

## 목 차

---

LHMC 재정 지원 정책	3
적용 가능 대상	3
참조	3
목적	3
정의	4
LHMC 의 재정 지원자격	8
LHMC 의 재정 지원을 받을 수 없는 서비스	8
사용 가능한 지원	9
공공 지원 프로그램	9
건강 안전 네트워크를 통한 지원	10
재정 지원 상담사의 역할	12
환자의 의무	14
병원 재정 지원	14
금융 지원 할인	16
금융 지원 정책	16
거부 사유	18
추정적 자격	19
미보험 할인 금액 및 제외 사항	19
응급의료서비스	20
신용과 장수	20

규정 요구 사항 .....	20
<b>부록 1</b>	
재정지원 신청서 .....	21
<b>부록 2</b>	
의료비 고충 문제 신청서 .....	24
<b>부록 3</b>	
소득 및 자산 임계 값에 따른 할인 차트 .....	27
<b>부록 4</b>	
일반적으로 청구되는 금액(AGB) .....	28
<b>부록 5</b>	
제공자 및 클리닉—보호 대상 및 공개 대상 .....	부록 6 29
문서에 대한 공용 접근 권한 .....	36
정책 기록 .....	37

---



이 정책에 따르게 공되는 재정 지원은 환자가 정책의 적용 절차 외 의료비를 부담할 있는 공공의 이익 또는 보상 프로그램에 협력할 것이라는 기대에서 수행됩니다.

우리는 자격을 결정할 때 환자의 나이, 성별, 인종, 신조, 종교, 장애, 성적지향, 정체성, 국적 또는 이민 상태에 따라 차별하지 않을 것입니다.

---

정의  
적용 가능 대상

다음 정의는 이 정책의 모든 부분에 적용됩니다.

---

본 정책은 본사가 운영하는 병원 및 실질적으로 관련된 기관(재무 부문 501(r) 규정 및 제공자에 의해 정의된 비와 같이)과 고용된 제공자에 대한 Lahey Clinic Hospital, Inc.,  
d/b/a Lahey Hospital & Medical Center and Lahey Medical Center, Peabody ("LHMC, " 병원"  
또는 "의료원")에 적용된다. LHMC 와 연계됨(이 정책에 따른 전체 공급자 목록은 부록(5) 참조).

응급서비스와 비응급서비스의 분류는 치료 임상의 의학적 결정뿐만 아니라 다음과 같은 일반적인 정의에서도 기초합니다. 아래에 제공된 응급치료 및 간급치료의 정의는 건강 안전 네트워크(Health Safety Net)을 포함한 병원의 자정지원 프로그램에 따라 적용 가능한 간급 및 응급 부실 치료 부상 범위를 결정하기 위한 목적으로 병원이 추가로 사용합니다.

**일반적으로 청구되는 금액(AGB):** AGB는 일반적으로 응급치료, 긴급치료 또는 기타 의료상 필요한 치료를 보험에 기입한 개인에게 청구되는 금액으로 정의됩니다.

LHMC는 29 CFR § 1.501(r)-5(b)(3)에 설명된 "Look-Back" 방법을 사용하여 AGB 비율을 결정합니다. AGB 백분율은 이전 회계연도(10 월 1 일 - 9 월 30 일 까지) 만간 보험사와 의료보험 서비스(Medicare Fee-off-Service)에서 적용한 LHMC 의 응급 관리, 간급 관리 및 기타 의료상 필요한 의료보험 청구 금액을 모두 합한 금액으로 나누어 계산한 것으로 해당 청구에 대한 총 비용을 말합니다. 그런 다음 환자에게 제공되는 치료를 위해 총 요금에 대한 AGB 백분율을 곱하여 AGB를 결정합니다. LHMC는 단일 AGB 백분율만 사용하며 다른 유형의 진료에 대해 AGB 백분율을 계산하지 않습니다.

AGB 백분율은 이전 회계연도 마감 후 45 일 까지 매년 계산되고, 회계연도가 종료 후 120 일 까지 시행됩니다.

