



제목: 환자 재정 보조	일자: 2016/04/01
	해당 일자의 버전 대체: 2015/01/12
범주: SYS.MIS.FAP	승인: BSHSI 이사회

정책

모두를 위한 필요한 의료 서비스를 받을 수 있도록 보장하는데 전념하는 것이 본 세커스 보건의료제도 법인("BSHSI")의 정책입니다. BSHSI는 보험에 가입되어 있든 가입되어 있지 않든, 입원, 서비스 전달, 퇴원, 청구 및 추심 프로세스로 모든 환자를 치료합니다. 이 정책은 재정 보조 및 응급 의료 정책, 재정 보조에 적격인 사람들에 대한 부과 제한, 또한 합당한 청구 및 추심 노력 등에 관하여 수정된 바와 같이 1986년 미국연방조세법 501(r)조의 요건을 충족시키는 의도로 그 초안이 작성되었으며 이에 따라 해석되어야 합니다.

범위

이 정책은 모든 BSHSI 급성 환자 치료 및 독립적 응급실 시설을 통해 활용됩니다.

정의

일반청구금액(AGB) – 일반청구금액은 응급 및 의료적으로 필수적인 서비스에 대해 해당 서비스의 보험에 가입되어 있는 환자에게 일반적으로 부과된 금액을 말합니다. 재정 보조에 적격인 환자에 대한 부과 금액은 단지 해당 서비스에 대한 일반청구금액("AGB") 정도로 제한되어야 합니다. 이러한 부과 금액은 응급 및 기타 의료적으로 필수적인 치료에 대해 미국 메디케어 및 기업 납부자로부터 걷어들인 허용 평균 금액에 기초합니다. 허용 금액에는 보험사가 납부하게 되는 금액 및 개인이 직접 납부 책임이 있는 금액(있는 경우) 모두가 포함됩니다. AGB는 26 CFR §1.501(r)별 룡백 방법을 활용하여 계산됩니다.

약성 부채 – 추심 가능하지 않은 것으로 부채를 탕감하는 보증인이 소유한 계좌 잔액.

미용 – 주요 목적이 외모를 향상시키는 것인 수술.

저소득층 환자 과다 병원(DSH) – 상당히 많은 수의 저소득층 환자를 치료하고 보험 미가입

환자에 대한 치료 제공 비용을 부담하기 위해 메디케이드 및 메디케어 서비스 센터로부터 납부금을 수령하는 병원.

적격 서비스 – 이 재정 보조 정책 하에 적절한 BSHSI 시설에서 제공한 서비스에는 다음 서비스들이 포함되어야 합니다:

- (A) 응급실 설정에서 제공된 응급 의료 서비스.
- (B) 비응급실 병원 설정에서 생명을 위협하는 상황에 대응하여 제공된 비선택적 의료 서비스
- (C) 의료적으로 필수적인 서비스.

응급 의료 상황 – 건강 및 의학에 대한 평균적 지식을 갖춘 신중한 비전문가가 즉각적 치료가 이뤄지지 않아 다음과 같은 결과를 야기할 것으로 합당하게 예측할 수 있다는 점에서 (심한 통증을 포함하여) 상당히 심각한 급성 증상을 통해 드러내 보이는 의료 상황:

- (A) 개인 건강 또는 임산부의 경우에 임산부나 태아의 건강에 심각한 위험;
- (B) 생체 기능에 심각한 장애; 또는
- (C) 신체 기관 또는 부분의 심각한 기능 장애.

가족 소득 – 개인이 벌었거나 개인에게 제공된 총 현금 또는 현금 등가물. 소득으로 간주되지 않는 항목들은 비현금 혜택, 음식과 주택건축조성금 같은 공적 보조, 또한 교육 지원 등입니다.

연방 빈곤 지표 – 연방 빈곤 지표를 이 정책의 목적 상 환자 및 그 가족의 빈곤 수준을 규정할 수 있도록 미 정부에서 사용합니다. 가족의 총 재산, 연간 소비 또는 행복에 대한 자체 평가보다는 가족의 연간 현금 소득에 기초하고 있습니다. 빈곤 지표는 해당 결정 시점에 실제로 미 보건복지부를 통해 연방 관보에 매년 업데이트 됩니다.

