

금융 지원, 청구 및 징수 정책

면책 조항

PDF 면책 조항 법적 고지: 본 PDF 는 2021/6/9 에 요청되었으며 요청일 자정까지 Lucidoc 에서 볼 수 있습니다. PDF 는 공식 문서로 사용될 수 없습니다. 공식 문서의 내용은 통보 없이 변경될 수 있습니다. Lucidoc 은 이 문서에 포함된 정보 또는 자료의 완전성, 정확성, 최신성 혹은 정확성에 대하여 어떠한 진술이나 보증을 하지 않습니다. 최신 정보의 경우 Lucidoc 을 참고해주세요.

기밀성 법적 고지: 본 PDF 에는 기밀 정보를 포함되어 있을 수 있으며, 이는 전적으로 수신인만을 위한 것입니다. 본 정보는 법적으로 보호 받는 내용을 포함하고 있을 수 있습니다. 이 문서는 오직 지정된 수신자에게 전달하기 위한 목적으로 기밀로 전송됩니다. 본 문서를 잘못 수신한 경우, 해당 문서의 사용, 복제, 배포는 엄격히 금지됩니다. 본인이 해당 수신자가 아닌 경우, 즉시 발신인에게 통지하고 이 파일을 영구히 삭제하십시오.

결재

- 서명: Meredith S Jobe, 법무 및 조연 총괄, 2021/6/6, 10:08:02 PM 에 서명
-

개정 인사이드

문서 ID:	11927
개정 번호:	7
소유주:	Kevin Longo, 최고 감사 책임자(CCO)
개정 공식 일자:	2021/6/6

개정 메모:

AHPN AGB 요율 발효 일자 수정. Cheryl Stalis 는 이메일을 통해 본 변경 사항이 사소하여, 다시 내각/이사회 결재 절차를 거칠 필요가 없다고 밝혔습니다. Joan Dillon 이 단일 서명 승인을 위해 Meredith Jobe 에게 전달할 것입니다.

기준 정책: 금융 지원, 청구 및 징수 정책

정책 요약/의도:

Adventist Health 는 헌신적인 의료 전문가들-의사, 간호사, 기사, 관리진, 신탁 관리자, 자원봉사자 및 기타 여러 헌신적인 의료 인력으로 구성된 팀을 기반으로 세워졌습니다. 이 개인들은 지역 사회의 보건을 위해 함께 일합니다. 이러한 구성원의 직업 역량은 신뢰와 연민 위에 세워진 특별한 관계를 필요로 합니다. 상호 신뢰와 선의를 통해, Adventist Health 와 환자는 서로의 책임을 다할 수 있을 것입니다. 본 정책은 이러한 관계를 강화하고 환자들이 지불 능력에 관계없이 서비스를 받도록 하기 위해 고안되었습니다.

본 정책은 Adventist Health 의 금융 지원(자선 케어) 정책을 설명합니다. Adventist Health 는 재정적인 도움이 필요할 수 있는 지역사회 구성원을 위해 자선 의료, 응급 의료 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 검토하고 평가하는 데 있어 차별하지 않으며 공정합니다. Adventist Health 는 환자가 의료비의 전부 또는 일부를 지불할 수 없는 경우 환자와 가족에게 금융 지원을 제공합니다. 본 정책은 Adventist Health 이 환자의 재정 자원을 검토하여 재정적 지원이 제공될 수 있는지 여부를 결정하는 방법을 설명합니다. 본 정책의 목적은 해당 연방, 주 및 지방 법률 및 규정을 준수하기 위한 것입니다.

용어 정의

1. **공제 가능 의료비** - IRS 가 허용하는 의료비 공제액 이상이라도 연방소득세 목적상 공제되는 모든 가족 구성원의 의료비. 기납부 및 미납부 비용이 포함될 수도 있습니다
2. **일반 청구 금액 (AGB)** - 일반적으로 이러한 치료를 보장하는 보험에 가입한 개인에게 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대하여 청구하는 금액입니다. 이는 보통 총 비용의 백분율로 나타납니다. 각 병원 기관에 대한 AGB 비율은 매년 업데이트됩니다.
3. **신청 기간** - Adventist Health 에서 개인이 정책에 따라 금융 지원을 받을 자격이 있는지를 판단하기 위해 제출한 지원서를 Adventist Health 의 금융 지원 정책에 따라 Adventist Health 가 금융 지원 신청을 수락하고 처리해야 하는 기간 신청 기간은 치료를 제공한 날로부터 시작하여 치료를 위한 첫 번째 퇴원 후 청구서가 제공된 날로부터 240 일째 또는 Adventist Health 에서 개인에게 기한을 정하는 서면 통지를 제공한 지 최소 30 일 후 중 더 늦은 일자에 종료되며, 이후에는 ECA 가 개시됩니다.
4. **청구 금액** - CDM 에 게시된 Adventist Health 서비스 요금으로, 웹사이트 www.adventisthealth.org 의 환자를 위한 정보 항목의 의료비 및 요금 페이지에서 확인할 수 있습니다.
5. **청구비 일람표(CDM)** - 개별 비용 및 코드와 함께 서비스 청구에 쓰인 의료 서비스 및 검사 목록.
6. **자선 케어** - 환자가 청구서를 지불할 것으로 예상되지 않거나 청구된 비용의 일부만 지불할 것으로 예상되는 경우 제공되는 무료 또는 할인 케어. 자선 케어는 재정적 필요에 따라 결정됩니다.
7. **할인 케어** - 현금, 즉시 납부, 선불 납부의 경우 또는 특정 범주의 환자(예: 자가 지급 환자 또는 무보험 환자)에게 제공되는 서비스, 검사 또는 수술로 부터의 공제 할인은 일반적으로 총 요금에 대한 백분율로 나타납니다.
8. **특별 추심 조치(ECA)** - ECA 는 병원 기관의 금융 지원 정책에 따라 환자로부터 치료비를 지급받기 위해 취하는 법적 또는 사법 조치입니다. 적절한 보호 조치를 취하지 않고 회수 목적으로 환자의 부채를 다른 회사에 판매하는 것도 ECA 에 해당합니다. 다른 예로는 환자의 임금 압류 및 불리한 신용 보고 등이 있습니다.
9. **응급 의료** - Adventist Health EMTALA 에서 정의된 응급 서비스 및 케어를 가리킵니다. #AD-06-019-S.
10. **필수 생활비(ELE)** - 다음 경비가 ELE 로 간주됩니다. 임대료, 주택 납부금 및 유지보수, 식품, 가정용품, 세탁 및 청소, 관리비, 전화, 의료, 의료 및 치과 비용, 보험, 학교 또는 보육, 어린이 또는 배우자 지원, 운송 및 자동차 비용(보험, 유류비, 수리 및 할부 포함)
11. **가족 구성원** -
 - a. **18 세 이상**의 가족 구성원에는 기관이 허가를 받은 주의 법에서 정의하는 배우자, 동거인 그리고 26 세 미만의 피부양 자녀를 포함하며, 동거 여부는 상관 없습니다.
 - b. **18 세 미만**의 가족 구성원에는 부모, 친척 간병인 및 26 세 미만의 부모 또는 친척 간병인의 자녀를 포함하며, 동거 여부는 상관 없습니다.
12. **FAP** - Adventist Health 금융 지원 정책
13. **연방 소득세 반환** - 과세 소득 신고를 위한 IRS 양식 IRS 양식은 반드시 IRS 에 보낸 서명 및 일자를 기입한 양식의 사본이어야 합니다.

