

목 차

LHMC 재정 지원 정책	3
적용 가능 대상	3
참조	3
목적	3
정의	4
LHMC의 재정 지원 자격	8
LHMC의 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
신속한 지불 할인	19
응급의료서비스	20
신용과 징수	20
규정 요구 사항	20
부록 1	
재정지원 신청서	21
부록 2	
의료비 고충 문제 신청서	24
부록 3	
소득 및 자산 임계 값에 따른 할인 차트	27
부록 4	
일반적으로 청구되는 금액(AGB)	28
부록 5	

제공자 및 클리닉—보호 대상 및 공개 대상	28
부록 6	
문서에 대한 공용 접근 권한	29
정책 기록	30

LHMC 재정 지원 정책

적용 가능 대상

본 정책은 본사가 운영하는 병원 및 실질적으로 관련된 기관 (재무 부문 501(r) 규정 및 제공자에 의해 정의된 바와 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. LHMC와 연계됨(이 정책에 따른 전체 공급자 목록은 부록 (5) 참조).

참조

EMTALA: 재무 정보 수집신용 및 징수정책
연방 빈곤(Federal Poverty)가이드라인, US Dept 보건 및 인류 서비스
IRS Notice 2015-46 및 29 CFR §1.51(r)-(4)-(6)
부록 1: 자선 의료를 위한 재정 지원 신청
부록 2: 의료비 고충 문제에 대한 재정지원 신청
부록 3: 소득 및 자산 임계 값에 따른 할인 차트
부록 4: 일반적으로 청구되는 금액(AGB)
부록 5: 공급업체 및 부서—보호 대상 및 공개 대상
부록 6: 문서에 대한 공개 액세스

목적

우리의 임무는 환자 치료, 교육, 연구, 그리고 우리가 봉사하는 지역사회의 건강 향상을 통해 우리 자신을 구별하는 것입니다.

LHMC는 의료의 필요성이 필요한 환자지만 보험에 가입하지 않았거나, 부분적으로 보험에 가입했거나, 정부 프로그램에 가입할 자격이 없거나, 개인 재정 상황에 따라 응급의료, 긴급의료 또는 기타 의료상 필요한 의료비를 지불할 수 없는 환자에 대해 재정 지원을 제공하는 데 전념하고 있습니다. 이 금융 지원 정책은 서비스 영역에 적용되는 연방 및 주법을 준수하기 위한 것입니다. 재정지원 대상 환자는 자격을 주는 LHMC 제공자로부터 할인된 진료를 받게 됩니다. 부속병원 (Addison Gilbert Hospital, Anna Jakes Hospital를 포함) BayRidge Hospital; Beth Israel Deaconess Medical Center; Beth Israel Deaconess Hospital – Milton; Beth Israel Deaconess Hospital – Needham; Beth Israel Deaconess Hospital – Plymouth; Beverly Hospital; Lahey Hospital & Medical Center, Burlington; Lahey Medical Center, Peabody; Mount Auburn Hospital; New England Baptist Hospital; and Winchester Hospital에서 재정지원 대상자로 결정된 환자는 자격 심사 기간 동안 LHMC의 재정지원을 재신청할 필요가 없습니다.

이 정책에 따라 제공되는 재정 지원은 환자가 정책의 적용 절차와 의료비를 부담할 수 있는 공공의 이익 또는 보상 프로그램에 협력할 것이라는 기대에서 수행됩니다.

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

정의

다음 정의는 이 정책의 모든 부분에 적용됩니다.

응급 서비스와 비응급 서비스의 분류는 치료 임상주의 의학적 결정뿐만 아니라 다음과 같은 일반적인 정의에서도 기초합니다. 아래에 제공된 응급 치료 및 긴급 치료의 정의는 건강 안전 네트워크(Health Safety Net)을 포함한 병원의 재정 지원 프로그램에 따라 허용 가능한 긴급 및 응급 부실 채무 보상 범위를 결정하기 위한 목적으로 병원이 추가로 사용합니다.

일반적으로 청구되는 금액(AGB): AGB는 일반적으로 응급 치료, 긴급 치료 또는 기타 의료상 필요한 치료를 보험에 가입한 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(10월 1일 - 9월 30일)까지 민간 보험사와 의료 보험 서비스(Medicare Fee-off-Service)에서 허용한 LHMC의 응급 관리, 긴급 관리 및 기타 의료상 필요한 의료 보험 청구 금액을 모두 합한 금액으로 나누어 계산한 것으로 해당 청구에 대한 총비용을 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 45일까지 매년 계산되고, 회계연도가 종료 후 120일까지 시행됩니다. 개인이 이 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단된 후에 응급 관리, 긴급 관리 또는 기타 의료상 필요한 관리에 대해 AGB 결과 이상의 비용이 청구되지 않을 수 있습니다.

자세한 내용은 부록 4를 참조

적용 기간: 재정 지원을 위해 신청을 수락하고 처리할 기간을 말합니다. 신청 기간은 첫 번째 퇴원 후 청구 명세서가 제공된 날짜에서 시작해 해당 날짜 240일 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 가족 의료비용으로 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 FPL의 400% 이하인 환자 또는 보증인은 본 정책에 명시된 기타 자격 기준을 충족하지 않는 경우 LHMC에서 제공하는 자격 의료 서비스 자격에 대해 환자 책임 잔액의 100%를 면제받게 됩니다.

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

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

응급 의료 상태: 사회보장법 제1867조 (미국법전 제42조 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 2명 이상의 사람들로 구성된 집단을 말합니다. 환자가 소득세 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 것이며, 가장 최근의 연방 세금 신고서에 포함됩니다. 18세 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 퇴직 소득, 이자, 배당, 임대료, 로열티, 부동산, 신탁, 교육 보조금, 위자료, 자녀 양육비를 포함합니다.
2. 비 현금 혜택(식권, 주택 보조금 등)은 계산하지 않습니다
3. 세전(총액) 기준으로 결정합니다.
4. 자본 손익은 제외합니다.

