

# 재정 지원

## 병원비 납부에 대한 도움 받기

이 정보는 AdventHealth 시설 또는 제휴 의료 제공자로부터 서비스를 받는 모든 분들을 위한 것입니다. [www.adventhealth.com](http://www.adventhealth.com)에서 AdventHealth 시설 목록을 보실 수 있습니다. 신뢰를 바탕으로 한 보건 의료 시스템인 AdventHealth는 제한된 수입으로 인하여 진료비를 지불하기 어려운 환자를 포함한 모든 환자에게 의료 서비스를 제공합니다. 입원 또는 병원비 청구 절차 중 언제든지 병원비에 대한 도움을 요청할 수 있습니다.

### 도움을 받을 수 있는 자격

응급 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스를 받았지만 병원비를 지불할 수 없는 경우 재정 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다. 지원 금액은 연간 수입과 가족 규모에 따라 달라집니다. 연간 소득이 현재 연방 저소득 기준의 200% 이하인 경우 병원비를 납부할 필요가 없습니다. 연간 소득이 연방 저소득 기준의 200% 이상 ~ 400% 미만인 경우, 납부해야 하는 금액에 대하여 상당한 할인을 받으실 수 있습니다. 또한 병원비가 연간 가계 소득의 25%를 초과하고 연간 가계 소득이 현재 연방 저소득 기준의 500% 미만인 경우 재정 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다.

| 2023년 연방 저소득 기준            |              |
|----------------------------|--------------|
| 가구 규모                      | 저소득 기준의 200% |
| 1                          | \$29,160     |
| 2                          | \$39,440     |
| 가족 구성원이 추가될 때마다 \$5,140 추가 |              |

귀하의 소득이 병원비 전체를 지원받기 위한 기준을 충족하지 못하는 경우에도 여전히 병원비의 일부를 지불하기 위한 도움을 받을 자격이 될 수 있습니다. 신청서의 다른 요건에 따라 자격에 해당할 수도 있습니다.

## 도움 신청 방법

직접 방문, 우편 또는 전화로 병원비 관련 지원을 신청할 수 있습니다. 신청서를 받으시려면 855-241-2455번으로 고객 서비스 부서에 전화하거나 웹 사이트 [www.adventhealth.com](http://www.adventhealth.com)을 방문하거나 병원의 환자 등록 구역에 방문하십시오. 본 정보는 저희 웹사이트나 환자 접수 청구에서 다른 언어로도 제공됩니다.

## 제출 서류

재정 지원 프로그램에 지원하기를 원하시는 경우, 적시에 정보와 서류를 제공하셔야 합니다. 진료에 적용되는 건강 보험, 소득, 자산 및 지원 자격 여부를 결정하는 데 도움이 되는 기타 정보 등 요청된 모든 정보를 제공해야 합니다. 서류에는 은행 명세서, 소득세 신고서 및 수표 명세서가 포함될 수 있습니다. 이러한 정보 요건을 준수하지 않을 경우 재정 지원 프로그램 자격이 박탈될 수 있습니다.

## 응급 및 의학적으로 필요한 치료

무보험 상태에서 응급 또는 기타 의학적으로 필요하거나 또는 비선택적인 치료를 받는 경우 보험 보장이 있는 사람에게 청구되는 것보다 많은 비용이 청구되지 않습니다. 보험에 가입한 환자와 보험 회사에 제공되는 할인을 비교하여 귀하가 지불해야 할 금액이 결정됩니다. 이러한 할인을 계산하는 방법을 포함한 전체 재정 지원 정책 내용은 저희 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다.

## 추심 업무

첫 명세서 날짜로부터 100일이 지나도록 지불되지 않은 병원비는 추심대행업체에 보고될 수 있습니다. 첫 명세서 날짜로부터 120일 이내에 지불되지 않은 병원비는 귀하 또는 보증인의 신용 기록에 표시될 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 병원비를 지불할 책임이 있는 사람은 추심 과정 중 언제든지 신청서를 작성하여 귀하의 병원비에 대한 도움을 신청할 수 있습니다.

### AdventHealth 재정 지원 웹페이지 주소:

[www.adventhealth.com/legal/financial-assistance](http://www.adventhealth.com/legal/financial-assistance)

전화: 800-462-0490

팩스: 423-485-6627

### 우편 정보:

AdventHealth  
PO Box 935979  
Atlanta, GA 31193-5979

# 재정 지원 신청서

(별도의 언급이 없는 한 모든 항목을 작성해야 합니다)

|  |  |                            |                                  |                        |
|--|--|----------------------------|----------------------------------|------------------------|
| 환자의 성, 이름  | 생년월일                                     | 사회보장번호                     | *가족 구성원 수                        | 최근 12개월 연간 가계 소득<br>\$ |
| 미성년자인 경우, 보증인의 성, 이름                             | 생년월일                                     | 사회보장번호                     | 보증인의 소득원                         |                        |
| 자동차/보트/RV 포함, 가구 내 차량 (연식/제조사/모델)<br><br>(선택 사항) | 당좌예금(체크)/저축예금(세이빙스) 계좌 잔고<br><br>(선택 사항) | 소유 부동산 및 가치<br><br>(선택 사항) | CD/퇴직연금/ 투자 계정 잔고<br><br>(선택 사항) | 기타 자산<br><br>(선택 사항)   |
| 환자 주소  |  | 주택 전화번호                    | 소득이 \$0인 경우, 한 곳에 체크 표시하십시오.     |                        |
| 시, 주, 우편번호                                       |  | 대체 전화 번호                   |                                  | 친척과 동거                 |
| 가정 내 21세 미만의 자녀 수: _____                         |  |                            |                                  | 친구와 동거                 |
|  |  |                            |                                  | 퇴직                     |
|  |  |                            |                                  | 실직                     |
|  |  |                            |                                  | 장애인                    |
|  |  |                            |                                  | 노숙자                    |