14. **금융 지원** - Adventist Health에서는 지원 받을 자격이 있는 경우 무보험 환자 또는 보험이 충분하지 않은 환자에 대해 청구된 요금을 할인합니다.
15. **고액 의료비** - 다음 중 하나로 정의됨
 - a. 이전 12개월간의 환자 가족 소득의 10%를 초과하며, 의료 기관에서 개인에게 청구하는 연간 자기부담금; 또는,
 - b. 환자가 환자 또는 환자 가족이 지불한 의료비 관련 서류를 제공한 경우, 이전 12개월간의 환자 가족 수입의 10%를 초과하는 연간 자기부담금.
17. **가계 소득** - 환자와 동일한 가구에 살고 있거나 환자가 납세 신고 또는 기타 정부 서류에 주소로 사용하는 주소지에 거주하는 모든 가족 구성원의 소득.
18. **영어 구사능력이 부족한 (LEP) 집단** - 영어가 모국어가 아닌 사람들의 집단 집단의 크기는 1천 명의 개인 또는, 본 기관의 진료를 받는 지역사회 5%, 또는 본 기관의 영향을 받거나 접할 가능성이 있는 비영어권 인구 중 적은 쪽에 해당하는 집단입니다. 본 기관은 기관의 영향을 받거나 또는 접할 가능성이 있는 LEP 환자들의 수나 비율을 결정하기 위해 어떠한 합리적인 방법을 사용할 수 있습니다.
19. **의학적 필요** - 어떠한 서비스가 생명을 보호하거나, 중대한 질병 내지 중대한 장애를 예방하거나, 극심한 고통을 완화하기 위해 합리적이고 필요한 때, 그 서비스는 "의학적으로 필요하다(medically necessary)" 또는 "의학적 필요(medical necessity)"에 해당합니다. 캘리포니아 복지기관법 §14059.5 참조
20. **자기부담금** - 환자가 본인이 납부하는 비용
21. **환자 금융 서비스(PFS)** - 지불 청구, 징수 및 처리를 담당하는 Adventist Health 부서.
22. **결제 방식** - Adventist Health 청구 금액 중 환자 부담 부분을 일정기간에 걸쳐 지불하기 위한 일련의 납부금. 월 납부금은 필수 생활비 공제를 제외한 환자 가족 월 소득의 10%를 초과할 수 없습니다.
23. **쉬운 언어** - 독자가 가능한 한 빠르고, 쉽고, 완전하게 이해할 수 있도록 작성한 글 쉬운 언어는 독자들이 최대한 읽고, 이해하고, 사용하기 쉽도록 사용됩니다.
24. **추정 금융 지원** - Adventist Health 직원이 환자가 자신에게 제공한 정보(예: 노숙자 등)에 기초하여 해당 환자가 100% 재정적 지원을 받을 수 있다고 추정하는 경우.
25. **적격자산** - 환자가 재정적 원조에 대한 소득 적격성 충족 여부를 결정함에 있어 환자의 소득에 포함되는 화폐성 자산. "적격자산"에는 다음 사항이 포함됩니다:
 - a. 현금, 주식, 채권, 예금 계좌 또는 기타 은행 계좌를 포함하여 10,000달러를 초과하는 환자의 화폐성 자산의 50%;
 - b. 특정 부동산 또는 유형자산 (예: 단 하나의 주거주지 외의 추가 주거용 주택, 레저용 차량); 그리고
 - c. 환자의 소득을 결정할 때 포함되지 않은 자산은 다음과 같습니다: IRA, 401(k) 또는 403(b) 퇴직금 계좌와 같은 IRS가 인정하는 은퇴 상품 또는 이연 보상 플랜, 주거주자 및 일부 차량.
26. **적격환자** - 섹션 C에 정의된 금융 지원을 위한 재정적 자격을 충족하는 환자.
27. **자기부담 의무** - 지불 책임을 가진자가 지불해야 하는 모든 잔액. 이는 환자일 수도 있고 환자의 보증인일 수도 있습니다(제 3자 지불인이 아님).
28. **제 3자 커버리지** - 건강, 자동차, 일반책임보험 등 특정 사건에 대한 보호를 위해 가입한 보험.
29. **무보험 환자** - 제공된 서비스를 보상하는 보험에 가입하지 않은 환자.
30. **보험이 충분하지 않은 환자** - 제공된 서비스를 충분히 보상하는 보험이 없는 환자.

정책: 준수 - 주요 요소

Adventist Health는 응급 진료 또는 의료상 필요한 진료를 받으려고 하나 해당 진료비를 지불할 수 있는 방법이 제한적이거나 없는 환자에게 금융 지원을 제공하기 위해 노력하고 있습니다. 금융 지원은 흔히 자선 케어 및/또는 할인 케어라고 합니다. Adventist Health는 차별 없이 본 정책에 정의된 응급 진료 또는 의학적으로 필요한 의료 서비스를 지불 능력이나 본 정책에 따른 자격 또는 정부지원 수혜자격에 관계없이 개인에게 제공할 것입니다.

따라서, 본 서면 정책은:

1. 금융 지원의 자격 사유를 포함합니다 - 자선 케어(무료) 및 할인 케어(부분 자선 케어);
2. 본 정책에 의거하여 Adventist Health가 금융 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 청구되는 금액이 어떻게 결정하는지에 대하여 설명합니다.;
3. 환자가 금융 지원을 신청하는 방법을 설명합니다;
4. 해당 지역 사회에서 본 정책을 홍보하는 방법에 대하여 설명합니다; 또한,
5. 본 기관이 금융 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 청구되는 금액을 어떻게 제한하는지에 대하여 설명합니다.

자선 케어는 개인 책임의 대체재가 아닙니다. 환자들은 금융 지원을 구할 때 본 기관에 협조하여야 합니다. 개인은 지불 능력에 근거하여 진료 비용 납부에 일조하여야 합니다. 건강보험에 가입할 재정적 능력이 있는 사람들은 보험에 가입하기를 권장합니다. 이를 통해 의료 서비스에 액세스할 수 있습니다.

A. 응급 진료를 제공하기 위한 노력:

1. **Adventist Health** 는 차별 없이 본 정책에 따른 지원 자격여부에 관계없이 개인에게 응급 진료 조건에 대한 치료를 제공합니다. **Adventist Health** 는 응급의료 상황에 대한 치료를 받기 이전에 응급실 환자에게 진료비 지불을 요구하거나, 차별 없이 응급의료 제공에 지장을 주는 채무 징수 활동을 허용하는 것과 같이 개인이 응급 진료를 구함에 있어 지해가 되는 조치를 취하지 않을 것입니다. **EMTALA** 정책에 따라 응급 이송을 포함한 응급 의료 서비스는 각 **Adventist Health** 병원의 **EMTALA** 정책에 의거하여 모든 **Adventist Health** 환자에게 비차별적인 방식으로 제공됩니다(AH 모델 정책 AD-06-109-S "EMTALA - EMTALA 준수" 참조).