개인이 이 정책에 따라 자정지원을 받을 자격이 있다고 판단된 후에 응급 관리

간급 관리 또는 기타 의료상 필요한 관리에 대해 AGB 결과 이상의 비용이 청구되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 부록 4를 참조

**적용 기간:** 자정지원을 위해 신청을 수리하고 처리할 기간을 말합니다. 신청 기간은 첫 번째 퇴원 후 청구 명세서가

제공된 날짜에서 시작해 해당 날짜 240 일 후에 종료됩니다. 자산 다음과 같이 구성됨

- 관리 계정
- 계정 확인 • 건강 관리 계정(HSA)\*
- 의료 보험금 지급을 준비(HRA)\*
- 신축적인 지출 계정(FSA)\*

\***환자/보증인이 가족의료비용으로 지정된 HSA, HRA, FSA 또는 이와 유사한 기금을 가지고 있는 경우, 해당 자산이 소진될 때까지 본 규정에 따라 지원을 받을 수 없습니다.**

**자선 의료:** 연간 가족 소득이 FPL 의 400% 이하인 환자 또는 보증인은 본 정책에 명시된 기타 자격 기준을 충족하지 않는 경우 LHMC에서 제공하는 자격 의료 서비스 자격에 대해 환자 책임 진액의 100%를 면제받게 됩니다.

**선택 서비스:** 응급 관리, 긴급 관리 또는 기타 의학적으로 필요한 관리(아래 정의)의 관계로지 않는 병원 서비스입니다.

**응급 처치:** 응급 의료 상태의 평가, 진단 및 치료를 목적으로 제공되는 항목 또는 서비스입니다.

**응급 의료상태:** 사회보장법 제 1867 조 (미국 법전제 42 조 1395ddd)에서 정의한 바와 같이, "응급의료상태"란 의료의 부재가 합리적으로 다음과 같은 결과를 초래할 수 있을 정도로 충분히 심각한 급성 증상에 의해 스스로 나타나는 상태

1. 개인의 건강(또는 임산부와 관련하여 여성 또는 태아의 건강)을 심각한 위험에 빠뜨리는 행위
2. 신체 기능에 심각한 손상
3. 신체 기관이나 부위의 심각한 기능 장애
4. 수축을 겪고 있는 임산부에 대하여
  - a. 분만을 위해 다른 병원으로 안전하게 이송하기에 충분한 시간이 없거나
  - b. 이러한 이송이 여성이나 태아의 건강이나 안전에 위협이 될 수 있는 경우

**가족:** 미국 인구조사국이 정의한 바에 따른 함께 거주하고 출생, 결혼 또는 입양으로 관련되는 2 명 이상의 사람들로 구성된 집단을 말합니다. 환자가 소득 세 신고의존자로 누군가를 청구하는 경우 국세청 규정에 따라 이 정책의 자격을 판단하기 위해 목적상 피부양자로 간주할 수 있습니다.

**가족 소득:** 신청자의 가족 소득은 동일한 가구에 거주하는 모든 가족 구성원의 총 소득을 합한 것입니다. 가장 최근의 연방 세금 신고서에 포함됩니다. 18 세 미만 환자의 경우, 가족 소득은 부모, 의붓부모 또는 간병인의 소득을 포함합니다. 가족 소득은 연방 빈곤 지침을 계산할 때 다음과 같은 인구 조사국의 정의를 사용하여 결정됩니다.

1. 소득, 실업 보상, 근로자 보상, 사회 보장, 보충 보장 소득, 공적 지원, 참전 용사 급여, 유족 급여, 연금 또는 토지 소득, 이자, 배당, 임대료, 로열티, 부동산, 신탁, 교육 보조금, 우자료, 자녀 양육비를 포함합니다.
2. 비 현금 혜택(식권, 주택 보조금 등)은 계산하지 않습니다.
3. 세전(총액) 기준으로 결정합니다.
4. 기본 손익은 제외합니다.







이 정보를 얻기 위해 의료검사 또는 응급의료상태 안정화를  
이 정보를 얻으려는 모든 노력을 뒤로 늦춰집니다.

