



목적

토랜스 메모리얼 메디컬 센터 (TMMC)는 남가주 토랜스 지역과 광역 사우스 베이 지역에 병원 서비스를 제공하는 비영리 기관입니다. 토랜스 메모리얼 메디컬 센터는 무보험 및 충분한 보험을 들지 않은 환자를 포함하여 이 지역의 모든 환자에 대한 치료의 필요성을 충족시키는데 전념하고 있습니다. 이런 책임 수행의 일환으로, TMMC는 본 재정 지원 정책 요건의 자격이 되는 환자에 대해 필요한 의료 서비스를 무상 또는 할인 비용으로 제공하고 있습니다. 이 정책은 TMMC의 재정 지원 프로그램을 규정하고 있습니다. 프로그램의 기준, 시스템 및 방법.

캘리포니아의 급성환자치료 병원은 재정적 자격이 되는 환자에게 할인 및 자선 치료를 제공하게 하는 서면 정책인 적정 부담 보험법의 501 (r) 조항은 물론 건강 안전법을 준수해야 합니다. 이 정책은 이런 법적 책임을 따르고 TMMC의 재정 지원 프로그램의 조건에 따른 재정적 자격이 되는 환자에게 자선 치료 및 할인의 의료 서비스를 제공하기 위한 것입니다.

재정 부서는 일반 회계 정책 및 절차에 대한 책임을 지고 있습니다. 이 목적에 따른 의무는 TMMC에서의 거래에 대한 일관된 시기선택, 기록 및 회계 처리를 포함합니다. 이는 TMMC의 임무 및 운영 목적을 지원하는 방식으로 환자의 회계 거래를 처리하는 것을 포함합니다.

범위

재정 지원 정책은 TMMC에서 필요한 의료 서비스¹를 받는 모든 환자에게 적용됩니다. 이 정책은 TMMC에 의해 제공되는 재정 지원에 적용됩니다. 환자, 환자 가족, 의사 또는 병원 직원에 의해 요청되는 모든 재정 지원은 이 정책에 따라 처리되어야 합니다.

소개

TMMC는 입원, 외래 및 응급 의료 서비스를 원하는 모든 환자의 치료 요구를 충족시키려고 노력하고 있습니다. TMMC는 환자가 무보험 또는 충분한 보험이 없거나 병원비 지불에 도움이 필요한 경우 재정 지원 프로그램을 이용할 수 있게 하고 있습니다. 이 프로그램은 여기서 설명되고 있는 정부 지원 프로그램, 완전 자선 치료, 그리고 부분 할인 자선 치료 프로그램을 포함합니다.

자선 치료 정책은 TMMC에서 응급 치료를 제공하는 모든 응급실 의사에게 적용됩니다. 모든 응급실 의사는 TMMC와 계약을 체결하고 있으며 TMMC와의 계약 조건에 따라 이 정책 적용에 참여해야 합니다. (TMMC 제공자와 재정 지원 정책에 참여하는 제공자의 목록 부록 B 참조.)

¹ 의료적으로 필요한 서비스는 환자의 안락 및/또는 편이를 위해 완전히 선택적이 아닌 병원 입원, 외래, 또는 응급 치료로 정의됩니다.

완전 자선 치료 및 부분 할인 자선 치료 정의

완전 자선 치료는 치료비를 지불할 수 없거나 TMMC 재정 지원 정책의 자격 요건을 가진 환자에 대한 의료적으로 필요한 입원 또는 외래 병원 서비스로 정의됩니다.

부분 할인 자선 치료는 무보험 또는 충분한 보험이 없는 환자나 1) 병원비 지불에 대한 지원을 원하는 환자; 2) 연방빈곤수준의 350% 또는 이하의 소득을 가진 환자; 그리고 3) TMMC의 재정 지원 정책의 자격 요건을 가진 환자에 대한 의료적으로 필요한 입원 또는 외래 병원 서비스로 정의됩니다.

각 환자의 자격 요건에 따라, 완전 자선 치료 또는 부분 할인 자선 치료가 재정 지원으로 승인됩니다. 재정 지원은 환자 또는 책임 있는 환자 가족 대리인이 TMMC의 재정 지원 정책 요건을 충족시키지 못하면 거부될 수 있습니다.