충분히 읽은 다음 서명하십시오. 본인은 본인이 제공한 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 보증합니다. 본인은 본 병원비 청구서 지불에 대한 지원을 받기 위해, 개별적으로 또는 병원 직원의 도움을 받아 연방, 주, 지방 정부 및 민간 출처를 통해 이용 가능한 모든 지원을 신청합니다. 요청된 정보를 제공하는 데 병원 측 의료진과 협력하지 않으면, 가능한 재정 지원에 대한 신청이 거부될 수도 있음을 알고 있습니다. 이에, Medicaid 프로그램의 공인 대리인은 본인의 Medicaid 신청 상태와 모든 관련 정보, 그리고 신청이 승인되지 않은 경우 해당 사유를 병원 측 의료진에게 공개하는 것을 본인은 승인합니다. 본인은 상기 출처로부터 받은 모든 자금을 병원 측 의료진에게 양도합니다. 이 자금은 본 병원비 청구서 지불에 도움을 주기 위해 제공된 것입니다. 본인은 본인을 위해, 그리고 본인의 직계 가족, 공인 대리인, 의사, 카운슬러(성직자 포함) 및 변호사를 위해, 병원 측 의료진이 본인에게 제공한 서비스와 관련된 문제에 대해 본인과 병원 측 의료진 사이에 있었던 모든 서면 정보 교환 및/또는 구두 논의 내용을 기밀로 보존 및 관리하는 데에 동의합니다. 본인이 제출한 정보가 신용보고기관을 포함한 병원 측 의료진의 확인을 거쳐야 하며, 연방 및/또는 주 기관 및 요구가 있을 경우 기타 기관에 의해 검토를 받아야 함을 알고 있습니다. 본인은 본인의 고용주가 병원 측 의료진에게 본인의 소득 증명을 공개하도록 허가합니다. 본인이 제공한 정보가 사실이 아닐 경우, 본인의 병원 측 의료진이 본인의 재정 상태를 재평가하고 그에 따른 적절한 조치를 취할 것임을 본인은 알고 있습니다. 지원을 받을 자격이 되기 위해서는 가계 소득을 증명할 수 있는 증빙 서류를 적어도 한 부 제출해야 할 수도 있습니다. 증빙 서류로는 최근 연도의 소득 신고서, 현행 W-2, 공증된 증명 서신 등이 포함되나, 반드시 이것에 국한되지는 않습니다. 증빙 서류를 제공하지 않으면 본 지원 신청은 거부될 수 있습니다. 해당 미납금은 추후 징수 조치 대상이 됩니다. [플로리다 주 신청인: 플로리다 주 법령 s.817.50 (1). 플로리다 주의 병원으로부터 물품, 제품, 상품 또는 서비스를 고의로 사취 또는 그러한 행위를 시도하는 자는 s.775.082 또는 s.775-083에 명시된 대로 2급 경범죄로 유죄 처벌을 받을 수 있습니다.]

이 신청서와 관련하여 도움이 필요할 경우 (407) 303-0500번으로 전화하십시오.

신청자 / 보증인 서명

작성 일자

\* 가구 내 인원 수를 계산할 때 아래에 해당하는 사람만 포함합니다. 1) 가정 내에 거주하는 혈족, 2) 가정 내에 거주하는 혼인에 의해 맺어진 친척, 3) 가정 내에 거주하는 합법적 입양에 의한 친척.

**공무원**

| 공무원                                    |       |          |             |               |
|--|-------|----------|-------------|---------------|
| Reason for Service                     | GAI   | DOS      | Family Size | Total Charges |
| 1.0x                                   | 1.5x  | 2.0x     | 25% Rule    |               |
| \$                                     | \$    | \$       | \$          |               |
| Recommendation for account disposition |       |          |             |               |
| Finance Committee Disposition          |       |          |             |               |
| _____                                  | _____ | _____    | _____       | _____         |
| Manager                                | Date  | Director | Date        |               |

# 정책

|                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| 정책 번호<br>CW F 50.1         | 정책명<br>재정 지원        |
| 정책 위치<br>본사                | 담당 부서<br>환자 재정 서비스  |
| 정책 책임자/임원 책임자<br>Ken Ursin | 원본 작성일<br>2006년 3월  |
| 정책 발효일<br>2023년 1월 1일      | 정책 검토일<br>2022년 12월 |

본 정책의 개정본은 2023년 1월 1일부터 유효합니다. 본 정책은 환자가 신청서를 제출하여 접수된 경우 서비스 날짜가 2021년 1월 1일부터 2022년 12월 31일까지인 모든 환자 계정에도 적용됩니다.

- I. 범위:** 본 정책은 지역별 정책이 적용되는 콜로라도 및 일리노이주에 위치한 AdventHealth 기관을 제외하고 AdventHealth 내의 모든 기관에 적용됩니다. 정책 세부 사항, 양식 및 지침은 AdventHealth 웹사이트를 참조하십시오. 본 정책은 재정 지원 신청서를 제출한 모든 환자에게도 적용됩니다. 신청서는 신청일로부터 18개월 이내에 소급하여 다시 처리될 수 있습니다.
- II. 목적:** AdventHealth는 서비스를 제공하는 지역 주민들의 다양한 요구 사항을 충족하면서 고품질 의료 서비스를 제공하는 데 최선을 다하고 있습니다. AdventHealth는 연령, 성별, 지리적 위치, 문화적 배경, 신체적 이동성 또는 지불 능력에 관계없이 모든 사람이 응급 치료를 받을 수 있어야 한다는 점에 최선을 다하고 있습니다. AdventHealth는 의료 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있으며 어떤 경우에는 제공받은 서비스에 대해 환자가 그 비용을 지불할 능력이 없음을 알고 있습니다. 본 정책은 내국세입법(Internal Revenue Code) 섹션 501(r) 및 그에 따라 공포된 규정을 준수하기 위한 것이며 해당 규정에 따라 해석 및 적용됩니다. 본 정책은 섹션 501(r)의 규정에 따라 AdventHealth 관리 기관에서 채택했습니다.

AdventHealth는 환자의 지불 능력, 재정 지원을 받을 수 있는 자격 또는 제3자의 보장 여부에 관계없이 차별하지 않고 개별 환자에게 응급 치료를 제공합니다. 응급 치료는 충분한 중증도의 급성 증상을 나타내는 의학적 상태로, 여기에는 심각한 통증 또는 의료적으로 즉각적인 처치를 하지 않을 경우 다음과 같은 결과가 예상되는 기타 급성 증상이 포함될 수 있습니다: a) 환자의 건강에 심각한 위험, b) 신체 기능의 심각한 손상, c) 신체 기관 또는 부분의 심각한 기능 장애. 여기에는 초기 치료 후 해당 상태와 관련된 치료가 포함됩니다. 제3자 보장을 이용할 수 없는 경우 AdventHealth는 자격을 충족하는 사람에게 재정 지원을 제공합니다. 가능한 경우마다 재정 지원에 대한 자격 결정은 병원이나 기타 조직에서 서비스를 제공하기 전이나 서비스를 받을 때 개시됩니다. AdventHealth 병원 시설 또는 실질적인 관련 기관(AdventHealth가 소유 지분을 가지고 있는 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 파트너십)은 재정적 필요에 따라 응급 서비스를 받는 자격이 되는 환자에게 재정 지원을 제공합니다.

재정 지원 정책은 재정적 필요에 따라 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스를 받는 자격이 되는 자기 부담 환자 및 보험 정산 후 지불해야 할 잔액이 남아있는 자격이 되는 환자에게 제공되는 재정 지원 지침을 제공합니다. 또한 본 재정 지원 정책은 의학적으로 필요한 서비스를 받는 모든 자기 부담 환자에게 부과될 수 있는 할인된 금액에 대한 지침도 제공합니다.

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

상황에 따라 AdventHealth의 단독 재량으로 결정될 수 있는 경우를 제외하고 재정적 필요에 따른 재정 지원 할인은 선택적 또는 비응급 서비스에 제공되지 않습니다. 환자는 본 정책에 명시된 지침에 따라 재정 지원을 신청할 수 있습니다.