1. 본 정책에 따른 자격이 되는 진료

1. 부록 B 에 열거된 **Adventist Health** 가 소유하고 운영하는 기관에서 제공되는 응급 진료 또는 기타 의학적으로 필요한 진료
2. **Adventist Health** 기관이 의사를 대신하여 청구하는 응급 부서 의사 서비스.
3. 주: **Adventist Health** 일반 급성 치료 기관에서 응급 의료 서비스를 제공하는 응급실 의사는 부록 D 의 문서에 "보장되는 의료제공자(Covered Provider)"로 명시되지 않는 한 본 정책에서 제외됩니다. 캘리포니아 주에서는 이러한 의사들에게 자체 금융 지원 정책을 가지고 있을 것을 요구합니다. 응급실 의사로부터 청구서를 받았으며 보험에 가입하지 않았거나 보험이 충분하지 않거나 또는 고액의 의료비를 부담하며 또한 연방 빈곤 수준의 350% 이하인 환자의 경우 해당 의사 사무실에 연락하여 금융 지원 정책에 대해 문의해야 합니다.

2. 금융 지원에 관한 안내

1. **Adventist Health** 는 다음과 같은 다양한 방법으로 금융 지원에 대한 환자 정보를 제공합니다:
 1. 응급실, 입원 및 접수처, 환자 금융 서비스 부서 및 기타 공공장소에 안내문 게시;
 2. **Adventist Health** 등록 조건 양식에 정보 기재;
 3. 퇴원 후 청구서에는 환자가 금융 지원에 대한 더 자세한 정보를 얻을 수 있는 방법에 관해 표 언어로 작성된 정보를 포함한 정보 인쇄;
 4. 모든 **Adventist Health** 웹 사이트에 금융 지원 정책을 "쉬운 언어 요약본" 게시; 또한
 5. **Adventist Health** 기관 웹 사이트, "쉬운 언어" 안내 책자, 우편물 및 본 기관이 서비스를 제공하는 지역의 기타 장소에 정보 배치.
2. 환자가 영어 구사능력이 부족한(LEP) 집단에 속한 것으로 확인된 경우 통지와 정보는 환자가 주로 사용하는 언어로 환자에게 제공됩니다. 상기 내용 외에도, **Adventist Health** 는 청구액을 지불하지 못해 위험에 처할 수 있는 환자에게 금융 지원에 대한 개별 통지를 제공합니다. 금융 지원을 위한 환자 위탁은 의료진 또는 기관 직원이 할 수 있습니다. 환자, 보호자 또는 가족이 금융 지원을 요청할 수도 있습니다. 요청에는 해당 개인정보 보호법이 적용됩니다.
3. 개인은 다음을 통해 금융 지원 정책, 쉬운 언어 요약 사본 및 다양한 언어로 된 응용 프로그램에 대한 정보를 무료로 얻을 수 있습니다:
 1. 접수처(registration area)로 이동
 2. **Adventist Health** 재무 상담가와 대화
 3. 웹사이트 방문: <https://www.adventisthealth.org/patient-resources/financial-assistance/>
 4. 1-844-827-5047 로 전화 (또는 지역 병원 - 본 정책의 부록 B 참조)
 5. 다음의 주소로 편지 발송: **Adventist Health, ATTN: Financial Assistance, P.O. Box 677000, Paradise, CA 95967**

3. 금융 지원 수혜자격

1. 금융 지원 수혜 자격은 보험이 없거나 보험이 충분하지 않아 고액의 의료비를 부담하고 있으며 진료비를 지불할 수 없는 환자를 대상으로 검토됩니다. 해당 기관은 본 정책에 따라 금융 지원을 적용합니다. 금융 지원 승인 또는 거부 결정을 포함하여 본 정책에 따라 내려진 결정은 환자의 경제적 어려움을 그 근거로 합니다. 인종, 피부색, 출신국가, 시민권, 종교, 신조, 성별, 성 선호도, 성 정체성 및 표현, 나이, 장애 등은 고려되지 않습니다.
2. **Medicaid** 비용분담금(SOC) 금액은 금융 지원 대상이 아닙니다. SOC 금액은 주 정부에 의해 결정됩니다. 주 정부는 환자가 의료비/의료비 지원을 받는 조건으로 SOC 를 지불할 것을 요구합니다.
3. 환자가 다음 기준 중 하나를 충족하면 본 정책에 따라 금융 지원을 받을 수 있습니다.
 1. 소득: 가계 소득이 FPL 의 400% 이하인 경우.
 2. 지출: 해당 소득 기준에 미달하는 환자는 필수생활비 및 재원에 근거하여 금융 지원을 받을 수 있습니다. 다음 두 가지 자격 요건에 모두 해당되어야 합니다.
 1. 필수 생활비: 가계소득의 50%; 및
 2. 재원: 환자의 초과 의료비가(공제 가능의료비가 연간 가계 소득의 50% 이상인 금액) 사용 가능한 적격 자산을 초과해야 합니다.

4. 금융 지원 수준: 환자에게 부과된 금액 산정 기준

1. FAP 자격을 갖춘 개인은 응급 치료나 기타 의학적으로 필요한 치료를 위한 AGB 이상의 요금을 청구 받지 않습니다. **Adventist Health** 는 본 정책에 따라 금융 지원을 받을 자격이 있는 개인에게 총 요금을 청구하거나 요금 지불을 기대하지 않습니다. 각 **Adventist Health** 병원 기관의 AGB 백분율과 현재 AGB 백분율을 계산에 사용되는 구체적인 AGB 방법론은 부록 C 에 기재되어 있습니다.

2. 자선 케어 및 할인 케어: 할인은 가구소득과 적격자산을 합산한 금액을 기초로 산정됩니다. 가계 소득 및 적격 자산의 문서에는 최근 급여 명세서, 소득세 신고서 및 기타 문서가 포함됩니다.
3. 할인 금액은 다음 표의 백분율을 기반으로 합니다.
 1. 무보험 및 보험 환자에 대한 응급 및 의료상 필요한 관리

무보험 환자		
가구 소득	환자 부담금	오레건 주 모든 지역 요금 청구 금액
연방 빈곤 수준의 200% 이하	없음	없음
> 연방 빈곤 수준의 200% ~ 300%	일반 청구 금액의 50%	일반 청구 금액의 25%
> 연방 빈곤 수준의 300% ~ 350%	일반 청구 금액의 75%	금액의 50% 일반 청구
> 연방 빈곤 수준의 350~400%	일반 청구 금액의 75%	일반 청구 금액의 74%
> 연방 빈곤수준의 400%	금융 지원 정책의 보장을 받지 못합니다. 무보험 할인 정책을 참조하십시오.	금융 지원 정책에서는 적용되지 않습니다. 비보장 할인 정책을 참조하십시오.

영리 보험 또는 비계약 관리 치료 플랜이 있으며 고액의 의료비를 부담하는 환자[부적격]		
가구 소득	청구 금액	오레건 주 모든 지역 요금 청구 금액
연방의 400% 이하 빈곤 수준	동일한 서비스에 대해 일반 청구 금액에 의해 정해질 금액은 환자의 보험사가 지급한 금액보다 적습니다. 보험사가 일반 청구 금액과 같거나 더 많은 금액을 지불한 경우, 환자의 부담금은 0입니다.	환자의 보험사가 AGB를 지불하지 않은 후의 환자의 부담금은 위의 표에 설명된 바와 같이 FPL 그룹화와 AGB의 최소 % 백분율에 따라야 합니다.
> 연방 빈곤 수준의 400%	금융 지원 정책의 보장을 받지 못하는 환자는 자기 부담 책임 금액에 대해 책임을 집니다.	금융 지원 정책의 보장을 받지 못하는 환자는 자기 부담 책임 금액에 대해 책임을 집니다.