우하수행되는 서비스 지역별하게 대해

병원에서 제공하는 서비스 비용을 제	3	자 보험 또는 기타 지원이 책임질 수 있는지
여부를 조사하기 위한 병원의 합리적인 노력	(1)	자동차 또는 집을 포함한 보험금 청구
비용을 보상할 수 있는 방법이 있는지에 대한 여부를 환자로부터 얻는 것이 포함은		도자민이에게 한도자는 않습니다.
소유자 책임 정책 (2) 일반 사고 또는 상해 보호 정책 (3) 근로자 보상 프로그램 (4) 학생 보험 등		
병원이 책임 있는 제3자를 식별할 수 있거나 제3자 또는 다른 지원(개인 보험자 또는 다른 공공 프로그램 포함)으로부터		
지급 받은 경우,		병원에서는 해당 프로그램에 지급액을 보고하고 프로그램의 청구 처리
요구사항에 따라 제	3	자 또는 기타 지원이 불했을 수 있는 해당 청구에 대해 이를 상쇄합니다.
실제로 서비스 비용을 지불한 주정부 공공 지원 프로그램의 경우,		병원은
환자 으제	3	자 서비스 범위에 대한 권리 보장을 필요가 없습니다.
해당 상태 프로그램이 환자에게 제공하는 서비스 비용에 대한 할당을 시도할 수 있음을 알아야 합니다.		이러한 경우 환자는



101 CMR 613.04(1)에서 설명한 바와 같이 MassHealth MAGI 가구 소득 또는 의료비 고충 문제 가족 소득이 검증된 매사추세츠 거주자인 무보험 환자들은 연방 빈곤 수준의 0~300% 가건강 안전망 적용 대상 서비스 자격을 결정할 수 있습니다. 101 CMR 613.04 (5) (a) 및 (b)에 설명된 대로 Health Connector에서 운영하는

Premium Assistance Payment Program에 등록할 수 있는 환자에 대해서는 Health Safety Net - 주요 자격 기간 및 서비스 유형이 제한됩니다 M.G.L. c. 15A, § 18 의 학생 건강 프로그램 요건이 적용되는 환자는 Health Safety Net – 주요 자격이 없습니다.

(b) 건강 안전 네트워크 – 보조사항

101 CMR 613.04(1)에서 설명한 바와 같이 1 차 건강 보험 및 MassHealth MAGI 가구 소득 또는 의료비 고충 문제에 가족 계산 가능 소득을 보유한 매사추세츠 거주자인 환자는 FPL의 0~300% 가건강 안전 네트워크 서비스 자격이 있는지 결정할 수 있습니다. 101 CMR 613.04(5)(a) 및 (b)에 설명된 대로 Health Connector에서 운영하는 Premium Assistance Payment Program에 등록할 수 있는 환자에 대해서는

Health Safety Net - 보조 자격 기간 및 서비스 유형이 제한됩니다 M.G.L. c. 15A, § 18 의 학생 건강 프로그램 요건에 해당하는 환자들은 건강 안전 네트워크 – 보조 자격이 없습니다.

(c) 건강 안전 네트워크 - 부분 공제

FPL(Premium Billing Family Group)의 모든 구성원이 150% 이상의 소득을 가지고 있는 경우, 건강 안전망(Primary 또는 Health Safety Net)

- 2 차 건강 MAGI 가구 소득 또는 의료비 고충 문제 가족 계산 소득 150.1% ~ 300% 사이의 소득에 해당되는 환자는 연간 공제 대상이 될 수 있습니다. 이 그룹은 130 CMR 501.0001에 정의되어 있습니다.

PBFG 회원 중 FPL이 150.1% 미만이면 PBFG 회원에게는 공제도 않습니다. 연간 공제액은 다음 중 더 큰 금액과 같습니다.

1. Health Connector 프리미엄에서 운영하는 최저 비용 프리미엄 지원 지불 프로그램은 MassHealth FPL 소득 표준에 비례하여 PBFG의 크기에 맞게 조정됩니다. 또는
2. 신청자의 PBFG에서 101 CMR 613.04(1)에 설명된 바와 같이 최저 MassHealth MAGI 가구 소득 또는 의료비 고충 문제와 가족 계산 가능 소득 간의 차이의 40%와 FPL의 200%입니다.

(d) 건강 안전 네트워크 – 의료비 고충 문제

매사추세츠 주 거주자는 하용 가능한 의료비가 자신의 계산 가능 수입을 고갈시켜 보건 서비스 비용을 지불할 수 없는 경우, 건강 안전 네트워크를 통해 건강 안전 네트워크 – 의료비 고충 문제(Medical



정보는 개인에게 제공되는 서비스에 대한 적용 범위를 결정하기 위한 공개 프로그램 지원 신청의 일부로 주에 제출됩니다.