완전 자선 치료 및 부분 할인 자선 치료 보고

TMMC는 병원 회계 보고 설명서 2 판에 포함되어 있는 주정부 건강 계획 및 개발실 (OSHPD)의 규정 요건에 따라 제공된 실제 자선 치료를 보고합니다. 이 규정 준수를 위해, 병원은 자선 치료 기준에 대한 서면 문서를 유지하고, 각 환자에 대한 자선 치료 결정에 대한 서면 문서를 유지해야 합니다. OSHPD의 요구에 따라, 환자에게 제공된 자선 치료는 제공된 서비스에 대한 실제 비용 기준으로 기록됩니다.

TMMC는 OSHPD에 완전 자선 치료 및 부분 할인 자선 치료 정책을 한 문서에 포함하는 본 재정 지원 정책의 사본을 제공해야 합니다. 이 재정 지원 정책은 또한: 1) 모든 자격 요건 및 환자 자격 절차; 2) 통일된 완전 자선 치료 및 부분 할인 자선 치료 신청서 (부록 A); 그리고 완전 자선 치료 및 부분 할인 자선 치료에 대한 검토 과정을 포함합니다. 이 문서는 2년 마다 또는 중요한 변경 사항이 있는 경우 OSHPD에 제공되어야 합니다.

자선 치료는 OSHPD 또는 기타 주 관련 기관에 제출되는 병원의 연례 커뮤니티 혜택 보고서로 보고됩니다.

절차

완전 및 할인 자격 요건: 일반 절차 및 책임

자격 요건은 가족² 소득이 현 연방빈곤수준 450% 이하인 환자로, 제 3의 보험 혜택을 받지 않거나 제 3의 보험 혜택을 받지만 보험 회사가 전액을 지불하지 못하는 환자로 정의됩니다.

TMMC 재정 지원 프로그램은 완전 자선 치료 및 부분 할인 자선 치료에 대한 단일의 통일된 환자 신청서를 사용합니다. 이 방식은 자격이 되는 신청자에게 최대의 재정 지원 혜택을 주기 위한 것입니다. 재정 지원 신청서는 병원의 환자 자격 결정에 필요한 환자 정보를 제공해주고 이런 정보는 TMMC의 재정 지원 프로그램에 따른 환자 또는 가족 대리인에게 최대의 혜택을 주기 위해 사용됩니다.

자격이 되는 환자는 신청서 설명에 따라 본 프로그램에 따른 병원의 환자 자격 요건 결정을 위한 문서와 건강 혜택 정보를 제공하기 위해 최선을 다하여 TMMC의 재정 지원 프로그램의 혜택을 받을 수 있습니다. 자

² 환자의 가족은: 1) 18 세 이상인 경우, 동거하거나 동거하지 않는 배우자, 동거자 및 21 세 미만의 부양 자녀; 그리고 2) 18 세 미만인 경우, 부모, 관리인 친척 및 관리인 친척 부모의 21 세 미만의 자녀로 정의됩니다.

격 요건만으로 TMMC의 재정 지원 프로그램을 받을 수는 없습니다. TMMC는 신청자 평가 과정을 거쳐 완전 자선 치료 또는 부분 할인 자선 치료 승인을 결정합니다.

TMMC 재정 지원 프로그램은 완전 또는 부분 지원 자격이 되는 각 환자의 협조를 필요로 합니다. 정확하고 적시의 환자 재정 정보를 위해, TMMC는 재정 지원 신청서를 사용합니다. 제 3 보험회사로부터 재정 혜택을 받지 못하는 모든 환자는 재정 지원 신청서 작성을 할 수가 있습니다. 무보험 환자도 자격이 되는 정부 지원 프로그램에 대한 정보, 지원 및 소개를 받을 수 있습니다. 보험회사가 전액을 지불하지 않은 보험 환자, 또는 많은 의료비를 지불해야 하는 환자도 재정 지원 신청 자격이 있습니다. 재정 지원을 요청한 환자는 재정 지원 신청서를 작성해야 합니다.

환자 또는 이들의 가족 대리인은 재정 지원 프로그램 신청서를 작성할 수 있습니다. 신청서와 필요한 보충 문서는 TMMC의 비즈니스 사무실에 제출됩니다. 이 부서는 신청서 설명서에 설명되고 있습니다. TMMC는 완전한 재정 지원 신청서를 얻기 위해 합리적인 노력을 하며 IRS 규정 501 (r)에 서술된 모든 방법을 사용하여 입원 조건으로서의 재정 지원 통지, 쉬운 언어 요약 게시, 웹사이트에 재정 지원 정책 및 재정 지원 신청서 게시, 쉬운 언어 요약, 입원 시 재정 지원 정책 및 신청서 복사 그리고 구두 신청서 정보 승인 등을 포함하고 이에 국한되지 않는 방법으로 정보를 알립니다. (신청서가 구두로 작성되는 경우, 환자 또는 가족은 신청서에 서명하고 필요한 문서를 제출해야 합니다.)