2. 무보험 및 보험 가입 환자를 위한 비응급 및 비의료적 치료:

무보험 환자	
가구 소득	청구 금액
연방 빈곤 수준의 200% 이하	일반 청구 금액의 100%
> 연방 빈곤 수준의 200% ~ 400%	일반 청구 금액의 50%
> 연방 빈곤 수준의 400%	금융 지원 정책의 보장을 받지 못합니다. 무보험 할인 정책을 참조하십시오.

영리 보험 또는 비계약 관리 치료 플랜이 있으며 고액의 의료비를 부담하는 환자	
가구 소득	환자 부담금
연방 빈곤 수준의 350% 이하	동일한 서비스에 대해 일반 청구 금액에 의해 정해질 금액은 환자의 보험사가 지급한 금액보다 적습니다. 보험자가 일반적으로 청구된 금액과 같거나 더 큰 금액을 지불한 경우 환자 부담금은 0입니다.
>연방 빈곤 수준의 350%	금융 지원 정책의 보장을 받지 못합니다. 해당 환자가 본인 부담 금액에 대해 책임을 집니다.

5. 환자의 금융 지원 신청 방법:

1. 본 정책에 따라 금융 지원 수혜자격 심사 대상이 되려면, 환자 또는 보증인은 다음을 수행해야 합니다:
 1. Adventist Health 와 협력하여 공공 및/또는 민간 지불 프로그램에서의 다른 지불 출처 또는 보상 범위를 찾아야 합니다;
 2. 지원 기간 내에 진실되고 정확하며 빠짐 없는 기밀 금융 지원 신청서를 제출해야 합니다;
 3. 환자 또는 보증인의 가장 최근 급여명세서 사본(또는 현재 실직 상태임을 증명)을 제공해야 합니다;
 4. 환자 또는 보증인의 가장 최근 연방 소득세 신고서 사본을 제공해야 합니다(모든 명세서 포함).
 5. Adventist Health 에서 요청한 환자 또는 보증인의 화폐성 자산에 대한 문서와 정보를 제공해야 합니다.
2. 환자 또는 보증인이 제 3 자 보험에 가입되어 있는 경우, 그 의료 보험에 대한 보장 조건을 충족시킬 책임이 있습니다. 그 책임을 이행하지 못하면 금융 지원이 거부될 수도 있습니다.
3. 환자 또는 보증인이 제 3 자 보험에 가입되어 있는 경우, 그 의료 보험에 대한 보장 조건을 충족시킬 책임이 있습니다. 그 책임을 이행하지 못하면 금융 지원이 거부될 수도 있습니다.
4. 인간의 존엄성, 그리고 책임감 있는 행동은 재정적 필요 결정 및 금융 지원 제공의 신청 과정에 반영됩니다.
5. Adventist Health 는 신청과 관련하여 환자가 제공한 화폐성 자산과 관련된 정보를 Adventist Health 의 추심 활동에 이용할 수 없습니다. 환자가 제공한 화폐성 자산에 대한 정보는 환자가 본 정책에 따라 금융 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 판단하는 목적으로만 사용될 것입니다.

6. 기타 정부 프로그램에 대한 수혜자격

1. 본 기관에서는 환자가 다음을 포함한 보험 옵션을 찾을 수 있도록 합리적인 노력을 할 것입니다:
 1. 의료 보험 거래소(Health Benefit Exchange)를 통해 제공되는 보장을 포함한 민간 의료보험
 2. Medicare; 또는
 3. Medicaid 프로그램, Healthy Families(건강한 가족) 프로그램, Children's Services (아동 서비스) 프로그램 또는 의료 보장을 제공하기 위해 고안된 기타 주 정부 지원 프로그램. 만약 환자가 기관의 금융 지원 프로그램을 신청하는 동시에 다른 의료 보장 프로그램을 신청하거나 보유 중인 신청이 있는 경우, 어느 쪽의 신청도 다른 프로그램에 대한 자격을 방해하지 않습니다.

7. 추정 금융 지원 수혜자격

1. 추정 금융 지원은 Adventist Health 직원이 기관이 받은 정보, 즉 노숙자 등에 기초하여 환자가 금융 지원을 받을 자격이 있다고 가정할 때 발생합니다.
 1. 환자 금융 서비스 부서의 직원 또는 관리 직원은 다음을 포함하여 환자를 위한 내부 금융 지원 신청을 완료합니다.
 1. 환자 또는 환자의 보증인이 스스로 신청할 수 없는 이유; 그리고
 2. 환자 또는 환자의 보증인이 신청을 완료하지 못하게 하는 문서화된 의료 또는 사회 경제적 이유
 2. 만약 환자가 비용을 지불하는데 금융 지원이 필요하다고 판단된다면, Adventist Health 직원은 또한 환자가 자선 케어 자격을 환자 계좌에 자선 케어에 배정할 수도 있습니다. Adventist Health 직원은 금융 지원 신청서가 환자에 의해 제출되지 않은 경우에도 환자를 위한 금융 지원 도움을 개시할 수 있습니다. Adventist Health 직원은 승인된 출처로부터 수집한 사전 결정된 기준에 따라 환자를 자선 케어에 배치를 결정할 수 있습니다. 이러한 기준은 다음과 같습니다:
 1. 노숙자임을 증명하는 환자의 의료 기록;
 2. Adventist Health 또는 환자 가족 구성원을 통해 해당 환자가 알려진 재산 없이 사망했다는 되었다는 확인;
 3. 환자가 현재 감옥 또는 구치소에 수감중인 경우;
 4. 사회보장, 실업보험급여, Medicaid, 카운티 빈곤층 건강 프로그램, AFDC, 푸드 스탬프, WIC 등을 포함한 공공급여제도의 수혜자격을 갖춘 환자;
 5. Adventist Health 의 금융 지원 프로그램과 같은 기타 공적 혜택 프로그램의 수혜자격을 충족하는 환자;