개인 또는 보증인이 필요한 정보를 제공할 수 있는 경우, 병원은 (개인의 요청에 따라) 다른 출처로부터 추가 정보를 얻기 위해 합리적인 노력을 할 수 있습니다. 이러한 노력에는 또한 개인이 요청할 때 일회성 공제 액수 총액을 지원하기 위해 개인에게 서비스 청구서를 보내야 하는지 여부의 결정을 개인과 협력하는 것도 포함됩니다. 이는 개인이 서비스를 예약할 때 시전 등록증에 개인이 병원에 입원할 때, 퇴원할 때 또는 퇴원 후 적절한 시간 동안에 발생합니다. 병원이 획득한 정보는 해당 연령 및 주 개인 정보보호 및 보안 법률에 따라 유지됩니다.

또한 병원은 신청 과정 중에 가정 자동차 또는 기타 보험 책임 정책을 포함하여 보험금 지급을 책임질 수 있는 제3자에게 의료 서비스를 제공하는 병원과 국가 기관 모두에 보고할 책임을 환자에게 통지할 것입니다. 환자가 제3자 클레임을 제출하거나 제3자를 상대로 소송을 제기한 경우, 병원 측은 해당 행위를 한 날로부터 10 일 이내에 제공자와 국가 프로그램에 통보할 수 있는 요건을 환자에게 통지합니다. 또한 환자는 청구에 대한 회복이 있을 경우 해당 주 기관에 국가 프로그램이 적용되는 의료보험 금액을 상환하거나 주 당국에 해당 금액을 화수할 수 있는 권한을 할당해야 한다는 통보를 받게 됩니다.

개인이 병원에 연락할 때 병원에서는 개인이 공공지원 프로그램 또는 병원의 자체 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 확인합니다. 공공지원 프로그램에 등록한 개인은 특장 혜택을 받을 수 있습니다. 개인은 또한 개인의 문화적 소속, 자신 및 하용 가능한 의료 비용에 기초하여 병원의 자체 지원 프로그램에 따라 추가 지원을 받을 수 있습니다.





그러나 어떤 경우에도 병원 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단되는 환자는 AGB 보다 더 많은 비용이 청구되지 않습니다.

자선으로 LHMC는 가족 소득이 현재 FPL의 400% 이하인 환자 보증인을 위해 정책에 따라 100% 할인된 가격으로 진료를 제공합니다. 그렇지 않으면 이 정책에 명시된 기타 자격 기준을 충족합니다.

의료비 고충문제      의료부처 기기 족 소득의      25% 보다 크거나 같은 자격을 갖춘      환자이며,  
그렇지 않더라도 이 정책에 명시된 기타 자격 기준을 충족하는 환자에게는  
100% 할인이 제공됩니다.

---

금융 지원 정책 LHMC의 재정 지원 정책 일반 언어 요약 및 재정 지원 신청에 관한 정보는 LHMC의 웹사이트에 무료로 제공되며, 병원 및 진료소에 게시되며 LHMC에서 지원하는 1,000명 이하의 주민 또는 5%의 주민이 사용하는 주요 언어로 번역됩니다.

또한 LHMC는 모든 인쇄된 월별 환자 명세서와 장수 편지에 대한 지급 정책 및 재정 지원을 참조합니다. 재정 지원 정책에 대한 정보는 요청 시 언제든지 이용할 수 있습니다.

1. 환자 보증인은 신청기간 중 언제든지 재정 지원을 신청할 수 있습니다.
2. 재정적 지원을 고려하기 위해서는 환자 보증인이 재정적 필요를 결정하는 것과 관련된 재무, 개인 또는 기타 문서를 협조하고 제공해야 합니다. 재무 지원 신청서는 다음 방법 중 하나를 사용하여 얻을 수 있습니다.
  - a. LHMC 공개 웹 사이트에서 다음을 수행합니다.  
<https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>
  - b. 재무 상담실에서 직접 만나보세요  
41 Mall Road  
Burlington, MA 01803  
(781) 744-8815
3. 환자 보증인이 즉시 이용할 수 있는 재원의 회계 처리를 제공하기 위해 환자 보증인이 필요합니다. 가족 소득은 다음 중 하나 또는 모두를 사용하여 확인할 수 있습니다.
  - a. 현재 양식 W-2 및 또는 1099입니다.
  - b. 현재 주 또는 연방 세금 신고서입니다.
  - c. 최근 4개의 급여가 부족합니다.
  - d. 최근 수표 및 또는 저축 명세서가 4개 있습니다.
  - e. 건강 저축 계좌입니다.