정액제 – 일정 서비스 환자에 대해 사전 결정된 비용은 서비스가 실행된 시점에 환자가 지불하는 것으로 선택됩니다.

보증인 – 의료비 청구 금액을 납부해야 하는 환자, 간병인, 또는 실체.

세대주 – “세대주”로서 소득 신고서에 올라 있는 개인.

노숙자 – 거리에서 살 수도 있고, 쉼터, 기독교 전도 시설, 버려진 건물 또는 차량에서 지낼 수도 있으며, 다른 안정적이지 못하거나 지속되지 않는 상황에서 지낼 수도 있는 영구 거주지가 없는 개인. 한 개인이 90 일 이상 수많은 친구 및/또는 확대 가족 구성원과 “나누면서” 지낸다면 이 램은 노숙자로 간주될 수도 있습니다.

세대 구성원(“부양가족”) – 세대주의 소득 신고서에 신청된 세대에 “거주하는” 개인들.

의료 자격 벤더/의료 보조 옹호 활동 – 정부 프로그램 및 BSHSI 재정 보조에 대해 환자를 심사하기 위해 BSHSI를 통해 계약한 옹호 활동 벤더.

의료적으로 필수적인 서비스 – 병, 부상, 질환 또는 증상을 예방, 진단 또는 치료하는데 필요하고 의학의 허용 기준을 충족하는 건강 관리 서비스. 이러한 상황에서, 질환으로 인해 심신이 쇠약해지는 증상이나 부작용이 나타난다면, 치료가 의료적으로 필요한 것으로 간주됩니다.

비적격 서비스 – 다음 건강 관리 서비스는 이 정책 하에 재정 보조에 적합하지 않습니다:

- (A) 사고의 결과로 제공된 서비스. 환자 재정 보조 프로그램에 대한 최초 적격성이 승인된 후에 모든 법률 문서를 제출한다 하더라도 위의 비용들은 제삼자 책임 납부를 보장하는데 필요한 해당 문서의 대상입니다. 제삼자 담보가 있다면, BSHSI는 제삼자 납부자로부터 지불받을 잔액을 추심하게 됩니다. 제삼자 담보가 없다면, 환자는 재정 보조를 신청할 수 있습니다.
- (B) 미용 및 정액제 시술 같이 선택적인 의료적으로 필수적이지 않은 시술 또한 보험, 내구성 의료 장비, 자택 요양 및 처방전이 필요한 의약품 등을 사용하지 않기로 선택하는 환자.

규제 요건

이 정책을 실행하여 BSHSI는 이 정책에 따라 실시된 활동에 적용될 수 있는 기타 모든 연방, 주 및 지역 법률, 규칙 및 규정을 준수해야 합니다.

절차

이 절차에 대한 근거는 BSHSI가 연방, 주 또는 지역 건강보험 프로그램 또는 본 세커스 환자 재정 보조 프로그램("FAP") 대상 자격이 될 수 있는 개인 및 그 가족 구성원을 확인하기 위하여 적극적으로 심사하는 것입니다. 개인 환자에 대한 이 정책의 신청서는 모든 필수 서류와 함께 재정 보조용 신청서를 만족할만하게 작성하는지 여부에 따릅니다. 신청 서류를 포함하여 재정 보조 신청서를 만족할만하게 작성하지 않기로 한 환자는 이 정책 하에 재정 보조에 적격하지 않습니다(환자가 501(r)조 하에 규정에 요구되는 통지를 수령한 경우에 해당됩니다).

BSHSI는 모든 환자가 BSHSI FAP에 대해 심사 받기 이전에 연방, 주 또는 지역 보험 프로그램에 대해 심사를 받게 될 것으로 예상합니다. 환자들이 협조를 할 것으로 예상되며 환자들은 재정 보조를 구하기 위해 BSHSI에 적정하고 시기적절한 정보를 제공합니다. 건강보험에 가입할 재정 능력이 있는 개인은 더 광범위한 건강 관리 서비스를 받을 수 있게 보장하는 수단으로서 또한 전반적인 개인 건강을 위해 해당 건강보험에 가입할 것을 권장받습니다.