6. **Adventist Health** 가 환자로부터 의료비를 지급을 받기 위한 노력을 했음에도 아무런 지불이 이루어지지 않은 경우;
 7. 환자가 금융 지원 신청서를 작성하지 않은 경우; 또는
 8. 환자가 문서 요청에 응답하지 않는 경우가 이에.
2. 신청 절차에 환자가 응답하지 않는 경우 인구통계 소프트웨어를 사용하여 환자의 계좌에 대하여 추정 적격 여부를 심사합니다. 이 심사는 금융 지원 신청서를 작성하지 않고 진행될 수 있습니다. **Adventist Health** 기관은 인구 통계 소프트웨어에 기초하여 재정적 필요에 대한 개별 평가를 위해 다른 출처의 정보를 사용합니다. 이 정보를 통하여 **Adventist Health** 는 환자가 요청된 정보를 제공하지 않을 때 이용할 수 있는 최선의 추정치를 활용하여 환자의 경제적 어려움에 대한 현명한 결정을 내릴 수 있습니다.
 1. **Adventist Health** 기관은 제 3 자를 활용해 경제적 어려움을 평가 하기 위해 환자 정보에 대한 전자 검토를 수행합니다. 이러한 검토는 공공 기록 데이터베이스를 근거로 하는 의료업계 인정 모델을 사용합니다. 이러한 예측 모델은 공개 기록 데이터를 사용하여 사회 경제적 및 재정적 역량 점수를 계산합니다. 여기에는 소득, 자산 및 유동성의 추정치를 포함됩니다. 전자 기술은 공식 응용 프로세스와 동일한 표준을 사용하여 각 환자를 비교합니다.
 2. 전자 기술은 환자 계좌가 부실채권으로 간주되어 추심 기관에 전달되기 전에 다른 모든 적격성 및 지불원 등이 시도된 후에 사용될 것입니다. 이를 통해 **Adventist Health** 기관은 별도의 추심 조치를 취하기 전에 모든 환자들을 대상으로 금융 지원을 받을 수 있는지 여부를 심사할 수 있습니다.
 3. 200% 이하의 FPL 자격을 갖추어야 하는 경제적 어려움을 뒷받침하는 전자식 적격성 검토 데이터는 과거 환자 잔액에만 적용됩니다.
 3. 추정 자격이 부여된 환자 계좌는 금융 지원 정책에 따라 재분류되며, **Adventist Health** 는:
 1. 추심 기관에 보내지 않으며;
 2. 추가 추심 조치의 대상이 되지 않으며;
 3. 자격취득에 대한 통지를 하지 않으며; 그리고
 4. 기관의 악성 부채 비용에 포함되지 않습니다
8. 자격 기간
1. 금융 지원 부서는 신청 승인일 이전에 수령한 모든 적격 환자 서비스 잔액에 대해 금융 지원 할인을 적용합니다.
 2. 금융 지원 승인은 승인이 허가된 후 최대 180 일 이내에 수령한 모든 적격 서비스에 적용됩니다.
 3. 금융 지원 신청 승인 후 180 일 이후에 수령한 적격 서비스에 대해서는 별도의 금융 지원 신청서를 작성해야 합니다.
9. 본 정책의 적용에 대한 이의제기
1. 환자는 서비스를 받은 **Adventist Health** 기관의 재무 책임자(FO)에게 재심의 요청을 작성할 수 있으며, 그 시기는 다음과 같습니다:
 1. 환자는 본 정책에 따라 자신의 금융 지원 신청이 승인되지 않았다고 생각되는 경우
 2. 환자가 본인의 사례에 정책이 적용된 방식에 동의하지 않는 경우
 2. FO 는 최종 이의제기 단계가 될 것입니다.
 3. 이의제기는 결정 서한일로부터 90 일 이내에 제출해야 합니다.
10. 청구 및 징수
1. 환자 계좌를 추심 기관에 전달할 때 **Adventist Health** 기관은 권한 수준을 포함한 표준 절차를 따릅니다. 추심 기관 계약은 해당 기관의 실행 범위를 정의하고 본 정책에 기술된 징수 행위를 포함합니다. 추심 기관은 환자가 의료비를 지불할 수 없다는 것을 추심 기관에 전달할 경우 **Adventist Health** 기관에 이 사실을 전달해야 합니다.
 2. 환자를 대상으로 추심 동을 시작하기 전에, 본 기관은 환자의 권리에 대하여 쉬운 언어로 작성된 요약문을 제공해야 합니다. 요약문의 언어는 다음의 형식으로 표시됩니다:
 1. “주법 연방 법규에 따라 채무 추심자는 여러분을 공정하게 대하며, 채무 추심자는 허위 진술 또는 폭력적인 위협을 하지 못하며 ,외설적이거나 모욕적인 언어를 사용하지 못하며, 여러분의 고용주를 포함한 제 3 자와의 부적절한 연락을 할 수 없습니다. 특별한 상황을 제외하고, 채무 추심자는 오전 8 시 이전이나 오후 9 시 이후에 귀하에게 연락을 할 수 없습니다. 일반적으로 채무 추심자는 여러분의 위치를 확인 하거나 판결 집행을 위해 다른 사람에게 연락할 수 있습니다. 채무 추심 활동에 관한 더 자세한 내용은 1-877-FTC-HELP(382-4357)로 연방 통상 위원회에 전화하거나 www.ftc.gov 에서 확인하실 수 있습니다.
 2. 본 기관은 해당 지역에서 비영리 신용 상담 서비스를 이용할 수 있다는 진술문도 포함시켜야 합니다. 위의 문구는 데이터 메일러 첨부 파일에 추가되며 모든 환자 청구서에 대한 첫 번째 데이터 메일러에 포함됩니다.
 3. 개인이 신청 기간 동안 전체 FAP 신청서를 제출하면, **Adventist Health** 에서는 다음의 조치를 취합니다:
 1. 개인에 대한 모든 ECA 를 중단합니다(검토 중인 FAP 신청과 관련된 요금의 경우).
 2. 개인에게 FAP 자격이 있는지 여부를 결정하고, 개인에게 서면으로 자격 결정(해당되는 경우, 해당 개인이 수혜자격을 갖는 지원 포함)과 해당 결정의 근거를 통지합니다. 이 결정은 반드시 첨부된 기관 신청 서신을 전송하여 환자에게 전달해야 합니다:

기관 신청서(영어) 또는 기관 신청서(스페인어)

