은 친척, 친구, 보증인/보호자 및/또는 기타 적절한 제3자에게 추가 정보를 문의하기 위해 합리적인 노력을 기울일 수 있습니다.
- b) 응급 및 외래 서비스의 경우, LHMC 등록 담당자는 가능한 한 빨리 환자 또는 보증인으로부터 지불 책임을 결정하기 위한 재무 정보를 얻기 위해 합리적인 노력을 기울입니다.

E) 특별 징수 활동

- a) LHMC는 합리적인 노력을 기울이고 환자의 재정 상태 및 재정적 지원의 자격을 판단하는데 필요한 기타 정보를 준수하며 환자가 재정 지원 또는 면제를 받을 자격이 있다고 판단될 때까지 특별 징수 조치를 수행하지 않습니다. 이 신용 및 징수 정책에 따른 모든 징수 또는 청구 활동에서의 최고 재무책임자인 LHMC는 금융지원 정책에 따라 개인의 금융지원을 받을 수 있는지를 판단하기 위해 합리적인 노력을 기울이며, 따라서 그러한 개인에 대해 특별한 징수 조치를 취할 수 있다고 판단하는 최종 권한을 갖습니다. LHMC는 병원의 해당 기록 보존 정책에 따라 이 결정에 사용된 모든 문서를 보관합니다.
- b) LHMC는 전체 "신청 기간" 동안 환자가 제출한 재정지원 정책에 따라 재정지원 신청을 접수하고 처리합니다. "신청 기간"은 날짜 관리를 제공하는 날짜에 시작되며, 해당 관리에 대한 첫 번째 퇴원 후 청구서를 제공한 날짜 240일 이후에 종료되고, 다음과 같은 특별 추가 요건에 따라 종료된다. 신청 기간은 병원이 환자에게 아래 설명되어 있는 30일 통지를 제공한 이후에는 30일 이전에 끝내지 않습니다. 재정지원 정책에 따라 최고 지원금 이하가 지급될 것으로 추정되는 환자의 경우, 아래에서 자세히 설명한 바와 같이 환자가 더욱 높은 재정지원을 신청할 수 있는 합당한 기간이 끝나기 전에 신청이 마감되지 않습니다.
- c) 특별한 징수 활동은 다음을 포함합니다.
- i) 환자의 부채를 다른 3자에게 판매하는 행위(아래에 명시된 특별요구사항이 충족되는 경우는 제외)
 - ii) 신용 보고 기관 또는 신용 기관에 보고하는 행위
 - iii) 병원의 재정 지원 정책에 따라 이전에 보장된 진료에 대한 청구서에 대해 하나 이상 지불하지 않아 의료상 필요한 진료비를 지급하기 전에 지불을 연기, 거부 또는 요구하는 행위(이전에 제공된 진료에 대해 특별한 징수 조치로 간주함)
 - iv) 다음을 포함하여 법적 또는 사법적 절차가 필요한 조치:
 - (1) 환자의 재산에 대한 권리장전
 - (2) 실제 재산에 대한 사전 마감
 - (3) 은행 계좌 또는 기타 개인 재산의 부착 또는 압류
 - (4) 환자에 대한 민사소송의 개시
 - (5) 환자의 체포의 원인
 - (6) 환자가 신체 압류 영장의 적용을 받도록 하는 행위 및
 - (7) 환자의 임금 압류
 - v) 병원이 (i) 구매자가 치료비를 지급받기 위해 특별한 수집 활동을 할 수 없는 (ii)에 의거하여 채무의 구매자와 구속력 있는 서면 계약을 체결하지 않는 한, LHMC는 환자의 부채를 다른 당사자에게 판매하는 것을 특별한 징수 활동으로 취급합니다. 적용 가능한

IRS 과소 지급률보다 높은 이자율로 부채에 대한 이자를 부과하는 것, (iii) 해당 환자가 재정지원을 받을 자격이 있다고 판단하여 병원에서 반환하거나 회수할 수 있는 채무, 그리고 (iv) 환자가 재정지원을 받을 자격이 있다고 결정되고 부채가 반환되지 않는 경우 또는 병원에서 리콜 한 경우, 구매자는 금융지원 정책에 따라 환자가 개인적으로 지불해야 할 책임보다 더 많이 구매자에게 지불하지 않도록 하는 절차를 준수해야 합니다.

vi) 특별한 징수 조치에는 치료비를 지급받기 위해 환자의 병원비를 승인했거나 책임져야 하는 다른 환자에 대해 취한 조치가 포함됩니다.