연방 빈곤 수준: 연방 빈곤 수준(FPL)은 미국의 빈곤층을 결정하기 위해 가족의 규모와 구성에 따라 달라지는 소득 임계 값을 사용합니다. 이 문서는 미국 보건 및 휴먼 서비스 부서에 의해 미국 법전 제42조 제9902조 (2)의 권한에 따라 연방 관보에 정기적으로 업데이트됩니다. 현재 FPL 지침은 <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>에서 참조할 수 있습니다.

재정 지원: LHMC에서 제공하는 비상 관리, 긴급 관리 또는 기타 의료상 필요한 관리에 대한 재정적 의무를 경감하기 위해, 자선 의료 관리 및 의료상 어려움으로 구성된 지원입니다.

보증인: 환자 이외의 사람으로서 환자의 청구서를 책임집니다.

총 요금: 수익에서 공제되기 전 환자의 치료 서비스 제공에 대해 관련된 전체 요금입니다.

노숙자: 연방정부가 정의하고, HUD가 연방관보에 게재한 바와 같이: "고정되고 규칙적이며 적절한 야간 거주지가 부족한 개인 또는 가족, 즉 개인 또는 가족이 거주하기 위한 것이 아닌 공공 또는 개인적인 공간인 일차적인 야간 거주지를 가지고 있거나 공공 또는 개인적으로 운영되는 간이 또는 임시 거처를 제공하도록 고안된 쉼터에서 살고 있는 사람 의미합니다. 또한 이 범주에는 90일 이하 동안 거주한 기관에서 퇴거하는 개인이 포함되며, 기관 진입 직전 비상 대피소나 사람이 거주할 수 없는 장소에 거주하고 있는 사람을 뜻합니다."

네트워크 내: LHMC 및 그 계열사는 환자의 보험 회사와 협의가 이뤄진 요금으로 변제 계약을 체결합니다.

의료비 고충 문제: 의료비가 가족 소득의 25%보다 크거나 같은 자격을 갖춘 환자에게 재정 지원을 제공합니다.

의학적으로 필요한 관리: 부상 또는 질병의 평가, 진단 및/또는 치료를 목적으로 제공되는 입원 또는 외래 건강 관리 서비스 등 의학적으로 필요한 항목 또는 서비스입니다. 이러한 항목 또는 서비스는 임상 기준을 충족하는 것 외에도 일반적으로 의료 서비스 수수료(Medicare Fee-of-Service), 개인 의료 보험사 또는 기타 제3자 보험에서 보장되는 것으로 정의됩니다.

의료보험료 서비스: 의료 보험은 사회 보장법 제16세 III편 A부 및 B부(42 USC 1395c-1395w-5)에 따라 제공됩니다.

네트워크 외: LHMC 및 그 계열사가 환자의 보험 회사와 협의가 끝난 요금으로 변제를 위해 계약되지 않은 것을 의미하며, 일반적으로 환자 책임이 더 높아집니다.

징수 계획: LHMC 또는 LHMC를 대표하는 제3자 벤더와 환자/보증인이 합의하여 징수하는 요금제입니다. 지급 계획에는 환자의 재정 상태, 채무 금액 및 모든 사전 지급액이 고려됩니다.

추정적 자격: 특정 상황에서, 보험에 가입하지 않은 환자는 개별적인 재정적 필요성 평가를 위해 환자가 직접 제공하지 않는 다른 수단 검사 프로그램 또는 기타 정보 출처에 등록된 것으로 추정되거나 재정 지원의 대상으로 간주할 수 있습니다.

개인 의료 보험 회사: Medicare Advantage에 따라 의료 보험 계획을 관리하는 비정부 기관을 포함하여 의료 보험을 제공하는 정부 기관이 아닌 모든 조직입니다.

자격부여 기간: 재정 지원을 받을 자격이 있다고 결정된 지원자는 승인일로부터 6개월 동안 지원을 받게 됩니다. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자들은 6개월의 자격 부여 기간이 끝났을 때 6개월의 자격을 추가로 연장하기 위해 재정 상태에 변화가 없음을 증명할 수 있습니다.

비보험 환자: 개인 의료 보험, ERISA 보험, 연방 의료 프로그램(Medicare Fee-of-Service, Medicaid, SCHIP, Champ us 포함), 근로자 보상 또는 환자의 의료 비용 부담에 사용할 수 있는 기타 제3자 지원이 제공되지 않은 환자입니다.

보험이 부족한 환자: LHMC에서 제공하는 의료 서비스에 대해 예상 비용을 전액 지불하는 것이 재정적으로 어려운 개인 또는 정부 보험 혜택을 받는 모든 개인에게 적합합니다.

긴급 치료: 신체적 또는 정신적인 갑작스러운 건강 이상 발생 후 급히 병원에서 제공되는 의학적 치료를 필요로 하는 중증도의 급성 증상(심각한 통증 포함)이 나타나 24시간 이내에 의사의 치료를 받지 않으면 환자의 건강이 위험에 처하게 되거나 신체 기능에 손상을 입히거나 또는 신체 기관이나 부위의 기능 장애를 초래할 수 있다고 믿어지는 사항을 말합니다.

**LHMC의
재정 지원 자격**

재정 지원을 받을 수 있는 서비스는 임상적으로 적절해야 하며 허용 가능한 의료 실무 표준 내에 포함되어야 합니다.

1. 위에서 정의한 응급 관리에 대한 네트워크 내 및 네트워크 외 시설 요금이 부과됩니다.
2. 위에서 정의한 응급 관리에 대한 네트워크 내 및 네트워크 외 전문가 수수료는 부록 5(5)에 열거된 바와 같이 LHMC 및 그 계열사에 고용된 공급자가 부담합니다.
3. 위에서 정의한 긴급 진료를 위한 네트워크 내 시설 요금이 부과됩니다.
4. 위에서 정의한 바와 같이 의료상 필요한 관리에 대한 네트워크 내 시설 요금이 부과됩니다.
5. 부록 5에 열거된 바와 같이, LHMC 및 그 계열사에 고용된 제공자가 제공하는 긴급 치료 및 의료상 필요한 관리에 대한 네트워크 내 전문 요금입니다.