- f. 건강 보상 약정입니다.
  - g. 유연한 지출 계정입니다.
4. 자정 지원 자격을 평가하기 전에 환자 보증인은 연방 의료 보험 시장을 통해 저소득층 의료 보장 제도 또는 기타 의료 보험에 가입했다는 증거를 제시해야 하며, 기준의 제3 자 보험 적용 범위에 대한 문서를 제공해야 합니다.
- a. LHMC 자무 상담사는 환자 보증인이 의료보장 제도를 신청하는 것을 돕고, 이후 동일한 개인에게 자정 지원을 신청하는 것을 도울 것입니다.
  - b. 개인이 연방 의료 보험 시장 공개 등록 중에 자정 지원을 신청하는 경우, 해당 개인은 LHMC 의 자정 지원 신청서 평가 전에 보험 혜택을 받아야 합니다.
5. LHMC는 본 정책 또는 재무 지원 애플리케이션에 명확하게 설명되지 않은 정보 또는 문서를 제공하지 않은 개인의 실패에 따라 본 정책에 따른 자정 지원을 거부할 수 없습니다.
6. LHMC는 완료된 신청서를 수령한 후 영업일 기준으로 30 일 이내에 자정 지원을 받을 수 있는 최종 자격을 결정합니다.
7. 신청 후 6 개월로 소급된 모든 현재(기봉형) 환자 계정에 대해 최종 자격 여부를 결정하는 문서가 작성됩니다. 환자 보증인에게 결정 편지가 전송됩니다.
8. 환자 보증인이 불완전한 신청서를 제출하면 환자 보증인에게 어떤 정보가 누락되었는지 설명하는 통지가 발송됩니다. 환자 보증인은 요청된 정보를 준수하고 제공해야 하는 기간이 30 일입니다. 응용 프로그램을 완료하지 못하면 재무 지원이 거부됩니다.
9. 재무지원신청서 제출에 따른 재무지원 자격 판단은 제공된 모든 자격 의료서비스에 대한 자격기준 기간 동안 유효하며, 부실재무기준의 미지급처권을 포함하여 지난 6 개월동안의 모든 미지급처권을 포함합니다. 자격심사기간내에
- LHMC 또는 부속병원이 자정 지원을 받을 자격이 있다고 결정한 환자들은 해당 자격이 결정된 날부터 6 개월 동안 자동으로 병원 자정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다. 환자 보증인은 자격 부여 기간 동안 금전적변화를 LHMC에 통보할 책임이 있습니다. 그렇지 않으면 자격이 상실될 수 있습니다.
10. 자정 지원 자격이 있는 환자들은 개인이 개인적으로 지불해야 할 금액을 초과하는 금액을 지불한 경우 환불을 받게 됩니다.

거부 사유	<p>LHMC 는 다음과 같은 다양한 이유로 재정 지원 요청을 거부할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 충분한 가족 소득</li> <li>• 자산 수준이 충분함</li> <li>• 환자/보증인과 함께 작업하기 위한 합리적인 노력에 대해 환자가 비합리적이거나 응답하지 않을 시</li> <li>• 환자/보증인과 함께 작업하기 위한 합리적인 노력에도 불구하고 재무 지원 애플리케이션이 불완전할 시</li> <li>• 보험 또는 책임 청구가 보류 중일 시</li> <li>• LHMC 에서 제공하는 서비스를 보상하기 위한 환자/보증인에게 보내는 상해 또는 사고 관련 보험금 등의 지급이 보류 중일 시</li> </ul>
추정적 자격	<p>LHMC 는 모든 환자가 재무 지원 용용 프로그램을 완료하거나 문서화 요청을 준수할 수 있는 것은 아니라고 알고 있습니다.</p> <p>신청서 양식을 작성하지 않고 환자/보증인의 재정 지원 자격이 설정된 경우가 있을 수 있습니다.</p> <p>기타 정보는 LHMC 에서 환자/보증인의 계정을 복구할 수 없는지 여부를 결정하기 위해 사용할 수 있으며, 이 정보는 추정 자격 여부를 결정하는 데 사용됩니다.</p> <p>추정 자격은 다른 프로그램에 대한 자격 또는 다음과 같은 생활 상황에 따라 환자에게 부여될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 파산을 선언한 환자/보증인, 파산과 관련된 경우, 파산 처리일 현재 계좌 잔액만 생각함</li> <li>• 공중에서 재산 없이 사망한 환자/보증인</li> <li>• 노숙자로 결정된 환자/보증인</li> <li>• 위와 같은 사유로 인해 회수 불능으로 반송된 계정과 대금 징수가 이루어지지 않음</li> <li>• 주 의료 보험 프로그램 자격을 갖춘 환자/보증인은 프로그램 또는 보험 미가입 서비스와 관련된 비용 공유 의무에 대해 재정 지원을 받을 수 있습니다.</li> </ul> <p>추정 자격이 부여된 환자 계정은 재정 지원 정책에 따라 재분류됩니다. 이러한 파일은 장수로 전송되지 않으며 추가 장수 작업의 대상이 되지 않습니다.</p>
미보험 할인 금액 및 제외 사항	<p>보험이 없거나 MassHealth 또는 금융 지원 자격이 없는 환자/보증인들은 금융 지원 정책의 부록 5에 명시된 병원 및 의사 서비스에 40% 할인이 적용됩니다.</p> <p>이 할인은 다음 서비스에 적용되지 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 미용 서비스</li> </ul>