재정 지원 신청서는 재정 지원이 필요할 때 바로 작성해야 합니다. 신청서는 서비스 전, 환자 체류 중, 또는 서비스 완료 후 및 퇴원 후 작성될 수 있습니다. 퇴원 후 첫 의료비 청구서를 받고 신청서 제출까지 최소 240일이 주어집니다. 하지만, 재정 지원 신청서가 제출되지 않았거나, 불완전한 신청서가 제출되었을 경우 TMMC 신용 & 회수 정책에 설명된 대로 첫 퇴원 후 의료비 청구서 발송 후 120일이 지나면 미수금 처리 회사로 넘어갑니다.

재정 지원 신청서 작성은 다음과 같은 정보를 제공합니다:

- 환자가 서비스에 대한 비용을 지불할 충분한 소득이 있는지를 병원이 결정하는데 필요한 정보;
- 재정 지원 자격 여부 결정에 사용되는 문서; 그리고
- 재정 지원을 제공하는 병원의 책임에 대한 감사 추적 문서.

그러나, TMMC가 재정 지원 자격 결정을 하는데 충분한 환자의 재정 정보를 가지고 있는 경우 재정 지원 신청서는 필요하지 않습니다.

완성된 재정 지원 신청서를 받은 후, TMMC는 1) 즉시 재정 지원 적격성을 결정하고; 2) 서면으로 환자에게 적격성 및 가능한 지원 사항을 서면 통지하고; 3) 결정에 대한 기준을 제공하고; 4) 모든 미수금 회수 조치를 중지하고 (적용되는 경우); 5) 모든 특별 회수 조치를 유보하고 (적용되는 경우); 6) 채무액 명세서를 제공하고 (적용되는 경우); 그리고 7) \$5 불을 초과하지 않는 이상 채무 초과액을 환불합니다 (적용되는 경우).

TMMC는 재정 지원 신청서의 완성과 정확성을 검토하는 훈련된 직원을 제공합니다. 신청서 검토는 환자의 적시의 응답의 필요성을 고려하여 가능한 신속하게 완료됩니다.

재정 지원 결정은 아래의 권한에 따라 승인된 병원 직원에 의해서만 수행됩니다:

환자 재정 서비스 국장: \$100,000 이하의 계정
최고 재무 책임자: \$100,000 이상 \$250,000 이하의 계정
원장/CEO: \$250,000 이상의 계정

본 정책에 따른 재정 지원 자격 결정 시 고려할 요인은 다음과 같습니다:

- 정부 보험 프로그램 또는 기타 제 3의 보험회사의 보험이 없는 경우; 또는 부족한 제 3의 보험 회사 혜택
- 세금 보고 및 최근의 급여 명세서에 따른 가족 소득
- 가족 규모
- 통화성 자산 (당좌 및 저축 구좌, 주식, 채권, 금융 및 유사한 투자 시장)

재정 지원 신청 중에 환자나 가족이 다른 의료 보험 프로그램에 신청 계류 중인 경우, 계류 중인 다른 의료 보험 프로그램 신청은 TMMC 자선 치료에 대한 적격성을 배제하지 못합니다.

자격사항

자격 기준은 TMMC 재정 지원 프로그램의 각 개인의 보험 혜택 범위 결정에 사용됩니다. 재정 지원은 본 정책에 포함된 재정 지원 프로그램 적격성 기준에 따른 각 개인의 재정적 필요성에 기초하여 승인됩니다. 재정 지원 적격성은 연령, 성별, 성지향성, 인종, 국적, 재향 군인 상태, 장애, 종교 또는 법 하에 법적으로 보호 받은 다른 상태에 기반하여 결정되지 않습니다.

재정 지원 프로그램 자격은 본 재정 지원 프로그램 정책 기준에 정의된 환자 또는 가족 대리인의 적격성 수준에 따라 완전 자선 치료 (100% 무료 서비스) 또는 부분 할인 자선 치료 (100% 미만의 자선 치료)로 승인됩니다.