**III. 정책:** 응급 치료를 받는 환자는 다음 중 하나를 제시하는 경우 재정 지원 대상으로 고려될 수 있습니다.

- 사용할 수 있는 제3자 보장이 없음
- Medicare 또는 Medicaid 혜택이 소진되었거나 보장 대상이 아니라고 간주되며 환자가 더 이상 지불할 능력이 없음
- 환자가 보험에 가입되어 있지만 보험 정산 후 개인이 지불해야 하는 잔액 또는 제3자 보장으로 비용이 지급된 후 남은 본인 부담금과 관련하여 재정적 필요에 따라 지원을 받을 자격에 해당함
- 환자가 지역 및/또는 해당 주의 자선 요건을 충족함
- 환자가 이미 지원(예: Medicaid) 자격에 해당하나 제공된 서비스는 보장되지 않음

A. 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 및 쉽게 설명된 재정 지원 정책 요약본은 투명하며, 언어 지원 서비스법(Language Assistance Services Act)에 따라 AdventHealth 서비스 영역에 적합한 언어로, 그리고 AdventHealth에서 서비스를 제공하는 지역 사회 구성원 중 1,000명 또는 5% 중 더 적은 수로 구성된 제한된 영어 능력(LEP) 집단의 주 언어로 연속적인 치료의 모든 시점에서 서비스를 받는 개인에게 제공됩니다(위의 기준을 충족하는 영어 능력이 제한된 집단은 이후 이 정책에서 LEP 정의 집단으로 언급됨). 참고: 위에 언급된 인구 수보다 적은 수의 커뮤니티에 있는 기관의 경우 다른 기관에서 필요한 인구 수가 있었던 경우 번역 서비스 이용이 가능할 수 있습니다.

- AdventHealth 병원 시설은 각 병원 웹사이트에 다음의 전체 최신 버전을 눈에 잘 띄고 명확하게 게시하고 요청 시 환자에게 종이 사본을 제공합니다.
  - 재정 지원 정책
  - 재정 지원 신청서(환자/신청자 재정 증명서 포함)
  - 쉽게 설명된 재정 지원 정책 요약본
  - 일반적으로 청구되는 금액(Amounts Generally Billed, AGB)에 대해 자기 부담 환자에게 청구되는 최대 금액을 산정하는 방법
  - AdventHealth 재정 지원 정책에 참여하거나 참여하지 않는 의사
  - AdventHealth 재정 지원 담당자의 연락처 정보
- AdventHealth 웹사이트는 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 및 쉽게 설명된 재정 지원 정책 요약본을 이용할 수 있음을 명시하고 LEP 정의된 집단의 주 언어로 해당 사본을 받아볼 수 있는 방법을 제공합니다.
- 재정 지원 제공을 표시하는 안내문은 모든 입원 및 접수 구역과 응급실을 포함하여 AdventHealth 병원 시설의 공공 장소에 눈에 잘 띄게 게시해야 합니다. 재정 지원 제공을 나타내는 모든 안내문에는 다음 요소가 포함되어야 합니다.

*본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.*

## 정책

- 재정 지원 정책, 쉽게 설명된 요약본, 재정 지원 신청서를 받아볼 수 있는 병원 시설 또는 기타 해당 웹사이트 주소
  - 개인이 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 또는 쉽게 설명된 요약본을 받아보거나 이러한 문서 또는 신청 절차에 대한 추가 정보를 얻기 위해 전화할 수 있는 전화 번호 및 방문할 수 있는 위치 정보
  - 각 **AdventHealth** 병원 시설은 요청 시 무료로 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서, 쉽게 설명된 요약본의 종이 사본을 병원 시설의 공공 장소(응급실 및 모든 입원 및 접수 구역 포함)에서 또는 우편으로 제공합니다. 종이 사본은 영어 및 **LEP**로 정의된 집단의 주 언어로 제공됩니다. 쉽게 설명된 요약본의 종이 사본은 입원 또는 퇴원 과정의 일부로 환자에게 제공됩니다.
  - 재정 지원 담당자 방문: 재정 지원 담당자는 환자의 요청 시 **AdventHealth** 병원에 입원한 개인 중 자기 부담으로 분류된 환자에게 개인 재정 상담을 제공할 수 있습니다. 영어 능력이 제한적인 사람과 의미 있는 의사소통을 할 수 있도록 통역사가 지원합니다. 재정 지원 자격 기준 및 할인 정보는 의사 진료소, 긴급 치료 및 기타 환경에서도 찾아볼 수 있습니다.
  - 쉽게 설명된 요약본은 합리적인 방식으로 **AdventHealth** 병원 시설에서 서비스를 제공하는 지역 사회 구성원에게 배포되어 재정 지원이 필요할 가능성이 가장 높은 지역 사회 구성원에게 도달할 수 있도록 해야 합니다. 저소득층 집단이 의료적으로 필요한 점을 해결하는 지역 사회의 조직에 쉬운 언어로 된 요약본의 사본을 배포하는 것이 그 예가 될 수 있으며, **Healthcare Navigators**(의료 네이게이터)가 그 예이며 이에만 국한되지는 않습니다.
- B. AdventHealth와 서비스를 받는 개인은 각각 재정 지원 제공과 관련된 일반적인 절차에 대한 책임이 있습니다.**
- **AdventHealth의 책임**
    - **AdventHealth**에는 개인의 재정 지원 자격을 평가하고 결정하기 위한 재정 지원 정책이 마련되어 있습니다.
    - **AdventHealth**는 개인의 완전한 참여를 촉진하기 위한 방식으로 모든 개인에게 재정 지원의 이용 가능성을 널리 알리고 전달하는 수단을 가지고 있습니다.
    - 환자 재정 서비스 및 **Consumer Access**의 **AdventHealth** 직원은 **AdventHealth** 재정 지원 정책을 이해하고 해당 정책에 관한 질문을 적절한 병원 담당자에게 전달할 수 있습니다.
    - **AdventHealth**는 **AdventHealth**를 대신하여 청구서를 추심하는 제3자 기관과의 모든 계약에서 해당 기관이 **AdventHealth** 재정 지원 정책을 따를 것임을 규정하는 법적 구속력이 있는 서면 계약 조항을 포함하도록 요구합니다.
    - **AdventHealth** 수익 주기 부서(**Revenue Cycle Department**)는 재정 지원 제공과 재정 지원, 청구 및 추심 프로세스를 관장하는 정책/프로세스에 대한 내부적으로 감독을 제공합니다.