- 자체 지불 전기 서비스 (이미 특별한 자체 지불 수수료 일정이 있는 서비스)
- 무임허가 서비스
- 자동차 보험 청구
- 의료 필요성 결정이 없는 위장 우회 서비스
- 렌즈, 보청기, 이식물 및 기타 특수 구매 제품 등의 품목
- 의료적으로 필요하지 않은 숙박과 같은 환자 편의 품목

미보험 할인은 청구 시점에 적용되며 모든 견적에 포함됩니다.





---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

본 문서에 제시된 모든 정보가 사실이며 제가 이는 한 정직하다는 것을 증명하고 확인합니다. 제 서명이 환자의 의료비에 대한  
재정적인 책임을 지지 않는다는 것을 이해합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 원료 날짜: \_\_\_\_\_

자격여부 결정을 위해 완료된 신청서를 접수한 날로부터 30 일을 하용해 주십시오.

적용 가능한 경우, 승인일로부터 6 개월 동안 금융 지원이 제공되며 해당 지원 정책의 부록 5에 명시된 모든 Beth Israel  
Lahey Health affiliates에 의해 유효합니다.

Staff Only.

Application Received by:

- AJH   
AGH   
BayRidge   
BIDMC   
BID Milton   
BID Needham   
BID Plymouth   
Beverly   
LHMC   
LMC Peabody   
MAH   
NEBH   
WH

Date Received:

— Anna Jaques Hospital

- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

**부록2**

**의료비 고충 문제  
신청서**

**의료비 고충 문제에 대한 자정지원 신청서**프린트하기

오늘 날짜 \_\_\_\_\_ 사회 보장 제도# \_\_\_\_\_ 의료 기록 번호

\_\_\_\_\_ 환자 이름

환자

생년월일 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

거리

Apt. 번호

도시

주

우편번호

병원 서비스를 받을 당시 환자는 건강 보험이나 의료보장제도에 가입되어 있었습니까? 네  아니요 

“예”인 경우 보험증 사본(앞과 뒤)을 첨부하고 다음을 완료합니다.

보험회사 이름: \_\_\_\_\_ 정책

번호: \_\_\_\_\_ 유효 날짜:

\_\_\_\_\_ 보험회사 전화번호:

. 참고: 환자 또는 보증인이 가족 의료비로 지정된 HAS(Health Savings Account), HRA(Health Revency Account), FSA(Flexible Submission Account) 또는 이와 유사한 기금을 가지고 있는 경우, 해당 자신이 소진될 때까지 해당 개인은 재정 지원을 받을 수 없습니다.

의료 서비스 지원을 신청하려면 다음을 작성하세요: 환자, 부모, 자녀 또는 형제자매를 포함한 모든 가족 구성원을 나열하세요. 자연적 또는 입양된 사람, 18 세 미만의 집에 함께 사는 사람 등

가족 구성원	나이	환자와의 관계	수입원 또는 고용주 이름	월 소득
1.				
2.				
3.				
4.				

의료비 고충 문제에 대한 지원 신청 외에도 이 신청에는 다음의 문서가 더 첨부되어야 합니다.

- 주 또는 연방 소득 세신고서 • 현재 양식 W2 또는 양식 1099
- 최근 4 개의 급여 명세서
- 최근 4 개의 당좌 예금 내역서
- 건강 저축 계좌
- 의료 보험 약정
- 신축성 자출 계정
- 모든 의료비 청구서 복사본

이러한 문서들이 제공되지 않은 경우, (781) 744-8815 번으로 금융 상담팀에 전화하여 제공할 수 있는 다른 문서에 대해  
논의하시기 바랍니다.