**LHMC의 재정
지원을 받을 수
없는 서비스**

재정 지원을 받을 수 없는 서비스는 다음과 같습니다.

1. 위에서 정의한 선택 서비스에 대한 전문 수수료 및 시설 요금은 다음과 같습니다.
2. 부록 5(5)에 열거된 바와 같이, 재정 지원 정책을 따르지 않는 제공자 (예: 개인 또는 비 LHMC의료인 또는 내과의사, 구급차 운송 등)가 제공하는 진료에 대한 전문 수수료를 말합니다. 환자들은 이러한 공급자에게 직접 연락하여 재정적 지원을 제공하는지 확인하고 지불 계약을 체결할 것을 권장합니다. 본 정책에 포함되지 않은 전체 공급업체 목록은 부록 5를 참조하시기 바랍니다.
3. 위에서 정의한 응급진료가 아닌 긴급진료 및 의료상 필요한 진료에 대한 네트워크 외 시설 요금 및 전문적 수수료를 말합니다.

사용 가능한 지원 LHMC는 아래에 자세히 설명된 바와 같이 공공 지원 프로그램 및 병원 재정 지원에 대한 환자 지원을 제공합니다.

LHMC는 병원에서 제공하는 응급, 입원, 외래 건강관리 서비스의 보장 여부를 확인하기 위해 환자의 보험 현황 및 기타 정보 수집에 성실하게 노력할 것입니다. 모든 정보는 응급 치료 또는 긴급 치료를 구성하지 않는 품목이나 서비스 제공전에 입수됩니다. 병원에서는 EMTALA 수준 응급 치료 또는 긴급 치료를 위해 이 정보를 얻으려는 모든 노력을 뒤로 늦출 겁니다. 이 정보를 얻기 위해 의료검사 또는 응급의료 상태 안정화를 위해 수행되는 서비스 지연과 방해에 대해, 이 정보를 얻으려는 모든 노력은 뒤로 늦춰집니다.

병원에서 제공하는 서비스 비용을 제3자 보험 또는 기타 자원이 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 되지만 이에 제한되지는 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 자원(개인 보험자 또는 다른 공공 프로그램 포함) 으로부터 지급받은 경우, 병원에서는 해당 프로그램에 지급액을 보고하고 프로그램의 청구 처리 요구 사항에 따라 제3자 또는 기타 자원이 지불했을 수 있는 해당 청구에 대해 이를 상쇄합니다. 실제로 서비스 비용을 지불한 주 정부 공공 지원 프로그램의 경우, 병원은 환자의 제3자 서비스 범위에 대한 권리를 보장할 필요가 없습니다. 이러한 경우 환자는 해당 상태 프로그램이 환자에게 제공되는 서비스 비용에 대한 할당을 시도할 수 있음을 알아야 합니다.

LHMC는 매사추세츠 자격 검증 시스템(EVS)을 점검하여 환자가 저소득 환자 인지 확인하고, 건강 안전 네트워크 사무소의 악성 부채에 대한 클레임을 제기할 수 있는 하위 항목에 앞서 Health Connector, 어린이 의료 보안 프로그램 또는 Health Safety Net에서 운영하는 프리미엄 지원 지불 프로그램인 MassHealth에 대한 보상 신청서를 제출하지 않았는지 먼저 확인합니다.

**공공 지원
프로그램**

비보험 환자 또는 보험이 부족한 환자의 경우, 병원은 이러한 환자와 협력하여 미납된 병원비의 일부 또는 전부를 부담할 수 있는 공공 지원 프로그램을 신청하는 데 도움을 줄 것입니다. 보험에 가입되지 않은 환자 및 보험가입이 부족한 환자가 적절한 선택을 할 수 있도록, 병원은 모든 개인의 서비스를 위해 병원에서 환자가 직접 첫 등록하는 동안 환자 또는 보증인, 그리고 제공자가 공공 또는 민간 보험에 대한 환자의 자격 상태 변화를 통지받거나 자체 실사를 통해 알게 될 때 공공 지원 프로그램의 이용 가능

여부에 대한 모든 청구서 송장에 대해 통지하는 것을 제공합니다.

병원 환자는 다양한 주 공공 지원 프로그램(MassHealth, Health Connector에서 운영하는 프리미엄 지원 징수 프로그램, 어린이 의료 보안 프로그램 및 건강 안전 네트워크 포함)을 통해 무료 또는 비용 절감을 받을 수 있습니다. 이러한 프로그램은 각 개인의 치료 비용에 기여할 수 있는 능력을 고려하여 저소득층 환자들을 돕기 위한 것입니다. 비보험 환자 또는 보험이 부족한 환자의 경우, 병원은 요청 시 미납된 병원비의 전부 또는 일부를 부담할 수 있는 공공 지원 프로그램을 통해 보험혜택을 신청할 수 있도록 도와줍니다.

병원은 환자가 주 보건 서비스 프로그램에 등록하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 여기에는 주정부 Health Connector에서 운영하는 프리미엄 지원 지불 프로그램인 MassHealth와 어린이 의료 보안 계획이 포함됩니다. 이러한 프로그램의 경우 지원자는 온라인 웹 사이트(중앙에 위치하는 주 Health Connector Website)를 통해 지원서를 제출하거나, 서류 지원서를 제출하거나, MassHealth 또는 Connector에 위치한 고객 서비스 담당자에게 전화로 신청서를 제출할 수 있습니다. 개별적으로는 웹사이트나 서류 신청을 통해 신청서를 제출하면서 병원 재무 상담사(인증된 애플리케이션 상담사라고도 함)에게 도움을 요청할 수 있습니다.