*본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.*

## 정책

- 재정 지원에 대한 개인의 요청을 접수한 후 AdventHealth는 합당한 기간 내에 자격 결정 내용을 개인에게 알립니다.
  - AdventHealth는 지불 방식 옵션을 제공합니다.
  - AdventHealth는 결정에 이의를 제기하고 재고를 요청할 수 있는 개인의 권리를 지지하고 존중합니다.
  - AdventHealth는 최소 7년 동안 재정 지원의 제안, 신청 및 제공을 뒷받침하는 문서를 보관합니다(청구 계약업체도 보관 필수).
  - AdventHealth는 해당되는 경우 미국 보건복지부에서 발행한 연방 빈곤 가이드라인을 주기적으로 검토하고 통합합니다.
- 개별 환자의 책임
    - 재정 지원 정책에 따라 100% 요금 감면 대상으로 고려되기 위해서는 해당 개인은 AdventHealth와 협력하여 Medicare, Medicaid, 제3자 책임보험 등과 같이 의료 비용을 지불하는 데 사용할 수 있는 기존의 다른 재정 자원을 신청하는 데 필요한 정보 및 문서를 제공해야 합니다.
    - 재정 지원 정책에 따라 100% 요금 감면 대상으로 고려되기 위해 개인은 적격성을 결정하는 데 필요한 재정 및 기타 정보를 AdventHealth에 제공해야 합니다(여기에는 필수 신청서 작성, 요청된 증빙 문서 제공, 정보 수집 및 평가 프로세스에 전적으로 협조하는 것이 포함됨).
    - 재정적 필요를 바탕으로 100% 요금 감면 자격이 되지 않는 자기 부담 환자는 해당 치료를 보장하는 보험이 있는 개인에게 일반적으로 청구되는 금액(AGB) 이하로 청구되며 합리적으로 지불을 해결하기 위해 병원과 협력합니다.
    - 재정적 필요를 바탕으로 요금 100% 감면 자격을 충족하지 않는 자기 부담 환자는 미결제 금액을 해결하기 위해 선의의 노력을 기울여야 합니다. 개인은 재정 상황에 대한 변경 사항을 AdventHealth에 즉시 알려 재정 지원, 병원 청구서 또는 지불 계획 조항을 관리하는 정책에 대해 이러한 변경으로 인한 영향이 평가될 수 있게 할 책임이 있습니다.
- C. 재정 지원 자격 해당 여부 결정 및 재정 지원 신청 절차는 공평하고, 일관성 있고 신속하게 진행될 것입니다.
- **잠재적으로 적격한 개인 식별** 재정 지원 요청은 제공된 치료에 대한 첫 번째 퇴원 후 청구서가 환자에게 우편 또는 전자적으로 전송된 날로부터 최대 240일 동안 인정됩니다.
    - 등록 및 사전 등록 프로세스를 통해 재정 지원이 필요한 개인을 미리 식별할 수 있습니다.

*본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.*



# 정책

- 재정 지원 담당자는 입원 기간 동안 또는 퇴원 시 모든 자기 부담 입원 환자에게 연락하기 위해 최선을 다할 것입니다.
- AdventHealth 병원 시설의 쉽게 설명된 요약본은 병원 시설에 입원하거나 퇴원할 때 모든 개인에게 재정 지원 신청서와 함께 제공됩니다.
- AdventHealth 병원 시설의 재정 지원 정책에 따라 재정 지원의 이용 가능성에 대해 수령인에게 고지하고 알리는 서면 통지문이 잘 보이도록 모든 청구서에 포함되며 여기에는 다음이 포함됩니다: 1) 재정 지원 정책 및 재정 지원 신청 절차에 대한 정보를 제공할 수 있는 AdventHealth 재정 지원 부서의 전화번호, 2) 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 및 쉽게 설명된 요약본을 얻을 수 있는 웹사이트.
- AdventHealth 재정 지원 정책과 개인이 재정 지원 신청을 하는 데 도움을 받을 수 있는 방법에 대해 알리기 위해 합당한 시도를 할 것입니다. AdventHealth는 대면 소통 외에도 이메일, 서면 진술, 서신, 전화 통화 등의 다양한 방법을 사용하여 환자와 소통합니다.
- 해당 개인은 쉽게 설명된 요약본 사본과 함께 적어도 한 부의 서면 통지를 받게 되며, 이 통지를 통해 자격이 되는 경우 재정 지원을 받을 수 있다는 것을 알려주고 지정된 기한까지 재정 지원 신청서를 제출하지 않거나 지불해야 할 금액을 지불하지 않을 경우 AdventHealth에서 명시한 다른 추심 활동을 진행할 수 있다는 것을 알립니다. 이 기한은 병원 시설에서 치료에 대한 첫 번째 퇴원 후 청구서를 제공한 날로부터 120일 이전일 수는 없습니다. 해당 통지는 통지서에 명시된 기한일로부터 최소 30일 전에 해당 개인에게 제공되어야 합니다.
- **재정 지원 요청** 재정 지원 요청 또는 신청은 여러 사람/기관(환자, 가족 구성원, 지역 사회 단체, 교회, 추심 기관, 간병인, 행정부서 등이 포함)이 접수할 수 있습니다.
  - 제3자로부터 받은 요청은 재정 지원 담당자에게 전달됩니다.
  - 재정 지원 담당자는 제3자와 협력하여 신청 과정에서 해당 개인을 돕기 위한 리소스를 제공할 것입니다.
- **자격 기준**
  - AdventHealth는 응급 치료를 받는 무보험 환자에게 다양한 유형의 할인을 제공합니다. 연방 빈곤 가이드라인의 400%를 초과하는 소득을 보고하거나 소득 정보를 사용할 수 없는 자기 부담 환자는 보험 보장이 있는 개인과 유사하게 지불해야 할 금액을 일반적으로 청구되는 금액(AGB)으로 낮추는 할인을 받을 수 있습니다. 이 비율은 특정 기관 또는 위치에 따라 달라지며 매년 [첨부문서 1](#)에 업데이트됩니다. 이러한 할인은 나중에 환자가 정책에 따라 자격에 해당하고 본 정책에 따라 재정 지원이 필요한 것으로 결정되는 경우 해당하는 요금의 100% 감면까지 인상될 수 있습니다.

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다.  
인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

## 정책

- 해당하는 요금의 **100%** 감면(즉, 자기 부담 환자의 경우 전액 탕감 및 보험 정산 후 요금의 환자 책임 부분 전액 탕감) 대상이 되려면 개인의 가구 소득이 이전 12개월 또는 서비스 날짜 또는 재정 지원 신청서 제출 날짜 이전 1년 중 더 나중인 기간 동안 현행 연방 빈곤 가이드라인의 **200%** 이하여야 합니다. 또는 환자의 병원비 중 미납액이 연간 가족 소득의 **25%**를 초과하는 경우에도 환자는 해당 요금에 대해 **100%** 감면을 받을 수 있습니다. 단, 연간 가족 소득이 연방 빈곤 가이드라인의 **500%** 미만이어야 합니다.
  - 연방 빈곤 수준은 매년 보건복지부(HHS)에서 발행하며 마켓플레이스 건강 보험, **Medicaid** 또는 **CHIP** 보장 등과 같이 연방 정부에서 제공하는 프로그램 및 혜택에 대한 자격을 결정하는 데 사용됩니다. 이러한 소득 기준은 여기에서 찾아볼 수 있습니다: <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/>
- 개인의 가구 소득을 결정할 때 다음 조건이 적용됩니다: 가구: 동거인과 하숙인을 제외하고 필요, 소득 및 자산이 가구 예산에 포함되어 있는 한 가구에 함께 거주하는 한 명 이상의 사람. 구성원에는 신청자, 법적 배우자, 부양 자녀, 의붓 자녀, 입양 자녀 및 **25세** 미만의 혈족, 신청자 또는 신청자의 배우자가 법적 후견인 또는 양육권을 가진 비친족 미성년 아동, 미성년 아동의 법적 보호자 또는 부모 및 **25세** 미만의 미성년 형제자매 아동. **50%**가 넘는 지원을 가족에게 의존하는 **25세** 이상의 학생도 가구 구성원에 포함됩니다.
- 현행 연방 빈곤 가이드라인의 **200%**를 초과하지만 **400%** 미만인 가구 소득이 있는 자기 부담 환자에게는 다음과 같은 할인이 제공됩니다.
  - 연방 빈곤 수준의 **200%~400%** 사이인 자기 부담 환자에게는 **97%** 할인이 제공됩니다.
  - 연방 빈곤 가이드라인의 **200%~400%** 사이에 있고 본인이 부담해야 할 잔액이 남아있는 보험에 가입된 환자는 재정 검토 위원회의 재량에 따라 다른 모든 제3자 지불인이 지불한 후 남은 잔액을 나타내는 환자 본인부담 잔액에 한하여 **50%**가 할인될 수 있습니다. 이러한 환자의 본인부담금 **50%** 감액은 재정 지원으로 분류됩니다.
- 응급 서비스가 아니고 자기 부담 환자의 소득이 연방 빈곤 가이드라인의 **401%**를 초과하거나 소득 정보가 제공되지 않는 경우, **CWF 50.5** 자기 부담 할인 정책에 따라 환자가 미리 할인율을 미리 볼 수 있도록 제공됩니다. 이는 시설별로 매년 업데이트되며 **CMS** 가격 투명성 지침에 따라 온라인 예상 비용 계산기(**online shoppable estimator**)에 게시됩니다.
- 응급 치료나 모든 의학적으로 필요한 치료에 대해 자기 부담 환자에게 청구되는 금액은 각 특정 **AdventHealth** 병원에서 해당 치료를 보장하는 보험이 있는 개인에게 일반적으로 청구되는 금액(**AGB**)을 기준으로 합니다. **AdventHealth**는 **AGB** 비율을 결정하고 개인에게 제공된 서비스에 대한 총 요금에 해당 비율을 곱해 **AGB**를 결정합니다. **AdventHealth**는 **§1.501(r)-5(b)(3)**에 설명되고 아래에 나열된 5가지 고유한 일반적으로 청구되는 금액 산정 유형 중 하나를 사용합니다.