모든 의료 부채를 내았하고 지난 12 개월 동안 발생한 청구서의 사본을 제공.

서비스 날짜

서비스 위치

지불 금액

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

의료비를 지불하는 것이 왜 어려운지에 대해 간략하게 설명해 주십시오:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

아래 서명에 의해, 저는 신청서에 제출된 모든 정보가 제 지식, 정보, 신념에 대한 차선의 진실임을 증명합니다.

신청자 서명 \_\_\_\_\_

환자 외의 관계 \_\_\_\_\_ 원료

날짜 \_\_\_\_\_

자격 결정을 위해 원료된 신청서를 받은 날로부터 30 일을 하용하세요.

지원 대상일 경우 승인일로부터 6 개월 동안 지원이 제공되며, 해당 금융 지원 정책의 부록 5에 명시된 모든 베스 이스라엘 네이처(BETH Israel Lahey Health) 건강 계열사에 대해 유효합니다.

Staff Only.

Application Received by:

AJH AGH BayRidge BIDMC BID Milton BID Needham BID Plymouth Beverly LHMC LMC Peabody MAH NEBH WH 

Date Received:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham –  
Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

부록3

소득 및 자산

입계금액에 따른 할인

차트

금융지원 및 의료비 고충 문제에 대한 할인은 정책에 설명된 대로 의료서비스 자격에 대한 환자의 책임 잔액에 적용됩니다. 대상 환자에 대한 금융 지원 할인, 자선 의료

소득 수준	할인
FPL 400% 이하	100%

의료비 고충 문제

의료비가 가족소득의 25% 이상이면 “의료비 고충 문제” 대상자로 판정되어 100% 할인 혜택을 받습니다.

부록4 “Look-Back” 방법을 사용하여 AGP 를 계산하는 방법에 대한 설명은 위의 정책에서

일반적으로 일반적으로 청구되는 금액의 정의를 참조하십시오.

청구되는 금액

(AGB) LHMC 의 2024 회계연도 청구액을 기준으로 현재 AGB % 는 37.50% 에 해당합니다.

AGB 는 다음과 같은 이유로 언제든지 변경될 수 있습니다.

- 개인 의료 보험사 및 의료 서비스 요금 계약 변경
- 민간 의료 보험회사 계획 및 의료 보험 서비스 요금에 의해 수령된 장수 업데이트 2025 년 01 월

부록5

제공자 및 클리닉

-  
보호 대상 및

공개 대상 이재정 지원 정책은 다음 위치에 있는 모든 병원(시설)의 비용을 포함합니다.

- Lahey Hospital & Medical Center, 41 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Medical Center, Peabody, 1 Essex Center Drive, Peabody, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 20 Wall Street, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 31 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 5 Federal Street, Danvers, MA
- Lahey Outpatient Center, Lexington, 16 Hayden Avenue, Lexington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 50 Mall Road, Burlington, MA
- Lahey Hospital & Medical Center, 67 Bedford Street, Burlington, MA

본 재정지원정책은 또한 위에 열거된 병원 시설 내에서 제공되는 서비스에 대해  
“보호대상 밑 비 보호 제공자 및 진료소”라는 표지의 첨부자료 1-15 페이지에  
열거된 개인과 법인의 요금을 포함합니다.

<b>Lahey Clinic Inc.</b> Departments Include:
Allergy
Anesthesiology
Audiology
Cardiology
Cardiothoracic Surgery
Colon Rectal Surgery
Dermatology and MOHS Surgery
Emergency Services
Endocrinology
Gastroenterology
General Surgery
Gynecology
Hematology and Oncology
Hospital Medicine
Hepatobiliary/Transplant
Infectious Disease
Lifestyle Health
Medical Weight Loss
Nephrology
Neurology
Neurosurgery
Occupational Therapy
Ophthalmology
Orthopedic Rehabilitation
Otolaryngology
Pain Center
Palliative Care
Pathology and laboratory
Physical Therapy
Plastic Surgery
Psychiatry
Pulmonary and Critical Care
Radiation Oncology
Radiology
Rheumatology
Surgical Critical Care
Transplantation
Urology
Vascular Surgery