**건강 안전
네트워크를 통한
지원**

매사추세츠 건강안전 네트워크 참여를 통해 매사추세츠주 거주자이면서 소득 요건을 충족하는 저소득 무보험 환자 및 보험부족 환자에게 재정 지원을 합니다. Health Safety Net은 매사추세츠 주의 병원 전반에 걸친 예민한 문제를 무료 또는 할인된 진료를 통해 저소득 무보험 환자 및 보험부족 환자에 대한 비보험 진료 비용을 보다 공정하게 분배하기 위해 만들어졌습니다. 보상되지 않은 의료 서비스의 건강 안전 네트워크 통합은 연방 빈곤 수준의 300% 미만의 소득을 가진 무보험 환자 및 보험부족 환자에 대한 치료 비용을 충당하기 위해 각 병원에 대한 평가를 통해 수행됩니다.

병원에서 서비스를 받는 저소득 환자들은 101 CMR 613.00에 정의된 건강 안전 네트워크 적용 대상 서비스에 대한 무료 또는 일부 무료 진료를 포함하여 건강 안전 네트워크를 통해 재정 지원을 받을 수 있습니다.

(a) 건강 안전 네트워크 - 주요

101 CMR 613.04(1)에서 설명한 바와 같이 MassHealth MAGI 가구소득 또는 의료비 고충 문제 가족소득이 검증된 매사추세츠 거주자인 무보험 환자들은 연방 빈곤 수준의 0~300%가 건강 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, § 18의

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 1차 건강 보험 및 MassHealth MAGI 가구 소득 또는 의료비 고충문제에 가족 계산 가능 소득을 보유한 매사추세츠 거주자인 환자는 FPL의 0~300%가 건강 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, § 18의 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) - 2차 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 공제되지 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 가구소득 또는 의료비 고충 문제와 가족 계산가능 소득 간의 차이의 40%와 FPL의 200%입니다.

(d) 건강 안전 네트워크 – 의료비 고충 문제

매사추세츠주 거주자는 허용 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 Hardened)의 자격을 얻을 수 있습니다. 의료비 고충 문제에 대처하기 위해, 신청자의 허용 가능한 의료비는 101 CMR 613에 정의된 신청자의 Countable Income의 지정된 백분율을 초과해야 합니다.

신청자의 필요한 기여금은 101 CMR 613.05(1)(b)의 의료비 고충 문제 가족 FPL에 실제 Countable Income을 곱하여 101 CMR 613.05(1)(b)의 계산가능수입의 지정된 백분율로 계산되며, 계산가능수입은 신청자가 책임을 계속 지게 됩니다. *의료비 고충 문제*에 대한 추가 요건은 101 CMR 613.05로 명시되어 있습니다.

병원은 의료비 고충 문제 대상 환자에게 보증금을 요청할 수 있습니다. 보증금은 최대 1,000달러까지 의료비 고충 문제 기부금의 20%로 제한됩니다. 나머지 잔액은 101 CMR 613.08(1)(g)에 설정된 지급 계획 조건에 따릅니다.

의료비 고충 문제를 위해, 병원은 환자와 협력하여 의료비 고충 문제 같은 프로그램이 적절한지 판단하고 의료비 고충 문제 신청서를 건강 안전 네트워크에 제출할 것입니다. 병원이 완료된 신청서를 제출할 수 있도록 적절한 기간 내에 병원이 요청하는 모든 필요한 정보를 제공하는 것은 환자의 의무입니다.

**재정 지원
상담사의 역할**

병원은 공공 지원 프로그램(MassHealth, Health Connector에서 운영하는 프리미엄 지원금 지급 프로그램, 어린이 의료 보장 프로그램 포함)을 통해 '무보험 환자'와 '보험부족 환자'가 건강 보험 혜택을 신청할 수 있도록 돕고, 개인과 협력하여 적절하게 등록하도록 할 것입니다. 이 병원은 또한 건강 안전 네트워크를 통해 재정 지원을 신청하려는 환자를 도울 것입니다.

병원에서 할:

- a) MassHealth, Health Connector에서 운영하는 프리미엄 지원 징수 프로그램, 어린이 의료 보안 프로그램 및 건강 안전 네트워크를 포함한 전체 프로그램에 대한 정보를 제공합니다.
- b) 개인이 새로운 보험혜택 신청서를 작성하거나 기존 보험혜택에 대한 갱신서를 제출할 수 있도록 지원합니다.
- c) 필요한 모든 문서를 얻기 위해 개인과 협력합니다.
- d) 신청서를 제출하거나 갱신합니다(필요한 모든 문서와 함께).
- e) 해당될 경우 현재 시스템 제한에 따라 허용되는 경우 해당 응용 프로그램 및 갱신 상태에 대한 프로그램과 상호 작용합니다.
- f) 보험 프로그램에 신청자 또는 수혜자를 쉽게 등록할 수 있도록 도와줍니다.
- g) 투표자 등록 지원을 제공하고 공급합니다.

병원에서는 병원 및 해당 주 기관에 전체 이름, 주소, 전화번호, 생년월일, 사회 보장 번호(가능한 경우), 현재 보험 적용 옵션(가정, 자동차 및 기타 책임 보험 포함)에 대한

정확하고 시기적절한 정보를 제공해야 할 의무를 환자에게 조언합니다. 의료 비용, 기타 모든 해당 재정 자원, 시민권 및 거주 정보를 포함할 수 있습니다. 이 정보는 개인에게 제공되는 서비스에 대한 적용 범위를 결정하기 위한 공개 프로그램 지원 신청의 일부로 주에 제출됩니다.