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

# 정책

- i. 록백 방식 Medicare 전용
  - ii. 록백 방식 Medicare 및 민영 보험
  - iii. 록백 방식 Medicaid 전용 또는 Medicaid 및 민영 보험
  - iv. 전향적 방식 Medicaid 전용
  - v. 전향적 방식 Medicare 전용
- 각 AdventHealth 시설은 5가지 방식 중 하나를 선택하고 첨부 문서 1에 기재된 바에 따라 매년 할인을 산정합니다. AGB 산정을 위한 AdventHealth의 방법론을 자세히 설명하는 문서는 AdventHealth 웹사이트에서 찾아보거나 대면, 전화 또는 우편으로 요청할 수 있습니다.
- 모든 의료 서비스에 대해 AdventHealth 재정 지원 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 개인에게 청구하는 요금은 항상 해당 서비스에 대한 총 요금보다 적습니다.
  - 위에서 설명한 소득 수준 평가 외에도 자산 심사가 Medicare 수혜자에 한해 적용될 수 있습니다. 이 자산 평가의 목적은 연방 빈곤 가이드라인 200% 이하의 고정 소득이 있는 은퇴한 신청자의 재정 지원 자격을 결정하기 위함입니다. 본 정책 평가의 목적을 위한 자산은 특정 비은퇴 투자 계좌(즉, 주식, 채권 및 부동산)의 가치와 함께 신청자가 은행에 보유하고 있는 모든 현금 또는 현금 등가물을 의미합니다. 단, 신청인이 거주하고 있는 주택 및 캠핑카, 오토바이를 포함하는 차량 1대는 자산 심사 대상에서 제외됩니다. 또한 가정 용품은 자산 산정에서 제외됩니다. 특히 401(k), 401(a), 403(b) 및/또는 457(b)와 같은 은퇴 계좌는 재정 지원 자산 심사의 목적상 자산으로 간주되지 않습니다. 이 지침은 Medicare Savings 프로그램을 반영하며 Center for Medicare and Medicaid Services(CMS)에서 상황에 따라 개정될 수 있습니다. 자세한 내용은 <https://www.medicare.gov/basics/costs/help/medicare-savings-programs>에서 확인할 수 있습니다.
    - 자산 한도를 초과할 경우 신청자는 전액 탕감 대상에서 제외되며 더 적은 할인이 적용됩니다. 자산 한도는 첨부 문서 2 – 자산 한도에 포함되어 있습니다.
  - 소득은 개인 재정 증명서를 사용하거나 해당 신청자의 가장 최근 W-2 양식, 가장 최근 1040 양식, 세금 증명서, 은행 명세서 또는 보고된 소득을 증빙하는 기타 문서의 사본을 입수하여 확인할 수 있습니다. 소득은 다음으로 정의됩니다: a) 임금 및 급여, b) 자녀 양육 수당, c) 이혼 수당, d) 실업 보상, e) 근로자 보상, f) 퇴역 군인 연금, g) 사회 보장 연금, h) 연금 또는 연금 보험, i) 배당금, j) 저축 또는 채권에 대한 이자, k) 부동산 또는 신탁 소득, l) 순 임대 소득 또는 로열티, m) 자영업 순소득, n) 위에 정의된 가구 내 개인의 지원을 위해 기부된 금액을 포함한 모든 출처의 기부금.
  - 소득 확인 및 사용 가능한 자산을 증빙하는 문서는 나중에 참조할 수 있도록 환자 파일에 보관해야 합니다.

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

## 정책

- AdventHealth는 환자의 재정 지원 신청서 및/또는 환자/신청자 재정 증명서 및 환자의 자원을 증빙하기 위해 환자가 제공한 기타 문서에서 얻은 정보를 사용하는 것 외에도 환자의 자원을 입증하기 위해 추가적인 독립 적격성 평가(Independent Eligibility Assessment, IEA)를 사용하거나 환자가 제공한 정보를 검증하기 위해 제3자 정보를 사용할 수 있습니다. 해당 정보에는 신용 보고 기관을 통해 제공되는 신용 보고서 문서와 조직이 고용 및 소득 정보를 확인하는 데 사용할 수 있는 데이터베이스를 통한 IRS 세금 보고서에 반영된 전년도 소득 관련 정보가 소득 확인용으로 포함될 수 있습니다. 이 데이터베이스는 급여 기록을 제공하는 수백만 명의 고용주와 함께 미국의 급여 정보의 대규모 중앙 저장소로 구성됩니다. 이러한 도구의 소득 정보는 개인의 재정 상황을 완전히 이해하는 데 도움이 됩니다.
  - 재정 지원 적격성을 정당화하기 위해 독립 적격성 평가(IEA), 도구를 사용할 수 있습니다. 독립 적격성 평가가 수행될 때 신용 보고서를 포함할 수 있으며, 적용되는 법적 요건에 따라 환자가 지원 신청서 또는 증빙 문서를 제공하지 않거나 재정 지원을 결정하는 데 필요한 문서를 제공하는 데 비협조적일 때 기타 공개적으로 사용 가능한 정보를 재정 지원 적격성을 결정하는 기준으로 추정 가구 규모 및 소득 금액을 결정하기 위해 사용합니다. 이러한 도구에는 재정 지원 신청서를 작성하지 않은 무보험 환자의 재정적 필요를 입증하는 데 사용할 수 있는 신용 보고서, 기타 제3자 자산 정보 및 소득 확인이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.
  - 재정 지원 신청서는 제공된 치료에 대해 퇴원 후 첫 번째 청구서가 제공된 날짜로부터 최대 240일 동안 고려됩니다.
- 추정 자격: 보험에 가입하지 않았으며 다음 중 하나 이상에 해당하는 개인은 재정 지원 신청서 양식을 작성하지 않은 경우에 가장 관대한 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 간주될 수 있습니다.
  - 해당 개인이 스스로 노숙자로 규정하는 경우.
  - 해당 개인이 사망했으며 알려진 재산이 없거나 병원비 잔액이나 부채를 지불할 수 있는 배우자가 없는 경우.
  - 해당 개인이 중범죄로 교도소에 수감중인 경우.
  - 해당 개인이 정신적으로 무능력 상태인 경우.
  - 해당 개인이 현재는 Medicaid 자격이 있지만 서비스를 받은 날짜에는 자격에 해당하지 않았던 경우.
  - 해당 개인이 폭력 범죄 피해자 보상법 또는 성폭행 피해자 보상법에 따라 지원을 받을 자격이 있는 경우.
  - 해당 개인이 독립 적격성 평가를 통해 지불 능력 점수가 낮거나 알 수 없는 것으로 간주된 경우. 독립 적격성 평가는 신용 조사 기관, 인구 통계 데이터베이스 및 병원 특정 데이터의 자료를 통합하는 알고리즘으로 구성됩니다. 제3자 신용 보고서 데이터 및 기타 공개적으로 사용 가능한 데이터 소스는 공공 기록 데이터베이스를 기반으로 하는 의료 업계에서 인정하는 예측 모델을 활용하여 사회 경제 및 재정 능력 점수를 산정합니다. 이 독립 적격성 평가에서 수집한 정보는 완전한 문서가