3. 해당 개인이 **FAP** 자격이 있다고 **Adventist Health** 가 판단하는 경우, **Adventist Health** 는 다음을 수행합니다:
 1. 해당 개인에게 **FAP** 자격이 있는 개인으로서 진료에 대하여 부담해야 할 금액(개인이 무료 진료 이외의 지원을 받을 자격이 있는 경우)과 그 금액이 어떻게 결정되고 명시되었는지 또는 진료에 대하여 **AGB** 에 관한 정보를 얻을 수 있는 방법을 설명하는 문구를 제공합니다.
 2. 초과 금액이 **\$5**(또는 내부 매출 계산판에 게시된 기타 금액) 미만인 한, **FAP** 자격이 있는 개인으로서 개인적으로 부담해야 한다고 결정된 금액을 초과하는 진료비 지급 금액(병원 기관 또는 병원 기관이 개인의 진료비 채무에 대해 언급하거나 판매한 당사자에게 지급한 금액)을 개인에게 환급합니다.
 3. 개인이 치료비를 받기 위해 취한 모든 **ECA**(채무매각 제외)를 되돌리기 위해 합리적으로 이용할 수 있는 모든 조치를 취합니다.
 4. **Adventist Health** 기관은 환자 또는 보증인이 **Medicaid/Medi-Cal** 과 같은 정부 프로그램에 신청하는 동안 추심 작업을 중단할 것입니다. 여기에는 자격 결정에 이의제기에 데 필요한 모든 시간이 포함됩니다. 기관에서 해당 개인이 신청한 보장에 대한 수혜자격이 없거나 또는 정보 제공에 협조하지 않았다면, 추심 작업을 계속할 수 있습니다. 자격 요건을 충족하지 못하거나 협력하지 못한 경우 이는 반드시 문서화되어야 합니다.
4. 환자 또는 환자의 보증인이 할인 진료를 승인받고도 여전히 금융 지원 프로그램에 따라 비용을 지불해야 하는 경우:
 1. 기관 또는 지정된 계약 파트너는 환자 또는 보증인의 요청이 있을 경우 합리적인 월 지급 계획을 협상할 수 있습니다.
 2. 기관은 미납금을 외부 추심 기관에 보내지 않을 것이며, 특별 추심 조치를 중단할 것입니다.
 3. 동의된 모든 금융 지원 연장 결제 계획은 무이자입니다.
 4. 기관에서는 **90** 일 동안 환자 또는 보증인이 지불해야 할 모든 연속 결제 기한을 지키지 못할 경우 연장 지급 계획을 중단할 수 있습니다.
 1. 지급계획을 중단하기 전에 본 기관이나 추심 기관은 합리적으로 전화로 환자와 연락을 시도하고, 연장 결제 계획이 중단될 수 있음을 서면으로 통지합니다.
 2. 환자 또는 보증인에게 연장 결제 계획을 재협상할 기회가 주어집니다.
 3. 본 기관에서 연장 결제 계획을 중지하기 전에, 환자나 보증인의 요청이 있을 경우, 기본 연장 지불 계획의 조건을 재협상하려고 시도해야 합니다.
 4. 본 기관과 추심기관은 연장 결제 계획이 종료되기 전에 불리한 정보를 신용 조사 기관에 보고할 수 없습니다.
5. 개인이 신청 기간 동안 불완전한 **FAP** 신청서를 제출하는 경우, **Adventist Health** 는 다음을 수행할 것입니다:
 1. 개인에 대한 모든 **ECA** 를 중단합니다(검토 중인 **FAP** 신청과 관련된 요금의 경우).
 2. **FAP** 신청을 완료하기 위해 **Adventist Health** 에 제출해야 하는 **FAP** 또는 **FAP** 신청 양식에 따라 필요한 추가 정보 및/또는 문서에 대해서 설명하는 서면 통지를 해당 개인에게 제공합니다.
6. 신청 기간 동안 불완전한 **FAP** 신청서를 제출한 개인이 나중에 신청 기간(또는 나중에 추가 정보 및/또는 문서에 대한 요청에 응답하기 위해 주어진 적절한 시간 내에)에 **FAP** 신청을 완료하는 경우, 해당 개인은 신청 기간 동안 완전한 **FAP** 신청서를 제출한 것으로 간주합니다.
7. 기관과 추심기관은 환자, 또는 보증인으로부터 납입금을 추심하기 위한 특별 추심 조치를 시작하기에 앞서, 환자에게 통지하기 위해 합리적인 노력을 기울일 것입니다. 특히, **Adventist Health** (또는 기타 공인 당사자)은 치료비를 받기 위해 위의 **ECA** 중 하나 이상을 처음 시작하기 최소 **30** 일 전에 다음과 같은 조치를 취할 것입니다:
 1. 적격 개인에게 재정적 지원이 제공됨을 나타내는 서면 통지를 해당 개인에게 제공하고, **Adventist Health**(또는 기타 공인 당사자)가 진료비 지급을 시작하려고 하는 **ECA** 를 확인하며, 이러한 **ECA** 가 서면 통지가 제공된 날짜로부터 **30** 일 이내에 개시될 수 있는 마감일을 명시합니다.
 2. 개인에게 위에서 설명한 서면 통지와 함께 **FAP** 의 쉬운 언어로 작성된 요약문을 제공합니다.
 3. **Adventist Health** 의 **FAP** 에 대해 개인에게 구두로 통지하고 개인이 **FAP** 신청 절차에 대해 어떻게 도움을 받을 수 있는지에 대해 통지하기 위해 합리적인 노력합니다.
8. 추심 기관은 환자 또는 보증인이 제공받은 의료서비스에 대한 지불 능력이 있으나 이를 거부하는 경우 첫 번째 되면 후 청구서 발급일로부터 **240** 일 이내에 미지급 잔액을 징수하기 위해 법적 조치를 취할 수 있습니다. 기관이 이러한 법적 조치가 적절하다고 판단하고 특별 추심 조치의 기준을 충족하는 경우에는 다음 사항이 요구됩니다.
 1. 기관은 법적 조치를 취하기 전에 승인을 받기 위한 개별 서면 요청을 기관의 재무 책임자(**FO**)에게 전달해야 합니다.
 2. 요청서에는 환자나 보증인이 서비스 비용을 지불할 능력이 있다고 믿게 한 기관의 문서 사본을 포함한 모든 상세사항이 포함되어야 합니다.
 3. 본 기관의 **FO** 는 개별 법적 조치 각각에 대하여 서면으로 승인해야 합니다. 이 권한은 **FO** 에 의해 위임될 수 없습니다.

4. 기관은 법적 조치에 대한 허가 서명이 된 사본을 영구히 보관해야 하며, 전자식 PFS 환자 계좌 메모에 입력되어 있어야 합니다.
 5. 어떤 경우에도 기관은 환자가 환자나 보증인의 재정 수단에 대한 정보가 없을 때 환자에게 지불을 독려하기 위한 최후의 수단으로 법적 조치를 취하는 것은 허용되지 않습니다.
 6. 이러한 모든 조치는 통지에 응답할 합리적인 시간 여유를 주기 위해서 특별 추심 조치보다 최소한 30 일 전에 수행되어야 합니다.
9. **Adventist Health** 가 이러한 청구서를 징수하기 위해 하나 이상의 **ECA** 를 개시하기 전에 여러 개의 치료 이력에 대한 개인의 미결제 청구서를 집계하는 경우, 통합에 포함된 가장 최근의 치료 이력에 대해 첫 번째 퇴원 후 청구서를 제공한 후 120 일이 될 때까지는 **ECA** 의 시작을 삼가합니다.
 10. **남용 방지 규칙 - Adventist Health** 는 신뢰할 수 없거나 부정확하다고 믿는 정보 또는 헐박 또는 강압적 관행을 통해 개인으로부터 얻은 정보에 근거하여 개인이 **FAP** 적격이 아니라는 결정을 내리지 않습니다.
 11. **FAP** 신청 포기 없음 - **Adventist Health** 는 해당 개인이 **FAP** 자격이 없음을 결정하기 위해 개인이 **FAP** 에 따라 지원을 신청을 원하지 않거나, 상기에 설명된 정보를 수신을 원하지 않는 개인으로부터 서명된 포기 서류를 받으려 하지 않습니다.
 12. **FAP** 적격성 결정을 위한 최종 권한 - **Adventist Health** 가 개인이 **FAP** 적격 여부를 판단하기 위해 합리적인 노력을 기울였으며, 따라서 개인에 대한 **ECA** 에 개입할 수도 있음을 판단하기 위한 권한은 **AH** 재무 책임자에게 있습니다.
 13. 다른 당사자와의 계약 - **Adventist Health** 이 개인의 진료 관련 부채를 다른 당사자에게 판매하거나 의뢰하는 경우, **Adventist Health** 는 해당 개인이 치료를 위하여 **FAP** 에 적격인지 여부를 결정하기 위한 합리적인 노력을 기울일 때까지 치료비 지급을 위해 어떠한 **ECA** 도 취하지 않도록 해당 당사자와 법적 구속력이 있는 합리적으로 고안된 서면 계약을 체결합니다.
 14. 전자 문서 제공 - 전자 서면 통지 또는 연락을 원한다는 의견을 표명한 개인에게 **Adventist Health** 는 온라인으로(예: 이메일) 본 정책에 설명된 모든 서면 통지 또는 연락을 제공할 수 있습니다.

11. 문서

1. 기밀 금융 지원 신청서

12. 보장 의료기관 목록

1. 응급의료 및 기타 의료 필수 진료를 제공하는 보장 및 비보장 의료기관 목록은 최소 분기별로 업데이트됩니다.
2. 보장 및 비보장 의료기관 목록에 대한 링크는 본 정책의 부록 **D** 를 참조하십시오.
3. 보장 및 비보장 의료기관 목록의 무료 사본을 얻을 수 있는 실제 주소에 대해서는 이 정책의 부록 **B** 를 참조하십시오.
4. 본 정책의 섹션 **B** 는 이 목록을 사용할 수 있는 방법을 설명합니다.