- d) LHMC는 병원이 진료에 대한 첫 번째 퇴원 후 청구서를 제공한 날로부터 적어도 120일 동안 환자에 대한 특별한 징수 조치를 개시하는 것을 삼갑니다. 단, 아래 설명된 비급여로 인해 의학적으로 필요한 진료를 연기하거나 거부하는 특별한 요건은 예외로 합니다.
- e) 위에서 설명한 120일 기간 동안 특별한 징수 조치를 개시하는 것을 자제하는 것 외에, LHMC는 다음과 같은 방법으로 환자에게 재정 지원 정책을 통지한 후 최소 30일 동안 특별한 징수 조치를 개시하는 것을 삼갑니다. (i) 병원에서 다음을 제공합니다: 자격이 있는 환자에게 재정적 지원이 제공됨을 나타내는 서면 통지서가 있는 환자, 병원(또는 기타 공인된 당사자)이 진료비를 지급받기 위해 하고자 하는 특별한 징수 조치를 구분하고 특별한 징수 조치가 개시될 수 있는 마감일이 명시되어 있는 환자 서면 통지가 제공된 날로부터 30일 이내이면: (ii) 환자에게 재정 지원 정책에 대한 쉬운 언어 요약을 제공하고, (iii) 아래에 기술한 바와 같이 필요한 치료를 연기하거나 거부하는 특별한 경우는 제외하고, 재정 지원 정책 적용 과정에 환자가 도움을 받을 방법과 재정 지원 정책에 대해 환자에게 구두로 통지하기 위한 합당한 노력을 기울입니다.
- f) LHMC는 자금조달의 자격이 있는 사전진료비 미지급으로 인해 진료를 방해하거나 거부할 경우 다음과 같은 특별 요건을 충족해야 합니다. 병원은 대상 환자에게 재정지원신청서 및 재정지원을 받을 수 있음을 나타내는 서면 통지서를 제공하는 경우 위에 기술된 30일 이내의 통지를 제공할 수 있습니다. 서면 통지서에는 병원이 더 이상 재정지원 신청을 받지 않고 처리할 마감일이 명시되어 있고, 신청기간이 끝나기 전 또는 서면 통지가 처음 제공된 날로부터 30일이 지나야 합니다. 환자가 기한 전에 신청서를 제출하면 병원은 신속하게 신청 절차를 밟을 수 있습니다.
- g) 신청기간 중 환자가 병원의 재정지원 정책에 따라 재정지원을 위한 완전 또는 불완전한 신청서를 제출한 경우, LHMC는 진료비를 지급받기 위해 특별한 징수행위를 중지합니다. 이러한 경우 병원은 (i) 재정 지원 정책에 따라 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 또는 (ii) 재정 지원을 위한 불완전한 신청이 있는 경우, 다음 중 하나가 될 때까지 이전에 개시된 특별 징수 조치를 개시하거나 추가 조치를 취하지 않습니다. 환자는 합리적인 시간 내에

추가 정보 및/또는 문서에 대한 요청에 응답하지 않는 경우 LHMC는 또한 아래 설명된 바와 같이 신청서가 완전한지 불완전한지에 따라 추가 조치를 취합니다.