병원에 대한 재정 책임을 위해 지원을 요청하는 환자 및/또는 환자 가족 대리인은 병원의 재정 지원 자격 결정에 필요한 정보를 제공하는데 모든 합리적인 노력을 해야 합니다. 병원은 프로그램 신청을 위해 필요한 지침 및/또는 직접적 지원을 환자 또는 환자의 가족 대리인에게 제공합니다. 재정 지원 신청서 작성 및 모든 필요한 보충 정보 제출은 TMMC의 추정 적격성 결정 사례 외에는 재정 지원 프로그램 자격 설정에 필요합니다. 필요한 보충 문서는 재정 지원 신청서에 나열되어 있습니다.

재정 지원 프로그램 자격은 본 정책의 기준에 따라 환자 및/또는 환자 가족 대리인의 적격성 설정 후 결정됩니다. 재정 지원은 차별적 또는 임의적 기준으로 제공되지는 않지만, 병원은 적격성 기준 설정과 환자가 재정 지원 자격을 위한 충분한 증거를 제공할 때 이를 결정하기 위한 법과 규정을 따른 완전한 재량을 가지고 있습니다.

결정이 나면, 재정 지원 프로그램 자격은 환자 및/또는 환자 가족 대리인에 의해 작성된 신청서의 특정 서비스와 서비스 날짜에 적용됩니다. 개별 접촉은 재정 지원 자격이 충족되는지에 대한 개별 기준에 따라 각각 결정됩니다. 하지만, 지속적 관련 서비스를 필요로 하는 환자 진단에 대한 지속 치료의 경우, 병원은, 자체의 재량으로, 병원이 제공하는 모든 진행중인 관련 서비스에 대한 적용의 단일 사례로 지속적인 치료를 할 수 있습니다. 병원의 자격 결정 시의 기존 환자의 계정 잔액은 본 정책을 충족시키는 모든 재정 및 문서 요건이 제공되면 탕감될 수 있습니다.

메디컬/메디케이드에 대한 환자의 비용 부담분은 면제됩니다. 그러나, 환자의 비용 부담분 회수 후, 메디컬/메디케이드 관련 미지급 잔액의 환자의 비용 부담분은 자선 치료로 간주됩니다.

일반적으로 연방빈곤수준 (FPL) 450% 또는 이하인 환자의 필요한 의료 치료에 대한 청구액은 메디케어가 보통 지불하는 액수 이상을 넘지 않습니다. TMMC는 본 정책에 따라 재정 지원 자격이 되는 환자에게 청구한 금액 결정을 위해 회고 방법을 주로 사용하며 이 액수는 청구액의 백분율로 표시합니다. 이 백분율은 최

소 일년마다 갱신되며 TMMC 가 제공하는 모든 필요한 병원 입원, 외래 및 응급 서비스에 적용됩니다. 현재 비율은 12%입니다.

자격사항: 완전 및 부분 할인 자선 치료

완전 및 부분 할인 자선 치료에 대한 적격성은 환자 및 또는 환자 가족의 지불 능력에만 의거하여 결정됩니다.

완전 및 부분 할인 자선 치료 소득 자격 수준

1. 완전 자선 치료: 환자 가족 소득이 FPL 기준에 따른 빈곤소득기준의 **200%** 또는 이하인 경우 및 환자가 기타 모든 재정 지원 프로그램 자격 요건을 충족시키는 경우, 서비스 청구에 대한 환자의 전체 부채 비용 (100%)은 탕감됩니다.
2. 부분 할인 자선 치료: 환자의 가족 소득이 FPL 기준에 따른 빈곤소득기준의 **201% ~ 350%**인 경우 및 통화성 자산이 **\$10,000** 미만이고, 환자가 기타 모든 재정 지원 프로그램 자격 요건을 충족시키는 경우, 다음 사항이 적용됩니다:
 - 환자 치료비가 충분히 지급되지 않는 경우. 서비스가 제3 지급인에 의해 충분히 지급되지 않아서 환자가 전 청구액을 책임져야 하는 경우, 환자의 지불 책임은 환자가 메디케어 수혜자인 경우 메디케어 프로그램이 지급하는 총 액수가 됩니다.
 - 환자 치료비가 충분히 지급되는 경우. 서비스가 제3 지급인에 의해 충분히 지급되어 환자가 청구액의 일부만을 책임져야 하는 경우, 환자의 지불 책임은 환자가 메디케어 수혜자인 경우 보험회사가 지급하는 액수와 메디케어가 지급하는 액수의 차액과 동일하게 됩니다. 보험회사가 지급하는 액수가 메디케어가 지급하는 액수를 초과하는 경우, 환자는 추가 지불 의무가 없습니다.