개인 또는 보증인이 필요한 정보를 제공할 수 없는 경우, 병원은 (개인의 요청에 따라) 다른 출처로부터 추가 정보를 얻기 위해 합리적인 노력을 할 수 있습니다. 이러한 노력에는 또한 개인이 요청할 때 일회성 공제액 충족을 지원하기 위해 개인에게 서비스 청구서를 보내야 하는지 여부의 결정을 개인과 협력하는 것도 포함됩니다. 이는 개인이 서비스를 예약할 때, 사전 등록 중에, 개인이 병원에 입원할 때, 퇴원할 때 또는 퇴원 후 적절한 시간 동안에 발생합니다. 병원이 획득한 정보는 해당 연방 및 주 개인 정보 보호 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 제출했거나 제3자를 상대로 소송을 제기한 경우, 병원 측은 해당 행위를 한 날로부터 10일 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 회수할 수 있는 권한을 할당해야 한다는 통보를 받게 됩니다.

개인이 병원에 연락할 때, 병원에서는 개인이 공공 지원 프로그램 또는 병원의 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 확인합니다. 공공 지원 프로그램에 등록된 개인은 특정 혜택을 받을 수 있습니다. 개인은 또한 개인의 문서화된 소득, 자산 및 허용 가능한 의료 비용에 기초하여 병원의 재정 지원 프로그램에 따라 추가 지원을 받을 수 있습니다.

환자의 의무 모든 의료 서비스(응급 의료 상태가 있거나 긴급 진료가 필요한 환자를 안정시키기 위해 제공되는 서비스는 제외)를 제공하기 전에 환자는 현재 보험 상태, 인구 통계

정보, 가족 소득 또는 소득에 대한 변경 사항 등과 정책 적용 범위(있는 경우)에 있는 경우 해당 보험 또는 재무 프로그램에 필요한 공제액, 공동 공제 및 공동 적립에 대한 시기적절하고 정확한 정보를 제공해야 합니다. 각 항목에 대한 세부 정보는 다음을 포함해야 하며, 이에 제한되지 않습니다.

- 전체 이름, 주소, 전화 번호, 생년월일, 사회 보장 번호(가능한 경우), 현재 건강보험 보장 옵션, 시민권 및 거주 정보, 청구서 지불에 사용될 수 있는 환자의 해당 재정 자원
- 해당되는 경우, 환자 보증인의 전체 이름, 주소, 전화 번호, 생년월일, 사회 보장 번호(가능한 경우), 현재 건강보험 보장 옵션 및 환자 청구서 지불에 사용될 수 있는 해당 재정 자원
- 기타 보험금 지급에 사용될 수 있는 자원(사고로 인한 다른 보험 프로그램, 자동차 또는 주택 소유자의 보험 포함), 근로자 보상 프로그램, 학생 보험 및 기타 가족 소득(예: 사용 가능한 신탁에서 상속, 선물 또는 분배 등)

환자는 기존의 공동 납부금, 공동 보험금, 공제금 등을 포함하여 미납 병원비를 추적하고, 청구서 지불에 도움이 필요할 경우 병원에 연락할 책임이 있습니다. 환자는 또한 현재의 의료 보험 회사(있는 경우) 또는 공공 프로그램에서 환자의 자격 상태를 결정한 국가 기관에 가족 소득 또는 보험 상태의 변화를 알려야 합니다. 또한 의료원은 환자가 자신의 자격 상태 변경을 병원에 통보할 경우 가족 소득 또는 보험 상태에 변화가 있을 때 공개 프로그램에서 자격을 갱신하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

또한 환자들은 자신이 도움을 받고 있는 병원과 해당 프로그램(예: MassHealth, Connector 또는 Health Safety Net)에 가족 소득의 변경과 관련된 정보 또는 병원에서 제공하는 서비스의 비용을 부담할 수 있는 보험 청구의 일부인 경우 이를 통지해야 합니다. 사고나 기타 사고로 인해 치료비를 부담할 책임이 있는 제3자(예: 가정 또는 자동차 보험에 제한되지 않는)가 있는 경우, 환자는 병원 또는 해당 프로그램(MassHealth, Connector 또는 Health Safety Net 포함하되 이에 제한되지 않음)과 협력하여 해당 서비스에 대해 금액이 지급되거나 지급되지 않은 의료비를 회수할 권리에 대한 알림을 받습니다.

병원 재정 지원

재무 지원은 아래에 정의된 특정 기준을 충족하는 비보험 환자, 보험 미가입 환자 및 해당 보증인에게까지 확대됩니다. 이러한 기준은 이 재정 지원 정책이 LHMC 전체에 일관되게 적용된다는 것을 보장합니다. LHMC는 필요하거나 적절하게 이 정책을 수정, 수정 또는 변경할 수 있는 권한을 보유하고 있습니다. LHMC는 신청서를 작성함으로써 개인이 병원 재정 지원을 신청할 수 있도록 지원합니다(부록 1 및 부록 2 참조).

지급 자원(고용, 의료 보장 제도, 독립 펀드, 강력 범죄 피해 등을 통해 이용할 수 있는 보험)을 검토하고 평가한 후에 환자가 재정 지원을 받을 수 있습니다. 환자가 다른 지원을 받을 자격이 있는 것으로 나타날 경우, LHMC는 해당 기관에 의뢰하여 지원서와 양식을 작성하는 데 도움을 받거나 해당 지원서에 대한 환자를 도와줍니다. 지원 신청자는 위에서 설명한 대로 공공 지원 프로그램 및 건강 안전 네트워크에 신청하는 것을 포함하여 병원 재정 지원에 대한 승인 조건으로서 다른 모든 지불 옵션을 소진해야 합니다.

재정 지원 신청자는 공공 프로그램에 지원하고 민간 의료 보험 혜택을 받을 책임이 있습니다. LHMC에서 가능한 징수 수단으로 식별한 프로그램을 신청하는 데 협조하지 않기로 선택한 환자/보증인은 재정 지원을 거부할 수 있습니다. 지원자는 본 정책에 명시된 지불 능력을 바탕으로 진료비에 기여할 것으로 기대됩니다.