- h) 신청기간 중 환자가 재정지원을 위한 완전한 신청서를 제출하는 경우, LHMC는 해당 환자가 재정지원을 받을 자격이 있는지를 결정합니다. 병원에서 환자가 무료진료 이외의 다른 지원의 대상이 된다고 판단하는 경우, 병원은 (i) 환자에게 재정적 지원을 받을 수 있는 환자로서 진료를 위해 지불해야 할 금액을 나타내는 청구서를 제공하거나, 금액에 관한 정보를 얻을 수 있는 방법을 설명합니다. 치료를 위해 청구된 (ii) 이전에 제공된 진료에 대해 환자의 사전 청구서를 지불하지 않았기 때문에 의료상 필요한 진료를 제공하기 전에 의료상 필요한 진료를 제공할 수 있다는 예외를 제외하고, (채권 매각 및 이전 또는 거부 또는 지급을 요구할 수 있는 예외를 제외하고) 특별 징수 조치를 되돌리기 위해 모든 합리적인 조치를 취합니다. 치료비를 받기 위해 환자에 대해 취한 조치인 이러한 특별한 징수 조치를 되돌리기 위한 합리적인 조치에는 어떤 판단을 철회하고, 어떠한 부담금이나 권리금을 해제하고, 소비자 보고기관이나 신용국에 보고된 모든 불리한 정보를 환자의 신용 보고에서 삭제하는 조치가 포함될 것입니다.
- i) 신청 기간 동안 환자가 재정 지원을 위한 불완전한 신청서를 제출한 경우, 병원은 또한 재정 지원 정책에 따라 필요한 추가 정보 및/또는 문서와 연락처 정보를 포함하는 서면 통지를 환자에게 제공합니다.
- j) LHMC는 환자가 제공한 정보 이외의 정보나 자격의 사전 결정에 기초하여 재정지원 정책에 따라 환자가 재정지원을 받을 자격이 있다고 추정할 수 있습니다. 환자가 재정 지원 정책에 따라 제공되는 가장 관대한 지원의 자격이 없다고 판단되는 경우, 병원은 (i) 추정적 자격 결정의 근거와 재정 지원 하에서 이용할 수 있는 보다 관대한 지원을 신청할 수 있는 방법에 대해 환자에게 통지합니다. 정책; (ii) (ii) 환자가 할인된 금액을 얻기 위해 특별한 징수 조치를 시작하기 전에 더 많은 충분한 지원을 신청할 수 있는 합리적인 기간을 주고, (iii) 환자가 신청 기간 동안 더 후한 재정적 지원을 원하는 완전한 신청서를 제출하는 경우 환자가 더 많은 할인을 받을 수 있는지에 여부를 확인합니다.
- k) (1) 병원이 환자 또는 보증인의 지불 능력을 보여줄 수 있고 (2) 환자/보증인이 병원의 정보 요청에 응답하지 않거나 정보를 요청하거나 보증인의 개인 거주지 또는 자동차에 대해 LHMC는 저소득 환자 또는 보증인의 임금을 압류하거나 면허를 집행하지 않습니다. 환자/보증인은 이용 가능한 재정 지원 프로그램을 모색하기 위해 병원과의 협력을 거부할 수 있으며, (3) 면책 권 목적으로 환자 건 별로 병원 이사회로부터 승인을 받을 수 있습니다.
- l) LHMC와 대리인은 적절한 순서에 따라 채권자로서의 권리를 확보하는 것을 제외하고는 파산 절차에 참여하는 환자와 관련된 징수 또는 청구 노력을 지속해서는(용역을 지불한 해당 공공지원 프로그램에 의해 유사한 조치를 취할 수도 있음)안됩니다. 병원과 대리인은

또한 저소득 환자나 병원 자체 내부 재정 지원 프로그램을 통해 보장 기준을 충족하는 환자에 대해서는 연체 이자를 부과하지 않도록 합니다.

- m) LHMC는 해당 청구 요건을 준수하며, SRE(중대 보고 사건)의 결과 또는 직접 관련된 특정 서비스에 대한 미지급, SRE의 수정, SRE에서 발생한 차후 문제 또는 같은 병원에 대한 재허가와 관련된 해당 주 및 연방 요건을 준수합니다. 병원에서 발생하지 않은 SRE는 치료시설과 SRE를 책임지는 시설이 공동소유나 공동기업단체가 없는 한 이 비급여 결정에 대해서 제외됩니다. 병원은 또한 병원의 행정 청구 오류로 인해 보험 프로그램에서 첫 청구가 거부되는 저소득 환자에게는 Health Safety Net 프로그램을 통해서 지급을 요청하지 않습니다.