각각의 경우, 환자의 책임은 지난 12 개월간 환자 가족의 소득의 **10%** 이상이고, 환자의 총 부담액은 이전 12 개월간 가족 소득의 **10%**로 제한됩니다.

모든 재정 지원은 다음의 제외 사항이 적용된 후의 잔여 통화성 자산에 의해 감소됩니다: 환자의 통화성 자산의 첫 **\$10,000**, 그리고 첫 **\$10,000** 을 초과하는 환자의 통화성 자산의 **50%**는 제외되며 재정 지원으로 간주됩니다.

자격 사항: 추정 적격성

TMMC 는 일부 환자는 재정 지원 신청서를 작성할 수 없고, 문서 요청에 따르지 않으며, 또는 신청 절차에 응답을 하지 않는다는 것을 알고 있습니다. 따라서, 환자의 재정 지원 자격이 공식적인 지원 신청서 없이 설정되는 경우가 있습니다. 이런 경우, TMMC 는 재정 지원 필요성에 대한 각 평가를 위해 다른 정보를 사용할 수 있습니다. 이런 정보는 응답이 없는 환자의 재정 필요성에 대해 환자가 직접 제공한 정보가 없는 상황에서 최선의 추정을 하여 정통한 결정을 가능하게 해줍니다.

TMMC 는 재정적 필요성 평가를 위한 환자 정보의 전자 검토를 위해 제 3 자를 사용할 수 있습니다. 이 검토는 공공 기록 자료에 기초한 의료 산업 모델을 사용합니다. 이런 예측 모델은 공공 기록 자료를 이용하여 소

득, 자산 및 유동성 예측 등의 사회경제적 능력 및 재정 능력 점수를 계산합니다. 전자 기술은 동일한 기준으로 각 환자를 평가하고 기존 신청 절차 하에 TMMC 재정 지원에 대한 과거의 승인에 대한 측정을 하게 됩니다.

이 전자 기술은 모든 적격성 및 지불 원천을 철저히 조사한 후 불량 부채 할당 전에 사용됩니다. 이에 따라 TMMC는 특별한 부채 상환 조치 전에 모든 환자의 재정 지원에 대한 검토를 할 수 있습니다. 전자 적격성 검토에서 얻은 자료는 본 정책에 따른 재정 필요성에 대한 충분한 문서 작업을 구성합니다.

추정 적격성에 대한 기준으로 전자 등록이 사용될 때, 서비스의 소급일에 대한 적절한 서비스에만 완전한 무료 치료의 최고 할인이 허용됩니다. 환자가 전자 등록 절차 자격이 안 되는 경우, 이 환자는 기존의 재정 지원 신청 절차의 환자로 간주됩니다. 이 절차에 자격이 되지 않는 환자에게 TMMC는 재정 지원이 가능하다는 것을 알려주는 서면 통지를 제공합니다.

추정 적격성이 주어진 환자는 재정 지원 정책에 따라 다시 분류됩니다. 이런 환자의 계정은 미수금 처리 회사로 넘어가지 않으며, 추가적인 미수금 회수 조치가 취해지지 않으며, 자격 요건에 대한 통지를 받지 않으며 병원의 불량 채무 비용에 포함되지 않습니다.

부분 할인 자선 치료에 대한 추정 적격성을 갖는 계정의 환자는 다음을 받게 됩니다:

- 추정 적격성 판정에 대한 사유에 대해 환자에게 통보.
- 더 관대한 지원 신청 방법에 대해 환자 및 가족에게 정보 제공.
- 미수금 징수 기관에게 이전하기 전에 더 관대한 재정 지원을 신청하기까지 최소 추가 120 일의 기간이 주어집니다. TMMC는 첫 청구서 발행 후 최소 240 일동안 특별 징수 조치를 시작하지 않을 것입니다. 하지만 TMMC 징수 조치를 시작한다는 30 일 통보를 제공하지 않고 징수 기관에 계정을 이전하지 않을 것이며 환자에게 재정 지원 프로그램에 대한 통보를 하기 위해 합당한 노력을 할 것입니다.
- 모든 적용되는 할인 자선을 한 후 남은 금액을 보여주는 청구서.