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

## 정책

자발적으로 제공되었는지 여부에 관계없이 개인을 각각의 경제적 능력 범주로 추정하고 분류하기 위해 본 정책에 따라 재정적 필요에 대한 적절한 문서로 구성됩니다.

- 개인이 이전에 재정 지원에 대해 승인을 받았고 서비스를 받은 날짜가 최초 신청 승인일 이전 **12개월** 내 또는 이후 **12개월** 내에 해당되는 경우.
  - 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있다고 간주되는 개인의 경우, 본 섹션 **C**와 본 정책에서 설명된 동일한 조치가 개인이 재정 지원 신청서를 작성하여 제출한 것과 동일하게 적용됩니다. 그러나 일부 환자 집단은 통상적인 재정 지원 신청 절차에 참여하지 않을 수 있습니다. 환자가 재정 지원 신청서를 제출하지 않는 경우 **AdventHealth**는 위에 언급된 독립 적격성 평가(**IEA**)에 따라 환자에게 추심하는 대신 재정 지원을 제공하도록 선택할 수 있습니다.
  - 서면 소득 정보를 확보하기 위해 모든 합당한 노력을 기울일 것이며, 제공되지 않은 경우 **IEA**를 통해 확인할 수 없다면 자격 여부를 결정하기 위해 환자의 증명 및 환자가 밝힌 소득을 사용합니다.
- **재정 지원 신청 방법**
    - **AdventHealth** 재정 지원 신청서 양식. 재정 지원을 신청하려면 해당 개인이 **AdventHealth** 재정 지원 신청서 양식을 작성해야 합니다. 해당 개인은 소득을 증명하는 증빙 문서를 포함하여 자격을 확인하는 데 필요한 모든 증빙 자료를 제공해야 합니다. 허용되는 소득 증명 양식에는 가장 최근의 **W-2**, 가장 최근에 신고한 **1040** 세금 양식, **4506-T** 요청과 관련된 세금 증명서, 은행 내역서, 가구 소득이 **0**일 경우 서명된 증빙 서신이 등이 포함됩니다. 신청자의 소득을 증명하는 문서가 포함된 경우, 승인된 재정 지원 신청서는 승인일 이전 **12개월** 내 및 이후 **12개월** 내에 해당하는 서비스 날짜에 적용되며 반복할 필요가 없습니다. 이 기간 이외의 날짜에 받은 서비스에 대해서는 재정 지원을 받으려면 새로운 신청서를 제출해야 합니다.
    - 해당 개인은 **AdventHealth** 병원 웹사이트에서 열람하거나 재정 지원 부서에 우편으로 무료 사본을 요청하거나 **AdventHealth** 입원/접수 창구에서 직접 사본을 요청하여 **AdventHealth** 재정 지원 신청서 양식 사본을 받아볼 수 있습니다.
    - 작성된 **AdventHealth** 재정 지원 신청서 양식은 환자 재정 서비스에 제출되어 처리됩니다. 해당 개인으로부터 소득 증명(**Proof of income, POI**)이 필요할 수 있습니다. 또한 **Medicare** 수혜자는 연방법에 따라 추가 자산 심사를 받아야 합니다. 심사는 개인의 총 재원(가족 소득 수준, **Medicare** 환자에게 요구되는 자산 및 기타 관련 정보를 포함하되 이에 국한되지 않음)을 바탕으로 적격성을 결정하기 위해 수행됩니다. **POI**는 보험에 가입한 환자가 지불해야 하는 잔액이 **\$25,000**을 초과하는 경우에 필요합니다. 서면 증명은 무보험 환자와 잔액이 **\$25,000** 미만인 경우 허용됩니다.

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다.  
인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

# 정책

- **미납 시 취할 수 있는 조치:** 병원 시설에서 해당 치료를 받고 첫 번째 퇴원 후 청구서를 제공한 날짜로부터 120일 후에 AdventHealth는 부채를 제3자에게 매각하는 것을 포함하되 이에 국한되지 않는 특별 추심 조치(ECA)를 취할 수 있습니다(부채 매각에 대한 자세한 정보는 이 정책의 섹션 E 참조). 단, ECA를 개시하기 최소 30일 전에 개인에게 다음 통지를 제공해야 합니다: 1) 자격에 해당하는 개인은 재정 지원을 받을 수 있음을 알리고 지정된 기한(기한은 서면 통지가 제공된 후 30일보다 빠를 수 없음) 후에 개시될 수 있는 구체적인 ECA를 명시하는 서면 통지가 쉽게 설명된 요약본과 함께 개인에게 제공됨, 그리고 2) AdventHealth 병원 시설의 재정 지원 정책 및 개인이 재정 지원 신청 절차를 통해 지원을 받을 수 있는 방법에 대해 개인에게 알리기 위해 합당한 시도를 함.
  - **제출된 재정 지원 신청서가 없는 경우:** 병원 시설이 제공한 해당 치료에 대해 첫 번째 퇴원 후 청구서를 제공한 날로부터 120일 이내에 재정 지원 신청서를 제출하지 않았고 서면 통지에 명시된 기한이 지난 경우 AdventHealth는 특별 추심 활동을 개시할 수 있습니다. AdventHealth는 독립 적격성 평가를 기반으로 제3 출처에서 환자가 자격에 해당한다는 신뢰할 수 있는 증거를 제공하는 경우 제출된 신청서가 없는 경우에도 재정 지원을 제공하도록 선택할 수 있습니다.
  - **불완전한 재정 지원 신청서가 제출된 경우:**

해당 치료에 대해 첫 번째 퇴원 후 청구서가 제공된 날짜로부터 240일 이내(신청 기간)에 개인이 불완전한 재정 지원 신청서를 제출하는 경우 AdventHealth는 다음 조치를 취해야 합니다.