의료 보장 제도 또는 기타 의료 보험에 가입할 수 있는 환자/보증인은 의료 보험에 가입하거나 LHMC 재정 지원 신청 후 6개월 이내에 연방 의료 보험 마켓플레이스를 통해 의료 보험 또는 기타 의료 보험에 가입했다는 증거를 제시해야 합니다. 환자/보증인은 재정 지원을 받으려면 이 정책에 설명된 애플리케이션 프로세스에 협조해야 합니다.

LHMC가 환자의 병원 재정 지원 자격을 평가할 때 고려해야 할 기준은 다음과 같습니다.

- 가족 소득
- 자산
- 의료상의 의무
- 기타 모든 공공 및 민간 지원 서비스 소진

LHMC의 재정 지원 프로그램은 지리적 위치 또는 거주 상태에 관계없이 이 정책에 명시된 자격 요건을 충족하는 모든 환자가 이용할 수 있습니다. 재정 지원은 주 및 연방법을 준수하고 재정적 필요에 따라 환자/보증인에게 제공됩니다.

보험에 가입하지 않은 대상 환자에게 재정 지원이 제공되며, 보험사의 계약상 계약에 따라 지원이 이루어집니다. 일반적으로 재정 지원은 환자가 보험 요건을 준수하지 못하는 경우 환자 보호 또는 잔액을 사용할 수 없습니다.

HAS (Health Savings Account), HRA (Health Reveny Account) 또는 FSA (Flexible Submission Account)를 사용하는 환자는 병원 재정 지원 대상자로 간주되기 전에 계정 자금을 활용해야 합니다. LHMC는 이러한 조항이 LHMC의 법적 또는 계약적 의무를 위반한다고 합리적으로 판단하는 경우 이 정책에 설명된 할인을 되돌릴 수 있는 권리를 보유하고 있습니다.

금융 지원 할인 신청자의 가족 소득, 자산 및 의료 의무에 대한 평가에 기초하여 환자들은 아래 나열된 할인 중 하나를 받을 수 있습니다. 명시된 모든 할인은 환자 책임의 잔액에 관한 것입니다. 네트워크 외 공동 지급, 공동 보험 및 공제 혜택은 금융 지원 대상에서 제외됩니다. 마찬가지로, 이용 가능한 제3자 보상(자발적 자가 지불)을 이용하지 않기로 선택한 보험 가입자는 자발적 자가 지불로 등록된 계좌에 대한 채무 금액에 대해 재정 지원을 받을 수 없습니다. 그러나 어떤 경우에도 병원 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단되는 환자는 AGB보다 더 많은 비용이 청구되지 않습니다.

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

의료비 고충 문제: 의료 부채가 가족 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 징수 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 재정지원을 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

- c. 위 번호로 전화를 걸어 사본을 우편으로 보내 달라고 요청하세요.
 - d. 위의 번호로 전화를 걸어 전자사본을 요청하세요.
3. 환자/보증인이 즉시 이용할 수 있는 재원의 회계처리를 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. 재정 지원 자격을 평가하기 전에 환자/보증인은 연방 의료 보험 시장을 통해 저소득층 의료 보장 제도 또는 기타 의료 보험에 가입했다는 증거를 제시해야 하며, 기존의 제3자 보험 적용 범위에 대한 문서를 제공해야 합니다.
 - a. LHMC 재무 상담사는 환자/보증인이 의료보장 제도를 신청하는 것을 돕고, 이후 동일한 개인에게 재정 지원을 신청하는 것을 도울 것입니다.
 - b. 개인이 연방 의료 보험 시장 공개 등록 중에 재정 지원을 신청하는 경우, 해당 개인은 LHMC의 재정 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 재정 지원을 거부할 수 없습니다.
6. LHMC는 완료된 신청서를 수령한 후 영업일 기준으로 30일 이내에 재정 지원을 받을 수 있는 최종 자격을 결정합니다.
7. 신청 후 6개월로 소급된 모든 현재(개방형) 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 30일입니다. 응용 프로그램을 완료하지 못하면 재무 지원이 거부됩니다.
9. 재무지원신청서 제출에 따른 재무지원 자격 판단은 제공된 모든 자격 의료서비스에 대한 자격기준 기간 동안 유효하며, 부실채무기관의 미지급채권을 포함하여 지난 6개월 동안의 모든 미지급채권을 포함합니다. 자격 심사 기간 내에 LHMC 또는 부속병원이 재정 지원을 받을 자격이 있다고 결정한 환자들은 해당 자격이 결정된 날부터 6개월 동안 자동으로 병원 재정

지원을 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다. 환자/보증인은 자격 부여 기간 동안 금전적 변화를 LHMC에 통보할 책임이 있습니다. 그렇지 않으면 자격이 상실될 수 있습니다.

10. 재정 지원 자격이 있는 환자들은 개인이 개인적으로 지불해야 할 금액을 초과하는 금액을 지불한 경우 환불을 받게 됩니다.

거부 사유

LHMC는 다음과 같은 다양한 이유로 재정 지원 요청을 거부할 수 있습니다.

- 충분한 가족 소득
- 자산 수준이 충분함
- 환자/보증인과 함께 작업하기 위한 합리적인 노력에 대해 환자가 비협조적이거나 응답하지 않을 시
- 환자/보증인과 함께 작업하기 위한 합리적인 노력에도 불구하고 재무 지원 애플리케이션이 불완전할 시
- 보험 또는 책임 청구가 보류 중일 시
- LHMC에서 제공하는 서비스를 보상하기 위한 환자/보증인에게 보내는 상해 또는 사고 관련 보험금 등의 지급이 보류 중일 시

추정적 자격

LHMC는 모든 환자가 재무 지원 응용 프로그램을 완료하거나 문서화 요청을 준수할 수 있는 것은 아니라고 알고 있습니다. 신청서 양식을 작성하지 않고 환자/보증인의 재정 지원 자격이 설정된 경우가 있을 수 있습니다. 기타 정보는 LHMC에서 환자/보증인의 계정을 복구할 수 없는지 여부를 결정하기 위해 사용할 수 있으며, 이 정보는 추정 자격 여부를 결정하는 데 사용됩니다.