13. 금융 지원 표준 절차

1. **Adventist Health** 기관은 이 금융 지원 정책을 적용할 때 표준 내부 절차를 따릅니다.
2. 표준 내부 절차는 **Adventist Health** 가 준비하고 관리하는 별도의 재무 지원 절차 문서에 보관됩니다.

14. 공인 기관

1. **Adventist Health** 재무 위원회 은 본 정책에 대한 후속 변경 사항을 검토하고 **Adventist Health** 이사회에 승인을 권고할 것입니다.

부록 A

2021 연방 빈곤 수준 (FPL)

가족 인원	48 개 인접 주 및 콜롬비아 특별구	알래스카	하와이
1	\$12,880	\$16,090	\$14,820
2	\$17,420	\$21,770	\$20,040
3	\$21,960	\$27,450	\$25,260
4	\$26,500	\$33,130	\$30,480
5	\$31,040	\$38,810	\$35,700
6	\$35,580	\$44,490	\$40,920
7	\$40,120	\$50,170	\$46,140
8	\$44,660	\$55,850	\$51,360
추가 인원 당 추가금액	\$4,540	\$5,680	\$5,220

출처: <http://www.aspe.hhs.gov/poverty/>

부록 B

보장 기관 목록

본 정책에 따라 지원을 보장하는 Adventist Health 목록:

상호명 (DBA)	주소	전화 번호
Adventist Health Bakersfield	2615 Chester Avenue Bakersfield, CA 93301	661-395-3000
Adventist Health Castle	640 Ulukahiki Street Kailua, HI 96374	808-263-5500
Adventist Health Clear Lake	15630 18th Avenue Clearlake, CA 95422	707-994-6486
Adventist Health Delano	1401 Garces Highway Delano, CA 93215	661-725-4800
Adventist Health Feather River	5125 Skyway Road Paradise, CA 95969	530-872-2000
Adventist Health Glendale	1509 Wilson Terrace Glendale, CA 91206e	818-409-8000
Adventist Health Hanford	115 Mall Drive Hanford, CA 93230	559-582-9000
Adventist Health Howard Memorial	1 Marcela Drive Willits, CA 95490	707-459-6801
Adventist Health Lodi Memorial	975 S. Fairmont Avenue Lodi, CA 95240	209-334-3411
Adventist Health Mendocino Coast	700 River Drive Fort Bragg, CA 95437	707-961-1234

Adventist Health Physician Network 또는 Adventist Health Medical Foundation Clinics	가장 가까운 AH 기관의 연락처를 사용하세요	가장 가까운 AH 기관의 전화 번호를 사용하세요
Adventist Health Portland	10123 S. E. Market Street Portland, OR 97216	503-257-2500
Adventist Health Reedley	372 W. Cypress Avenue Reedley, CA 93654	559-638-8155
Adventist Health Rideout	726 4th Street Marysville, CA 95901	530-749-4300
Adventist Health Selma	1141 Rose Avenue Selma, CA 93662	559-891-1000
Adventist Health Simi Valley	2975 North Sycamore Drive Simi Valley, CA 93065	805-955-6000
Adventist Health Sonora	1000 Greenley Road Sonora, CA 95370	209-536-5000
Adventist Health St. Helena	10 Woodland Road St. Helena, CA 94574	707-963-3611
Adventist Health Tehachapi Valley	1100 Magellan Drive Tehachapi, CA 93561	661-823-3000
Adventist Health Tillamook	1000 Third Street Tillamook, OR 97141	503-842-4444
Adventist Health Tulare	869 N. Cherry St Tulare, CA 93274	559-688-0821

Adventist Health Ukiah Valley	275 Hospital Drive Ukiah, CA 95482	707-462-3111
Adventist Health Vallejo	525 Oregon Street Vallejo, CA 94590	707-648-2200
Adventist Health White Memorial	1720 East Cesar E. Chavez Ave. Los Angeles, CA 90033	323-268-5000
Western Health Resources Home Care and Hospice	자세한 사항은 전화로 문의하시기 바랍니다.	844-827-5047

부록 C

캘리포니아 주 기관들의 일반 청구 금액(AGB):

AGB 표 #1:

AGB 산출에 사용되는 방법은 12 개월 동안 Medicare 진료비 및 병원 기관에 보험금을 지급하는 모든 민간 의료 보험사가 허용한 급여에 기초한 과거기록 조회 방법입니다(1986 년 미 내국세입법 501(r) 절에 따른 미 재무부 규정, 개정법 포함). 아래 차트에 명시된 바와 같이, 총 비용의 단일 평균 백분율 또는 개별 진료 범주 또는 개별 항목 또는 서비스에 대한 다중 백분율이 적용될 수 있습니다. AGB 요율은 매년 1 월 1 일에 갱신되며, AGB 요율 변경 후 120 일 이내에 시행됩니다.

기관 약어	기관	서비스	시행일	AGB
AHBD	Adventist Health Bakersfield	모든 서비스	2021/5/1	20%
AHCL	Adventist Health Clear Lake	모든 서비스	2021/5/1	41%
AHDL	Adventist Health Delano	모든 서비스	2021/5/1	29%
AHGL	Adventist Health Glendale	모든 서비스	2021/5/1	16%
AHMF	Adventist Health Hanford	모든 서비스	2021/5/1	28%
AHMH	Adventist Health Howard Memorial	모든 서비스	2021/5/1	38%
AHLM	Adventist Health Lodi Memorial	모든 서비스	2021/5/1	16%

AHMC	Adventist Health Mendocino Coast	모든 서비스	2021/5/1	57%
AHRD	Adventist Health Reedley	시골 지역 의료원 제외 모든 서비스 - 부록 D 참조	2021/5/1	28%
AHRO	Adventist Health and Rideout	모든 서비스	2021/5/1	26%
AHSV	Adventist Health Simi Valley	모든 서비스	2021/5/1	23%
AHSR	Adventist Health Sonora	모든 서비스	2021/5/1	24%
AHSH	Adventist Health St. Helena	모든 서비스	2021/5/1	18%
AHTV	Adventist Health Tehachapi Valley	모든 서비스	2021/5/1	41%
AHTR	Adventist Health Tulare	모든 서비스	2021/5/1	28%
AHUV	Adventist Health Ukiah Valley	모든 서비스	2021/5/1	31%
AHWM	Adventist Health White Memorial	모든 서비스	2021/5/1	15%
AHPN	Adventist Health Physician Network	모든 서비스	2021/5/27	55%

오레곤, 워싱턴, 하와이 주 기관들의 일반 청구 금액 (AGB)

AGB 표 #2

AGB 산출에 사용되는 방법은 12 개월 동안 Medicare 진료비 및 병원 기관에 보험금을 지급하는 모든 민간 의료 보험사가 허용한 급여에 기초한 과거기록 조회 방법입니다(1986년 미 내국세입법 501(r) 절에 따른 미 재무부 규정, 개정법 포함). 아래 차트에 명시된 바와 같이, 총 비용의 단일 평균 백분율 또는 개별 진료 범주 또는 개별 항목 또는 서비스에 대한 다중 백분율이 적용될 수 있습니다. AGB 요율은 매년 1월 1일에 갱신되며, AGB 요율 변경 후 120일 이내에 시행됩니다.