환자가 더 관대한 도움을 신청하는 작성 완료된 신청서를 받으면, TMMC는 적시에 판정을 내려 최종 결정을 환자에게 통보할 것입니다.

특별한 경우

메디케어 프로그램 혜택을 받는 환자에 대한 재정 지원 평가는 재정 지원 프로그램 적격성 결정 전에 환자의 순자산, 통화성 자산, 소득과 비용에 대한 합리적인 분석을 포함하고 있습니다. 모든 재정 지원은 환자의 첫 통화성 자산 \$10,000, 그리고 첫 통화성 자산 \$10,000 초과액의 50%를 제외한 후의 잔여 액수에서 감소됩니다. 이 재정 지원 평가는 TMMC에 의한 서비스 완료 전에 수행되어야 합니다.

추가로, 노숙자는 본 정책 하에 추정 적격성을 받을 자격이 있습니다. 환자가 노숙자로 판정이 될 경우, TMMC 재정 지원 프로그램 하에 전액 할인 치료를 받을 자격이 있는 것으로 간주됩니다.

기타 자격 조건

TMMC는 정부 지원 저소득 지원 프로그램을 받는 환자 (예. 메디컬/메디케이드, 건강 가족, 캘리포니아 아동 서비스 및 기타 주정부 또는 지역 저소득 프로그램 적용자)를 극빈자로 간주합니다. 따라서 이런 환자는 정부 프로그램에 의해 지불이 되지 않을 때 재정 지원 정책에 따른 자격 조건을 갖게 됩니다. 예를 들어, 메디컬/메디케이드 자격 환자와 병원 서비스 또는 병원 체류 중 비용을 지불하지 않는 프로그램의 저소득 환자 (예. CHDP, 건강 가족, 그리고 CCS)는 재정 지원 프로그램 수혜 자격을 갖습니다. 병원의 재정 지원 정

책에 따라, 이런 지불 불능 환자 계정 잔액은 자선 치료로 전액 탕감 자격을 갖습니다. 자선 치료에 포함된 비용은 거부된 체류비, 거부된 치료일, 그리고 혜택 되지 않는 서비스를 포함합니다. 모든 치료 승인 요청 (TAR) 거부와 메디컬/메디케이드에 제공된 혜택 되지 않는 서비스에 대한 지불 부족분 그리고 저소득 프로그램 환자에 대한 혜택, 그리고 기타 거부 (예. 제한 혜택)는 자선 치료로 분류됩니다.

(a) 환자가 재정적 책임 (공동보험 및 공제액)을 지는 메디케어 환자 계정 부분, (b) 보험회사 또는 메디컬/메디케이드를 포함한 다른 지급인에 의해 혜택을 받지 못하는 메디케어 환자 계정 부분, 그리고 (c) 불량 채무로 메디케어에서 지급되지 않는 메디케어 환자 계정 부분은 다음과 같은 경우 자선 치료로 분류됩니다:

- 환자가 저소득 환자의 치료를 위한 메디컬/메디케이드 또는 기타 프로그램의 수혜자인 경우; 또는
- 환자가 본 정책에 따른 재정 지원 자격이 있고 이에 따른 탕감 자격을 가진 경우.

소득이 FPL의 450%를 초과하고 치명적인 의료 사건을 겪는 환자는 재정 지원 자격을 갖습니다. 고소득을 가진 환자는 일상적인 완전 자선 치료 또는 부분 할인 자선 치료 자격을 갖지 않습니다. 그러나, 치명적 의료 사건은 개별 기준으로 고려됩니다. 치명적 의료 사건의 결정은 사건 발생 시의 환자 책임 청구액, 그리고 개인 소득, 순자산 및 통화성 자산을 기초하여 결정됩니다. 병원 경영진은 치명적 의료 사건에 기초하여 합리적인 재량으로 결정을 합니다. 일반적인 기준으로, \$100,000을 초과하는 제공 서비스에 대한 환자 책임 계정은 치명적 의료 사건의 자격 조건으로 간주됩니다.

분쟁 해결

자격 조건에 대한 분쟁이 발생하는 경우, 환자는 병원에 재고를 위한 서면 청원을 할 수 있습니다. 서면 청원은 환자의 분쟁 내용에 대한 완전한 설명과 재고에 대한 근거를 포함해야 합니다. 환자의 주장을 뒷받침하는 모든 추가적 관련 문서는 서면 청원에 첨부되어야 합니다.