추정 자격은 다른 프로그램에 대한 자격 또는 다음과 같은 생활 상황에 따라 환자에게 부여될 수 있습니다.

- 파산을 선언한 환자/보증인. 파산과 관련된 경우, 파산 처리일 현재 계좌 잔액만 생각함
- 공증에서 재산 없이 사망한 환자/보증인
- 노숙자로 결정된 환자/보증인
- 위와 같은 사유로 인해 회수불능으로 반송된 계정과 대금 징수가 이루어지지 않음
- 주 의료 보험 프로그램 자격을 갖춘 환자/보증인은 프로그램 또는 보험 미가입 서비스와 관련된 비용 공유 의무에 대해 재정 지원을 받을 수 있습니다.

추정 자격이 부여된 환자 계정은 재정 지원 정책에 따라 재 분류됩니다. 이러한 파일은

징수로 전송되지 않으며 추가 징수 작업의 대상이 되지 않습니다.

신속한 지불 할인 공공 지원 또는 재정 지원을 받을 자격이 없는 환자들은 응급 관리, 긴급 관리, 의료상 필요한 관리 및 선택 서비스를 포함한 모든 진료에 대해 계좌 잔액을 즉시 지불할 경우 30%의 할인을 받을 수 있습니다. 협상의 금액은 환자가 첫 번째 진술을 받은 날로부터 15일 이내에 전액 지불해야 합니다. 이 할인은 별도의 셀프 징수 수수료 일정이 지정된 서비스에 대해서는 제공되지 않습니다. 또한, 네트워크 내 및 네트워크 외 공동 징수, 공동 보험 및 공제 혜택은 즉각적인 지불 할인을 받을 수 없습니다. 의심을 피하기 위해, 이 할인은 지불 계획에 따라 서비스를 지불하는 환자에게도 제공되지 않습니다.

응급 의료 서비스 연방 응급 치료 및 노동법(EMTALA) 규정에 따라 응급 상황에서 서비스를 제공하기 전에 어떤 환자도 재정 지원 또는 지급 정보를 위해 선별되어서는 안 됩니다. LHMC는 이러한 요청이 응급 상황에서 환자를 안정화하는 데 필요한 검사 또는 필요한 치료를 지연시키지 않는 한, 서비스 시 환자 비용 분담금(즉, 공동 지급)을 요청할 수 있습니다. LHMC는 이 정책에 따라 자격이 있는지 여부에 관계없이 개인에게 응급 의료 조건을 차별 없이 제공합니다. LHMC는 개인이 응급 치료를 받을 수 없도록 하는 조치를 취하지 않습니다.

신용과 징수 미지급 시 LHMC에서 취할 수 있는 조치는 별도의 신용 및 수취 정책에 설명되어 있습니다.

일반 회원은 다음 방법으로 무료 사본을 얻을 수 있습니다.

- a. LHMC 공개 웹 사이트로 이동합니다:
<https://www.lahey.org/lhmc/your-visit/insurance-billing-records/financial-counseling-assistance/>
 - b. 다음 위치에 있는 금융 상담실을 방문합니다:
41 Mall Road
Burlington, MA 01803
(781) 744-8815
 - c. 위 번호로 전화를 걸어 사본을 우편으로 보내 달라고 요청합니다.
 - d. 위 번호로 전화를 걸어 전자 복사본을 요청합니다.
-

규정 요구 사항 LHMC는 이 정책에 따라 활동에 적용될 수 있는 모든 연방, 주 및 지방 법률, 규칙 및

규정, 보고 요건을 준수합니다. 이 정책을 수행하려면 정확한 보고를 위해 LHMC 재무 지원 서비스가 제공되어야 합니다. 이 정책에 따라 제공되는 재정 지원에 대한 정보는 매년 IRS 양식 990 Schedule H에 보고됩니다.

LHMC는 적절한 제어를 유지하고 모든 내부 및 외부 규정 준수 요건을 충족하기 위해 모든 재정 지원을 문서화합니다.

부록 1

자선 의료를 위한 재정 지원 신청서

재정
지원
신청서

프린트하기

오늘 날짜: _____ 사회 보장 제도# _____

의료 기록 번호: _____

환자 이름: _____

주 소: _____

거리

Apt. 번호

도시

주

우편번호

병원서비스 날짜: _____

환자 생년월일: _____

병원 서비스를 받을 당시 환자는 건강 보험이나 의료보장제도**에 가입되어 있었습니까?

네 아니요

"예"인 경우 보험증 사본(앞과 뒤)을 첨부하고 다음을 완료합니다.

보험회사 이름: _____

정책 번호: _____

유효 날짜: _____

보험회사 전화번호: _____

재정 지원을 신청하기 전에 지난 6개월 동안 의료보장 제도를 신청했어야 하며 거절 증빙이 필요합니다.

참고: 환자 또는 보증인이 가족 의료비로 지정된 HAS(Health Savings Account), HRA(Health Reveny Account), FSA(Flexible Submission Account) 또는 이와 유사한 기금을 가지고 있는 경우, 해당 자산이 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, 18세 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 소득세 신고서
- 현재 양식 W2 또는 양식 1099
- 최근 4개의 급여 명세서
- 최근 4개의 당좌 예금 내역서
- 건강 저축 계좌
- 의료 보험 약정
- 신축성 지출 계정

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

아래 서명에 의해, 저는 재정 지원 정책 및 응용 프로그램을 주의 깊게 읽었으며, 제가 진술한 모든 사항이나 첨부한 모든 문서가 진실이며 제가 아는 한 가장 정확한 것임을 증명합니다. 저는 재정 지원을 받기 위해 고의로 허위 정보를 제출하는 것은 불법이라는 것을 알고 있습니다.