F) 외부 징수 기관

LHMC는 120일 동안 지속적 징수활동을 한 후에도 해결되지 않은 환자 책임 금액을 포함하여 특정 계정 징수를 지원하기 위해 외부 징수 기관과 계약을 체결할 수 있습니다. 병원은 외부 징수기관과 구속력 있는 계약을 체결할 수도 있습니다. 특별회수조치로 취급되지 않는 채권의 매각을 허용하는 계약은 위에서 기술한 요건을 충족해야 합니다. 그 밖의 모든 경우에, 병원이 환자의 부채를 판매하거나 타인에게 양도하는 경우, 다음을 포함하여, 환자가 재정적 지원의 대상이 되는지를 결정하기 위한 합리적인 노력이 이루어질 때까지 특별한 징수 조치가 취해지지 않도록 상대방과의 합의를 합리적으로 설계합니다: (i) 환자가 신청 기간이 끝나기 전에 신청서를 제출하는 경우, 당사자는 특별 징수 활동을 중지합니다. (ii) 신청 기간이 끝나기 전에 재정 지원 신청서를 제출하고 재정 지원 자격이 있다고 판단되는 경우 당사자는 신청 절차를 준수합니다. 이 재무지원 정책에 따라 환자가 지불해야 하는 것보다 더 많은 금액을 당사자와 병원에서 함께 지불하지 않는 경우, 그리고 (iii) 당사자가 부채를 다른 당사자에게 언급하거나 매도하는 경우, 당사자는 진술 한 모든 요건을 충족하는 서면 합의를 얻습니다. 병원이 고용한 모든 외부 징수 기관은 환자에게 진정서를 제출할 수 있는 기회를 제공하고 이러한 환자 불만사항의 결과를 병원에 전달합니다. 병원에서는 사용하는 외부 징수 기관이 연방 및 주정부의 공정한 채권 추심 요건을 준수하여 운영하도록 요구합니다.

G) 보증금 및 할부제도

Massachusetts Health Safety Net 규정에 따른 다음 중 하나에 해당하는 환자와 관련: (1) "저소득 환자" 또는 (2) Health Safety Net (건강 안전 네트워크)의료비 고충문제에 대한 자격이 가지고 있는 LHMC는 환자의 문서로 만들어 진 재무 상황에 근거하여 보증금 및 지급 계획에 대한 정보를 환자에게 제공합니다. 다른 계획은 병원의 자체적인 내부 재정 지원 프로그램에 근거할 것이며, 지불 능력이 있는 환자들에게는 적용되지 않을 것입니다.

b) 긴급 서비스

LHMC는 응급 수준 서비스가 필요할 시 저소득 환자로 결정된 환자에게 사전 입원 및/또는 치료 전 예치금을 요구하지 않습니다.

c) 저소득 환자 보증금

LHMC는 저소득층 환자로 결정된 환자들에게 보증금을 요청할 수 있습니다. 이 같은 보증금은 공제액의 20%인 500달러로 제한됩니다. 나머지 잔액은 101 CMR 613.08(1)(g)에서 정한 지급계획 조건에 따릅니다.

d) Health Safety Net (건강 안전 네트워크) 의료비 고충 문제 환자 보증금

LHMC는 Health Safety Net (건강 안전 네트워크)의료비 고충 문제 대상 환자들에게 보증금을 요청할 수 있습니다. 보증금은 최대 1,000달러까지 건강 안전 네트워크 의료비 고충 문제 기여금의 20%로 제한됩니다. 나머지 잔액은 101 CMR 613.08(1)(g)에서 정한 지급계획 조건에 따릅니다.

e) Massachusetts Health Safety Net Program에 따른 저소득 환자에 대한 지급 계획:

최초 입금 후 잔액이 1,000달러 이하인 환자에게는 최소 월 납입액이 25달러 이하인 무이자 1년 이상 납입 계획을 제공합니다. 최초 입금 후 잔액이 1,000달러 이상인 환자에게는 최소 2년 무이자 지급 계획이 제공됩니다.

f) 병원 허가 보건소에서 제공하는 서비스에 대한 Massachusetts Health Safety Net Program에 따른 HSNC 부분 저소득 환자에 대한 지급 계획:

모든 Health Safety Net의 부분 저소득 환자는 공제액이 전액 충족될 때까지 책임의 100%가 부과됩니다.