Shad	Asfa	Y.	DO
Shah	Anushree	A.	LMHC
Shah	Nikhil	H.	MD
Sheldon	Thomas	A.	MD
Shin	Reuben	D.	MD
Shneker	Bassel	F.	MD
Silver	Chirlie	Perla	PharmD
Singh	Himanshu		MD
Smith	Benjamin	R.	MD
Smith	Clayton	P.	MD
Soccorso	Elizabeth	Ann	PCNS
Spinale	Alyssa	Lauren	NP
Steinberg	Lon	R.	MD
Sullivan	Patrick	B.	LMHC
Sullivan	Kenna	M.	LICSW
Tamez Aguilar	Hector		MD
Tanner	Adriana	Serje	MD
Tarasuk	Andrew	R.	LICSW
Thabet Nasif	Ramses	M.	MD
Thomas	George	P.	MD, PhD
Thompson	Zachary	W.	LMHC, MEd
Tillinger	Benjamin	A.	MD
Valdez Arroyo	Sherley	R.	MD
Venter	Jacob	J.	MD, MBA
Ward	Emine	Nalan	MD
Winters	Thomas	H	MD
Wixted	John	J.	MD
Wright	Christopher	M.	MD
Yeh	Robert	W.	MD
Zhou	Ping		MD

업데이트 2025 년 04 월

해당 서비스 제공자: 본 재정 지원 정책은 위에 언급된 병원 시설에서 제공되는 서비스에 대해 나열된 개인 및 단체가 부과하는 비용에도 적용됩니다.

비보장 제공자 언어: 아래 나열된 제공자의 경우 본 재정 지원 정책은 병원 시설 비용에만 적용됩니다. 아래 나열된 개인 및 법인의 요금은 포함되지 않습니다. 환자는 잠재적인 지원과 지불 준비를 위해 이러한 서비스 제공자에게 직접 연락해야 합니다.

부록6 LHMC 재정지원 정책 평어 요약 재정지원 신청 의료비 고충 문제 신청 및 LHMC 신용장수 정책에 대한 문서에 대한 공용 정보는 다양한 출처를 통해 LNMC 가 서비스하는 환자와 커뮤니티에 무료로 제공됩니다.  
접근 권한

1. 환자 및 보증인은 재정지원 신용 및 장수 관련 모든 문서의 사본을 요청할 수 있으며, 다음 중 전화, 우편 또는 직접 의료지원 신청서 작성을 위해 지원을 요청할 수 있습니다.

#### LHMC 금융

##### 상담

41 Burlington Mall Road  
Burlington, MA 01803

2. 환자와 보증인은 LHMC 공공 웹사이트

<https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>를 통해 재정지원 및 신용수집 정책과 관련된 모든 문서의 사본을 다운로드할 수 있습니다.

재정지원 정책, 평어요약, 재정지원신청서, 의료비고충문제신청서및신용장수정책은 LHMC 가 서비스하는 지역사회 주민의 5%에 해당하는 1,000 명이 사용하는 주요 언어로 번역됩니다.

LHMC 는 이 정책에 설명된 대로 다음의 위치에 금융지원의 가능성이 대한 통지 표지를 게시했습니다.

1. 일반입장, 환자 접근, 대기 및 등록 구역 또는 이와 동등한 것으로서 의심의 여지를 없애기 위해 응급부서의 대기 및 등록 구역을 포함합니다.
2. 대기 및 등록 구역 또는 병원 밖 허가시설과 동등한 시설 그리고 3. 환자 금융 상담 구역

게시된 표지판은 명확히 볼 수 있고(8.5" x 11") 이 지역을 방문하는 환자들에게 읽을 수 있도록 표지판에는 다음과 같이 적혀 있습니다.

#### 재무 지원 통지

병원은 자격을 갖춘 환자들에게 다양한 재정 지원 프로그램을 제공합니다. 병원비 지원 자격이 있는지 알아보려면 메인 로비 1 층에 있는 저희 금융 상담실을 방문하거나 781-744-8815 로 전화하면 다양한 프로그램과 이용 가능 여부에 대한 정보를 얻을 수 있습니다.

정책 기록

날짜	활동
2016년 9월	이사회 승인 정책
2020년 7월	공급자 목록 업데이트
2020년 8월	BILH EVP/CFO 및 LHMC 이사회 재무관 이사회의 인가 기관으로 개정 정책 승인
2024년 4월	BILH EVP/CFO 및 LHMC 이사회 재무관 이사회의 인가 기관으로 개정 정책 승인