지원자 성명: _____

환자와의 관계: _____

완료일: _____

어떤 방식으로 든 소득이 보충되거나 이 신청서에 0.00달러의 소득을 신고한 경우, 귀하와 귀하의 가족에게 도움을 제공하는 담당자가 아래 지원서를 작성하도록 합니다.

지원 문서

저는 환자/책임자로부터 재정적 지원을 제공하는 것으로 확인되었습니다. 다음은 제가 제공하는 서비스 및 지원 목록입니다.

부록 2
 의료비 고충
 문제
 신청서

의료비 고충 문제에 대한 재정지원 신청서

프린트하기

오늘 날짜: _____

사회 보장 제도# _____

의료 기록 번호: _____

환자 이름: _____

환자 생년월일: _____

주 소: _____

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 Reveny Account), FSA(Flexible Submission Account) 또는 이와 유사한 기금을 가지고 있는 경우, 해당 자산이 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, 18세 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 소득세 신고서
- 현재 양식 W2 또는 양식 1099
- 최근 4개의 급여 명세서
- 최근 4개의 당좌 예금 내역서
- 건강 저축 계좌
- 의료 보험 약정
- 신축성 지출 계정
- 모든 의료비 청구서 복사본

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

모든 의료 부채를 나열하고 지난 12개월 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 치선의 진실임을 증명합니다.

신청자 서명: _____

환자와의 관계: _____

완료 날짜: _____

자격 결정을 위해 완료된 신청서를 받은 날로부터 30일을 허용하세요.

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

- 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

Staff Only.	
Application Received by:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
Date Received:	

부록 3
소득 및 자산
임계값에 따른
할인 차트

신속한 지불 할인: 공공 지원이나 재정 지원을 받을 자격이 없는 환자는 응급치료, 긴급 치료, 의료상 필요한 치료, 선택 서비스를 포함한 모든 치료에 대해 계좌 잔액을 즉시 지불할 경우 30%의 할인을 받을 수 있습니다. 협상 금액의 지불은 환자의 첫번째 진술을 받은 날로부터 15일 이내에 전액 지불되어야 합니다. 이 할인은 별도의 셀프 징수 수수료 일정이 지정된 서비스에 대해서는 제공되지 않습니다. 또한, 네트워크 내 및 네트워크 외 공동 징수, 공동 보험 및 공제 혜택은 즉각적인 급여 할인 혜택을 받을 수 없습니다. 의심을 피하기 위해, 이 할인은 지급 계획에 따라 서비스를 지불하는 환자에게도 제공되지 않습니다.

금융지원 및 의료비 고충 문제에 대한 할인은 정책에 설명된 대로 의료서비스 자격에 대한 환자의 책임 잔액에 적용됩니다.

대상 화자에 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.

부록 4 "Look-Back" 방법을 사용하여 AGP를 계산하는 방법에 대한 설명은 위의 정책에서
일반적으로 일반적으로 청구되는 금액의 정의를 참조하십시오.
청구되는 금액
(AGB) LHMC의 2020 회계연도 청구액을 기준으로 현재 AGB%는 43.23%에 해당합니다.

AGB는 다음과 같은 이유로 언제든지 변경될 수 있습니다:

- 개인 의료 보험사 및 의료 서비스 요금 계약 변경
- 민간의료 보험회사 계획 및 의료 보험 서비스 요금에 의해 수령된 징수 업데이트 2021년 1월

- 부록 5** 이 재정 지원 정책은 다음 위치에 있는 모든 병원(시설)의 비용을 포함합니다.
- | | |
|-------|---|
| 제공자 및 | ● <i>Lahey Hospital & Medical Center, 41 Mall Road, Burlington, MA</i> |
| 클리닉 | ● <i>Lahey Medical Center, Peabody, 1 Essex Center Drive, Peabody, MA</i> |
| - | ● <i>Lahey Hospital & Medical Center, 20 Wall Street, Burlington, MA</i> |
| 보호 대상 | ● <i>Lahey Hospital & Medical Center, 31 Mall Road, Burlington, MA</i> |
| 및 | ● <i>Lahey Hospital & Medical Center, 5 Federal Street, Danvers, MA</i> |
| 공개 대상 | ● <i>Lahey Outpatient Center, Lexington, 16 Hayden Avenue, Lexington, MA</i> |
| | ● <i>Lahey Hospital & Medical Center, 50 Mall Road, Burlington, MA</i> |
| | ● <i>Lahey Hospital & Medical Center, 67 Bedford Street, Burlington, MA</i> |

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

첨부파일 16페이지에 나열된 “보호대상 및 비 보호 제공자 및 진료소”에 대한 이 재정 지원 정책은 병원 시설 비용만 다룹니다. 첨부자료 16페이지에 열거된 개인과 시체의 제공자 부담금은 다루지 않습니다. 환자들은 이러한 제공자들에게 직접 연락하여 도움을 제공하는지 확인하고 지급 약정을 체결하도록 권장합니다.

업데이트 2021년 1월

부록 6 LHMC 재정지원 정책, 평어 요약, 재정지원 신청, 의료비 고충 문제 신청 및 LHMC 문서에 대한 신용징수 정책에 대한 정보는 다양한 출처를 통해 LNMC가 서비스하는 환자와 공용 접근 권한 커뮤니티에 무료로 제공됩니다:

1. 환자 및 보증인은 재정지원, 신용 및 징수 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, 평어 요약, 재정지원 신청서, 의료비 고충 문제 신청서 및 신용징수 정책은 LHMC가 서비스하는 지역사회 주민의 5%에 해당하는 1,000명이 사용하는 주요 언어로 번역됩니다.

LHMC는 이 정책에 설명된 대로 다음의 위치에 금융 지원의 가용성에 대한 통지(표지)를 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 1층에 있는 저희 금융 상담실을 방문하거나 781-744-8815로 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 이사회 의 인가 기관으로 개정 정책 승인