모든 청원은 병원의 환자 재정 서비스 국장에 의해 검토됩니다. 병원 국장은 분쟁에 대한 모든 서면 진술서와 첨부 문서를 자세히 검토하게 됩니다. 환자 주장을 검토한 후, 병원 국장은 검토 결과와 결정에 대한 서면 설명서를 환자에게 제공합니다.

환자가 병원의 환자 재정 서비스 국장에 의한 청원 고려 후에도 분쟁 내용이 남아있다고 믿는 경우, 환자는 병원의 최고 재무 책임자에 의한 검토를 서면 요청할 수 있습니다. 최고 재무 책임자는 환자의 서면 청원과 문서는 물론 환자 재정 서비스 국장의 검토 결과를 검토하게 됩니다. 최고 재무 책임자는 결정을 하고 환자에게 결과에 대한 서면 설명서를 제공합니다. 최고 재무 책임자의 모든 결정은 최종 결정이 됩니다. 추가 청원은 없습니다.

지불 계획

TMMC에 의해 부분 할인 자선 치료 결정이 내려지면, 환자는 일시불 또는 할부 지불 계획으로 치료비를 낼 수 있습니다.

TMMC는 지불 기한 조정을 요청하는 환자와 지불 계획에 대해 의논을 합니다. 개인 지불 계획은 환자의 지불 조건을 효과적으로 충족시킬 수 있는 능력에 기초하여 조정되고 환자의 가족 소득과 필수 생활비를 고려합니다. 일반적인 기준으로, 지불 계획은 12개월을 넘지 않게 구성됩니다. TMMC는 환자와 성실하게 협의를 합니다. 그러나 환자가 제시한 지불 조건을 수락할 책임은 없습니다. 병원과 환자 또는 환자의 가족이 지불 계획 조건에 동의하지 않으면, 월 지불액은 환자의 월 가족 소득의 10%로 기초합니다. 재정 지원 정책 규정에 따라 조정된 지불 계획 기간 동안 환자에게 이자는 부과되지 않습니다.

미수금 회수 기관

TMMC는 병원 서비스를 받는 환자와 지불 방식 및 프로그램에 대해 모든 합리적이고 비용 효율적인 대화를 위한 노력을 하고 있습니다. 환자 또는 보증인이 환자의 계정 해결을 위해 TMMC에 연락을 하지 않거나 대화를 하지 않는 경우, TMMC는 미수금 회수 기관에 계정을 이전할 수 있습니다. 환자의 재정 상태를 알지 못하기 때문에 외부 회수를 위해 넘어간 금액은 TMMC의 무보험 할인 정책에 따라 83%가 할인됩니다. 본 정책의 목적을 위해, 할인은 계정이 미수금 회수 기관에 이전될 때 무보험 할인으로 처리됩니다. 병원의 외부 미수금 회수 기관은 환자의 재정 상태가 알려지거나 환자가 재정 지원 자격이 되면 액수 조정을 할 수 있습니다. 미수금 회수 기관은 삭감된 액수만을 회수하는 노력을 하게 됩니다.

미수금 회수 기관이 수집한 정보는 본 정책의 기준에 기초하여 추정 자격 결정을 하는데 사용됩니다. 환자 또는 가족 대리인이 청구액을 지불할 자원이 없다고 미수금 회수 기관이 결정하여 병원에 반환한 계정은 자선 치료 자격이 되는 것으로 간주합니다. 환자 또는 가족 대리인의 제공된 서비스에 대한 지급 불능에 대한 문서는 자선 치료 문서 파일에 저장됩니다. 또한, 이 계정에 대한 무보험 할인으로 이전에 탕감된 액수는 자선 치료로 유보되고 처리됩니다.

불량 부채에서 자선 치료로 재배정된 미수금 회수 기관으로부터 반환된 모든 계정은 병원의 회계 시스템과 기록 내에서 재분류되기 전에 TMMC 비즈니스 사무실 직원에 의해 평가됩니다.

재정 지원 신청 방법

재정 지원은 긴급 또는 의료적으로 필요한 치료를 요하는 환자에게만 승인됩니다. 재정 지원 신청, 쉬운 언어의 요약, 재정 지원 정책 및 신용 & 회수 정책은 Lundquist Tower 로비에 있는 입원 안내소, 응급실 입원 안내소, 환자 재정 서비스 부서 (청구 부서), TMMC 웹사이트 (www.torrancememorial.org)에서 구하거나, 아래 주소로 우편 신청, 그리고 환자 재정 서비스 전화 (310) 517-4765로 연락하여 구할 수 있습니다.