    - 특별 추심 활동(ECA)을 일시 중단합니다.
    - 재정 지원 정책 또는 재정 지원 신청서 양식에 따라 개인이 합당한 시간 내에 제출해야 하는 필수 추가 정보 및/또는 문서를 설명하고 재정 지원 정책에 대한 정보를 제공할 수 있는 AdventHealth 기관 또는 부서의 전화 번호 및 물리적 위치를 포함한 연락처 정보 및 재정 지원 신청 절차에 대해 도움을 줄 수 있는 연락처 정보 또는 재정 지원 신청 절차에 도움을 줄 수 있는 비영리 단체 또는 정부 기관에 관한 정보를 포함하는 서면 통지를 개인에게 제공합니다.
    - 위에서 설명한 기한까지 재정 지원 신청서를 작성하지 않으면 병원에서 ECA를 개시하거나 재개할 수 있습니다. AdventHealth가 제공한 치료에 대해 해당 개인의 청구로 인해 지불해야 할 수 있는 잠재적인 금액과 관련한 보험(자동차, 책임, 생명, 건강 보험)에 결부된 유치권은 추심 과정과 관련해 허용됩니다. 재정 지원 정책 적격 개인에 대해 다른 개인적인 판결이나 유치권은 제기되지 않습니다.
    - AdventHealth는 정상 추심 주기가 재개되기 전에 불완전한 신청서 작성을 용이하게 하기 위해 최소 두 번의 연락 시도를 할 것입니다.

- **완전한 재정 지원 신청서가 제출된 경우:**

해당 치료에 대한 첫 번째 퇴원 후 청구서가 제공된 날짜로부터 240일 신청 기간 동안 개인이 완전한 재정 지원 신청서를 제출하는 경우 AdventHealth는 다음 조치를 취해야 합니다.

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

## 정책

- 재정 지원에 대한 개인의 적격성 결정을 내리고 문서화합니다.
- 작성된 재정 지원 신청서 양식을 받은 후 일반적으로 60일 이내에 자격 결정 사항 및 결정 근거를 적시에 서면으로 개인에게 통지합니다.
- 재정 지원 정책 자격에 해당하는 개인으로서 지불해야 할 금액이 표시되어 있고 치료에 대한 **AGB** 관련 정보를 얻을 수 있는 방법과 **AdventHealth**가 개인이 지불해야 하는 금액을 결정한 방법을 설명하는 청구서(잔액이 \$0인 청구서는 필요하지 않음)를 해당 개인에게 제공합니다.
- 재정 지원 자격에 해당하지 않는 납부할 잔액이 없는 경우 개인에게 초과 지불액을 환불합니다.
- 개인에 대해 취해진 모든 **ECA**를 취소하기 위해 가능한 모든 조치를 취합니다.
- 재정 지원 자격에 해당하지 않는다고 판단된 개인에게 거부 이유와 이의 제기를 위한 절차 및 연락처 정보를 모두 포함하는 서면 거부 통지를 제공합니다. 거부 결정에 동의하지 않는 경우, 해당 개인은 거부 결정이 내려진 후 45일 이내에 서면으로 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 이의 제기에는 이의 제기 평가에 도움이 될 수 있는 추가 관련 정보가 포함되어야 합니다. 거부 결정 번복을 위한 이의 제기 요청은 매달 재정 지원 위원회에서 검토합니다. 재정 지원 위원회가 내린 결정은 위원회 검토 후 60일 이내에 개인에게 전달되며 위원회의 최종 결정이 반영됩니다.
- 완전한 재정 지원 신청서를 접수한 후 개인이 **Medicaid** 지원 신청서를 제출한 경우 **AdventHealth** 병원 시설은 **Medicaid** 자격이 결정될 때까지 재정 지원 정책에 따라 개인의 자격 결정을 연기할 수 있습니다.

### D. 환자 재정 서비스의 책임

- 재정 검토 위원회: 재정 지원에 대한 환자 신청서는 재정 조정자, 재정 지원 감독자 또는 관리자, 이사 및 부회장 이상으로 구성된 재정 검토 위원회의 한 명 이상의 구성원이 검토합니다. 재정 지원 위원회는 사례별 검토가 필요한 경계선 및 비정기적 재정 지원 권장 사항을 검토합니다.
- 계정당 \$25,000를 초과하는 재정 지원은 재정 검토 위원회의 승인을 받아야 합니다.
- 재정 지원 위원회의 검토 및 승인 과정을 거친 후 승인된 재정 지원은 환자 재정 서비스를 통해 개인의 계정에 적용됩니다.
- 환자 재정 지원 서비스 부서는 개인이 재정 지원 정책에 적격한지 여부와

병원이 **ECA**를 수행하기 위해 조치를 취할 수 있는지 여부를 평가하기 위해 **AdventHealth**가 합당한 노력을 기울였는지 판단할 책임이 있습니다.

- 추심 서비스를 위해 **AdventHealth**와 계약을 맺은 추심 기관은 모든 청구 및 추심 문제와 관련하여 본 재정 지원 정책을 따릅니다.

*본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.*

## 정책

- 개인의 부채를 다른 당사자에게 매각하는 것(아래에 설명된 비특별 추심 활동(ECA) 매각 제외)은 특별 추심 활동(ECA)으로 간주되며 위의 섹션 C에 설명된 필수 단계가 완료될 때까지 게시해서는 안 됩니다. 모든 부채 매각 제안, 마스터 서비스 계약은 실행 전에 AdventHealth Senior Finance 그룹의 승인을 받고 AdventHealth 계약 검토 프로세스에 제출되어야 합니다.

특정 부채 매각은 특별 추심 활동으로 간주되지 않습니다. 비ECA 부채 매각은 AdventHealth가 부채 구매자와 다음을 규정하는 법적 구속력이 있는 서면 계약을 체결하도록 요구합니다.

- 구매자는 특별 징수 활동(ECA)을 수행할 수 없습니다.
- 구매자는 IRS가 정한 요율을 초과하여 부채에 대한 이자를 부과하는 것이 금지됩니다.
- 부채는 개인이 재정 지원 정책에 적격하다는 결정에 따라 AdventHealth 병원 시설로 반환되거나 회수될 수 있습니다.
- 부채가 회수되거나 반환되지 않는 경우 구매자는 개인이 재정 지원 정책에 따라 자격에 해당하는 개인으로서 개인이 가진 책임보다 더 많이 지불하지 않도록 해야 합니다.

### E. 개인 지불 계획

- 자기 부담 환자를 위한 지불 계획은 모든 환자에게 제공됩니다. 모든 추심 활동은 채권 추심 관행을 규율하는 연방 및 주법에 따라 수행됩니다. 개인이 자발적으로 제3자 소비자 금융 대출 기관이 적용하는 이자를 지급하는 지불 약정에 참여하기로 선택하지 않는 한 지불이 이루어지는 동안 계정 잔액에 이자가 발생하지 않습니다.
- 개인이 개별적으로 수립한 지불 계획의 조건을 준수하는 경우 추심 조치가 취해지지 않습니다.