일정 상황에서, 적용 가능한 주 법률은 해당 주의 병원 시설에 추가적으로 또는 서로 다른 의무를 부과할 수도 있습니다. 이 정책의 의도는 해당 주에서 연방 및 주 법률 요건 모두를 충족시키는 것입니다. 이에 따라, 일정 조항이 아래 적힌 대로 일정 주에서만 적용 가능할 수 있습니다.

1. 자격 기준

재정 보조 허용은 재정 필요성에 대해 개별화시킨 결정에 기초하게 되며 인종, 종교, 피부색, 성별, 나이, 결혼 여부, 출신 국가, 성적 성향, 성 정체성, 유전 정보, 국가 유공자 여부, 장애 여부 또는 기타 법률로 보호된 특징 등을 고려하지 않아야 합니다.

2. 환자에게 부과된 금액

FAP는 현재 연방 빈곤 지표(FPG)의 200% 이하이거나 해당 지표에 속하는 연간 가족 총소득을 보이는 보험 미가입 및 보험 가입 환자에 대한 적격 서비스의 경우에 100% 재정 보조금을 제공하고 있습니다. BSHSI는 또한 가족 총소득이 FPG의 201%와 400% 사이에 있는 환자에게 할인을 제공하고 있습니다.

3. AGB

FAP 적격 개인 또는 보험 미가입 개인에게 응급 또는 기타 의료적으로 필수적인 치료의 경우에 AGB 이상으로 비용이 부과되지 않습니다. BSHSI는 재정 보조에 대한 자격을 갖추지 못한 보험 미가입 환자에게 비용을 할인해 줍니다. 이러한 개인에게 제공된 할인 금액이 AGB입니다. AGB는 매년 시장에서 조정되며 공동 납부금 및 공제금을 포함하여 메디케어 및 기업 보험요율을 활용하는 룩백 방법에 기초하고 있습니다.

4. 추정 자격

보험 미가입 환자가 재정 보조에 적격인 것으로 나타날 수 있지만 해당 적격성에 필요한 신청 서류를 제공받지 못할 때가 있는 몇몇 예시가 있습니다. 이 예시에서 환자에게 재정 보조금을 제공하는 것을 정당화 할 충분한 증거를 제공하는 신용 보고 대행사 같은 다른 소스를 통해 환자의 추정 소득 및/또는 연방 빈곤 수준 금액을 제공할 수 있습니다. 추정 자격은 건별로 결정되며 치료의 경우에만 효과적입니다.

5. 자격 기간

환자는 최초 청구 내역서 일자에서 최대 240일 후에 재정 보조를 신청할 수 있습니다. 환자가 재정 보조 승인을 받는다면 그 보장은 신청서 서명일 이전 240일 및 이후 240일 동안 유효합니다. 240일의 승인 기간 동안 서비스에 대한 대가로 재정 보조 승인을 받은 환자는 각 방문 시에 연방, 주 또는 지역 건강보험 프로그램에 대해 심사를 받게 됩니다. BSHSI 재정 보조 프로그램은 보험이 아닙니다.

외국인과 영구 거주자 모두 재정 보조에 대한 자격이 있습니다. 하지만, Visa에 대해 미국 내 환자는 건별로 재정 보조에 대해 평가를 받게 됩니다. Visa에 대해 환자가 재정 보조 승인을 받는다면, 승인 기간은 치료 기간만 해당되며, 신청서 서명일 이전 240일이나 이후 240일은 해당되지 않습니다. 환자는 자신의 Visa 및 보험 사본, 재정 및/또는 후원 정보를 제공해야 합니다.

6. 참여 부양자

일정한 의료적으로 필수적인 치료 서비스와 응급 치료 서비스를 BSHSI의 직원이 아니고, 의료 서비스와는 별도로 청구할 수 있으며, 이 재정 보조 정책을 적용하지 않을 수 있는 BSHSI에 속하지 않는 부양자가 제공합니다.

이 정책을 BSHSI 이사회에서 승인하였습니다.

청구 및 추심에 대해서는 청구 및 추심 정책을 참조해 주십시오.