신청서 작성 도움은 상기한 대로 TMMC의 비즈니스 사무실에 연락하여 요청할 수 있습니다. 모든 필요한 증빙 서류와 작성된 신청서는 Torrance Memorial Medical Center, Patient Financial Services Department, 3330 Lomita Blvd, Torrance, CA 90505로 보내시면 됩니다. 모든 필요 문서를 받아야만 신청 완료로 간주됩니다.

비밀 유지

재정 지원에 대한 필요성은 수취인에게 민감하고 매우 개인적인 문제로 인식됩니다. 요청, 정보 및 재정 지원에 대한 비밀 유지는 모든 재정 지원 요구 및 인정 과정에서 유지됩니다. 본 정책을 수행하는 직원의 교육 및 선발은 이런 원칙에 따라 처리됩니다.

선의 요건

TMMC는 재정 지원 수혜 자격이 되는 환자를 위해 선의를 가지고 조정을 하며 환자 또는 가족 대리인에 제시한 정보는 완전하고 정확하다는 사실에 의존합니다. 재정 지원 제공은 환자 또는 가족 대리인에 의해 허위 또는 의도적인 부정확한 정보 제공에 의한 모든 서비스에 대해 소급적 또는 서비스 제공 시에 대한 청구권을 배제하지는 않습니다. 또한, TMMC는 자격 취득을 위해 허위 또는 의도적인 부정확한 정보를 제공한 환자 또는 가족 대리인으로부터 민사 및 형사 손해 배상을 포함하고 이에 국한되지 않는 모든 구제를 요구할 권리를 가지고 있습니다.

본 정책에 의해 혜택을 받는 치료에 대해, TMMC 는 1) 개인 부채를 판매하지 않으며 (법이 허용하는 특정 상황을 제외); 2) 필요한 의료 서비스 제공 전 이전의 재정-지원- 관련 치료에 대한 미지급 의료비 지불 요구를 하지 않으며; 3) 필요한 의료 치료를 연기하거나 지연하지 않으며; 4) 신용 기관에 부정적 정보를 보고하지 않으며; 또는 5) 법적 절차를 요구하지 않습니다.

첫 승인 및 주요 수정

운영 위원회: 10/16/02

첫 발효일: 10/16/02

수정 발효일:

검토일: 06/04, 03/05, 8/05, 9/05, 09/14, 12/14, 11/15, 04/17, 07/18

수정일: 06/23/04, 8/05, 9/05, 12//06, 05/09, 09/14, 12/14, 11/15, 04/17, 07/18

위원회: 12/14, 12/15, 4/17, 8/18

배부: 행정 정책 & 절차 지침 (재무)

관련 정책:

신용 및 미수금 회수 정책- Admin 100.05

할인 정책- Admin 100.06

부록 B

토랜스 메모리얼 메디컬 센터의 의료인 제공자

<u>의료 분야</u>	<u>보험 처리</u> <u>FAP</u>	<u>비보험 처리</u> <u>FAP</u> 하
마취과 의사		X
화상 & 재건 성형과 의사	X	
심장과 의사		X
치과 의사		X
피부과 의사		X
전기생리과/심혈관 중재과 의사		X
응급 주치의	X	
내분비과 & 재생 내분비과 의사		X
위장병학과 의사		X
일반의, 가정의과 & PCP 의사		X
노인과 의사		X
부인병적 종양학과 의사		X
종합 병원 의료의		X
면역학 의사		X
감염 질환		X
내과		X
신생아 학자	X	
신장병 학자		X
신경학자 & 신경 수술의사		X
산부인과 & 출산과		X
종양학/혈액학자		X
안과 의사		X
정형외과 의사		X
이비인후과 의사		X
통증 관리		X
완화치료 의사		X
병리학자	X	
소아과 보조 전문의-모든 과		X
소아과		X
주산과 전문의		X
물리 요법 & 재활		X
발병 전문과		X
정신과 의사		X
심리학자		X
면역학자		X
방사 종양학자	X	
방사선 전문의	X	
류머티스 학자		X
수술의- 모든 (모든 과 & 전문 분야)		X
비뇨기과 의사		X