### F. 기록 보관

- 모든 신청서 및 워크시트 양식의 사본과 함께 재정 지원 승인을 반영하는 종이 또는 전자 기록이 보관됩니다.
- 처리된 신청서 및 제공된 재정 지원에 관한 요약 정보는 기록 보존 정책에 따라 보관됩니다. 요약 정보에는 AdventHealth에 재정 지원을 신청한 환자 수, 재정 지원을 받은 환자 수, 각 환자에게 제공된 재정 지원 금액 및 각 환자에 대한 총 청구액이 포함됩니다.
- 재정 지원 비용은 지역 사회 혜택 보고서(Community Benefit Report)에 매년 보고됩니다. 재정 지원(자선 진료)은 사용 가능한 가장 최근 운영 비용 및 관련 비용 대 청구 비율을 사용하여 제공된 진료 비용(요금이 아님)으로 보고됩니다.

G. 법률 적용: 재정 지원 제공은 현재 또는 미래에 연방, 주 또는 지역 법률의 적용을 받을 수 있습니다. 그러한 법률은 본 정책보다 더 엄격한 요구 사항을 부과하는 범위 내에서 적용됩니다.

*본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.*



**IV. 정의:** 본 정책이 적용되는 환자 유형에는 다음이 포함되지만 반드시 이에만 국한되지는 않습니다.

- 응급 외래환자(OP)
- 응급 입원(입원 환자(IP) 또는 관찰(OBS))
- 이전 응급 방문과 관련된 IP/OP 후속 조치

AdventHealth 병원 시설에서 응급 관련 진료를 제공하는 모든 의사 제공자 목록 및 이 재정 지원 정책의 적용을 받는 제공자와 그렇지 않은 제공자를 명시하는 목록은 본 정책의 부록을 참조하십시오. 정책 부록에 포함된 제공자 목록은 AdventHealth 웹사이트에서 온라인으로 열람할 수 있습니다. 종이 사본은 AdventHealth 병원 시설의 환자 재정 서비스 부서에서 무료로 받아볼 수 있습니다.

제공자 목록은 신규 또는 누락된 정보를 추가하고, 잘못된 정보를 수정하고, 오래된 정보를 삭제하기 위해 분기별로 업데이트됩니다. 최신 업데이트 날짜가 제공자 목록에 포함되어 있습니다.

AdventHealth는 병원과 계약을 맺거나 제공된 치료에 대해 환자에게 청구하기 위해 사용하는 이름으로 응급 또는 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 개별 의사, 진료 그룹 또는 기타 기관의 이름을 기재할 수 있습니다.

**V. 예외:** 콜로라도 및 일리노이주에 위치한 **AdventHealth** 병원은 해당 주에만 해당하고 공동 소유권 관련 고려 사항으로 인해 별도의 정책이 있지만 이와 유사합니다. 이러한 병원은 본 정책에서 예외입니다.

**VI. 참조:**

**VII. 관련 문서 / 첨부:**

*본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.*

첨부 1 – 2023 자기 부담 할인 – Medicare 포함 소급 록백

| <b>2023<br/>AdventHealth</b><br>자기 부담 할인 산정 | <b>2023</b><br>요청된 자기 부담<br>할인 % (501r) |
|---|---|
| <b>남동부 지역</b>                               |   |
| Hendersonville                              | 70%                                     |
| Murray                                      | 87%                                     |
| Manchester                                  | 80%                                     |
| Gordon                                      | 87%                                     |
| Redmond                                     | 87%                                     |
| <b>오대호 지역</b>                               |   |
| Hinsdale Hospital                           | 75%                                     |
| La Grange Memorial Hospital                 | 75%                                     |
| Bolingbrook Hospital                        | 75%                                     |
| GlenOaks Medical Center                     | 75%                                     |
| <b>남서부 지역</b>                               |   |
| Texas Health Huguley                        | 78%                                     |
| Mansfield                                   | 78%                                     |
| Central Texas                               | 78%                                     |
| Rollins Brook                               | 78%                                     |
| <b>미국 중부 지역</b>                             |   |
| Shawnee Mission                             | 82%                                     |
| Durand                                      | 31%                                     |
| South Overland Park***                      | 82%                                     |
| Ottawa                                      | 82%                                     |
| <b>중부 플로리다 구역 남부</b>                        |   |
| Orlando                                     | 79%                                     |
| <b>서부 플로리다 구역</b>                           |   |
| Tampa/Pepin                                 | 86%                                     |
| Zephyrhills                                 | 86%                                     |

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

|                  |     |
|------------------|-----|
| Carrollwood      | 86% |
| Connerton        | 86% |
| Wesley Chapel    | 86% |
| North Pinellas   | 86% |
| Dade City        | 86% |
| Ocala            | 86% |
| Sebring          | 86% |
| Heart of Florida | 86% |
| Lake Wales       | 86% |

|                      |     |
|----------------------|-----|
| <b>중부 플로리다 구역 북부</b> |     |
| Deland               | 79% |
| Fish                 | 79% |
| Palm Coast           | 79% |
| New Smyrna           | 79% |
| Daytona Beach        | 79% |
| Waterman             | 79% |

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다.  
인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

**2023**  
**AdventHealth**  
 자기 부담 할인 산정

**2023**  
 요청된 자기  
 부담 할인 **AGB 산정 방법**  
**% (501r)**

| 남동부 지역                      |     |                        |
|-----------------------------|-----|------------------------|
| Hendersonville              | 70% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Murray                      | 87% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Manchester                  | 80% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Gordon                      | 87% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Redmond                     | 87% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| 오대호 지역                      |     |                        |
| Hinsdale Hospital           | 75% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| La Grange Memorial Hospital | 75% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Bolingbrook Hospital        | 75% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| GlenOaks Medical Center     | 75% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| 남서부 지역                      |     |                        |
| Texas Health Huguley        | 78% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Mansfield                   | 78% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Central Texas               | 78% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Rollins Brook               | 78% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| 미국 중부 지역                    |     |                        |
| Shawnee Mission             | 82% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Durand                      | 31% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| South Overland Park***      | 82% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Ottawa                      | 82% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| 중부 플로리다 구역 남부               |     |                        |
| Orlando                     | 79% | 12개월 Medicare 전용 록백 방식 |
| 서부 플로리다 구역                  |     |                        |
| Tampa/Pepin                 | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Zephyrhills                 | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |
| Carrollwood                 | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식  |

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.

|                      |     |                       |
|----------------------|-----|-----------------------|
| Connerton            | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Wesley Chapel        | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| North Pinellas       | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Dade City            | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Ocala                | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Sebring              | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Heart of Florida     | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Lake Wales           | 86% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| <b>중부 플로리다 구역 복부</b> |     |                       |
| Deland               | 79% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Fish                 | 79% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Palm Coast           | 79% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| New Smyrna           | 79% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Daytona Beach        | 79% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |
| Waterman             | 79% | 12개월 Comm+Mcare 록백 방식 |

**첨부 2 - 자산 심사**

참고: 아래 한도는 2022 Medicare Shared Savings Program 재원 한도이며

<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/medicare-savings-programs>에서 매년 업데이트될 수 있습니다.

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| <b>개인</b> | <b>\$8,400</b>  |
| <b>부부</b> | <b>\$12,600</b> |

본 정책의 전자 버전은 관리된 버전으로 간주됩니다. 인쇄본은 관리되지 않은 문서로 간주됩니다. 인쇄본을 사용하기 전에 현재 버전인지 확인하십시오.