기관 약어	기관	서비스	시행일	AGB
AHCS	Adventist Health Castle	의사 진료 제외한 모든 서비스 - 아래 표 3 참조	2021/5/1	34%

AHPL	Adventist Health Portland	모든 서비스	2021/5/1	34%
AHTM	Adventist Health Tillamook	모든 서비스	2021/5/1	53%

AGB 표 #3

AGB 산출에 사용되는 방법은 12 개월 동안 Medicare 진료비 및 병원 기관에 보험금을 지급하는 모든 민간 의료 보험사가 허용한 급여에 기초한 과거기록 조회 방법입니다(1986 년 미 내국세입법 501(r) 절에 따른 미 재무부 규정, 개정법 포함). 아래 차트에 명시된 바와 같이, 총 비용의 단일 평균 백분율 또는 개별 진료 범주 또는 개별 항목 또는 서비스에 대한 다중 백분율이 적용될 수 있습니다. AGB 요율은 매년 1 월 1 일에 갱신되며, AGB 요율 변경 후 120 일 이내에 시행됩니다.

기관 약어	기관	서비스	시행일	AGB
WHR	Western Health Resources	모든 서비스	2021/5/1	75%

부록 D

차등제(Sliding Scale) - Adventist Health Reedley - 시골 지역 의료원

완료된 차등제(Sliding Scale) 증명서를 제출해야 하며, 모든 자격 요건은 적격 판정일로부터 90 일 동안 유효합니다.

Adventist Health Reedley - RHC Visit			
명목상 액수	\$30.00	\$45.00	\$60.00
가족 규모	명목 금액의 50%	명목 금액의 75%	명목 금액의 100%
	FPL 의 100%	FPL 의 150%	FPL 의 200%
1	\$12,880	\$19,320	\$25,760
2	\$17,420	\$26,130	\$34,840
3	\$21,960	\$32,940	\$43,920
4	\$26,500	\$39,750	\$53,000
5	\$31,040	\$45,560	\$62,080

6	\$35,580	\$53,370	\$71,160
7	\$40,120	\$60,180	\$80,240
8	\$44,660	\$66,990	\$89,320
추가 인원	\$4,540	\$6,810	\$9,080

부록 E

보장 및 비보장 의료기관 명단

각 Adventist Health 병원 기관에서 응급 의료 또는 기타 의학적으로 필요한 진료를 제공하는 보장 및 비보장 의료기관의 목록은 "PFS-112 금융 지원 보장 및 비보장 의사 목록"이라는 보충 문서에서 관리됩니다. 이 목록은 분기별로 업데이트되며 다음 표의 링크에 있는 Adventist Health 웹사이트에 게시됩니다.

환자는 위의 부록 B 에 열거된 기관 주소에서 "PFS-112 금융 지원 보장 및 비보장 의사 목록"의 무료 인쇄본을 받을 수 있습니다.

아래는 이 보충 문서에 포함된 보장 및 비보장 의료기관목록의 링크입니다.

기관 약어	기관
Adventist Health Bakersfield	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHBD-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Castle	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHCS-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Clear Lake	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHCL-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Delano	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHDL-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Glendale	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHGL-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Hanford	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHHF-501R-FAP-Providers.pdf

Adventist Health Howard Memorial	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHHM-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Lodi Memorial	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHLM-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Mendocino Coast	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHUV-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Physician Network	추후 결정
Adventist Health Portland	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHPD-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health and Rideout	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHRO-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Simi Valley	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHSV-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Sonora	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHSR-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Tehachapi Valley	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHTV-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Tillamook	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHTM-501R-FAP-Providers.pdf
Adventist Health Ukiah Valley	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHUV-501R-FAP-Providers.pdf
Western Health Resources	추후 결정
Adventist Health White Memorial	https://www.adventisthealth.org/documents/financial-assistance/financial-assistance-providers/AHWM-501R-FAP-Providers.pdf

매뉴얼:

<http://www.aspe.hhs.gov/poverty/>
www.ftc.gov

첨부:

(본 문서에서 인용)

www.adventisthealth.org
[금융 지원 정책 - 기밀 금융 지원 신청서 \(영문\)](#)
[금융 지원 정책 - 기관 신청서 \(영문\)](#)
[EMTALA - EMTALA 준수](#)

기타 문서:

(본 문서를 인용)

www.ftc.gov
[금융 지원 정책](#)
[무보험 환자 할인](#)

연방 규정:

인가:

캘리포니아:

하와이:

구체적 주 요구사항은 통보 없음 회사 정책은 기록된 대로 적용
구체적 주 요구사항은 통보 없음 회사 정책은 기록된 대로 적용

<https://olis.leg.state.or.us/liz/2018R1/Downloads/MeasureDocument/HB4020>,
<https://olis.leg.state.or.us/liz/2019R1/Downloads/MeasureDocument/HB3076>

오레곤:

워싱턴:

구체적 주 요구사항은 통보 없음 회사 정책은 기록된 대로 적용

작성자: 환자 금융 서비스

결재: 수익 주 거버넌스 2015/9/18; 내각 집행 2014/12; 이사회 결재 2015/12/15

참고:

발효일: 2015/12/29

검토: 14/11/12; 개정: 09/12/21, 11/1/25, 2011/6/3, 11/1/27, 13/5/13, 14/2/3, 2014년 11월
(SB1276), 15/1/22 (개정 FPL); 2015/12/17 (501(r)) 2017/3/1

배포: PFS 이사, CFO

ADVENTIST HEALTH

SYSTEM/WEST 정책 소유주:

Kevin K Longo - 최고 감사 책임자(CCO)

단체 정책 소유주:

해당 없음

Shelly J Williams - 재무 분석가

Jessica M Hoops - 법률 보조원

공동 작업:

Joan S Dillon - 프로그램 관리자, 비임상 정책 및 절차

Mona A Snyder - 수익 주기-가정 의료 CBO 이사

Cheryl A Brooksher - 계약자, 이사

결재자:

ADVENTIST HEALTH
SYSTEM/WEST:

ADVENTIST HEALTH
SYSTEM/WEST 개인:

(2021/06/06 10:08PM PST) Meredith S Jobe, 법무 및 조언 총괄

단체:

해당 없음

단체 개인:

해당 없음

검토일:

개정일:

2019/05/02, 2019/05/10, 2020/04/20, 2020/04/22, 2020/04/24, 2020/10/14/, 2021/05/03,
2021/06/06

차기 검토일:

2023/06/06

본 문서의 종이 사본은 최신이 아닐 수 있으며 공식 목적의 경우 이 문서에 의존할 수 없습니다. 현재 버전은 Lucidoc 에 있습니다.

주소:

[https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=ahrsvl:11927\\$7](https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=ahrsvl:11927$7).

[object HTMLDivElement]

참고자료: 금융 지원 정책 - 기밀 금융 지원 신청서 (영문)

기밀 금융 지원 신청서

환자 번호 _____	기밀 금융 지원 (신청서)
-------------	-----------------------

책임 당사자

성명	혼인 여부	사회 보장 번호
도로명 주소, 도시, 주, 우편번호	본 주소 거주 기간	집 전화
고용주 성명 및 주소 (무직이라면, 무직 기간)		회사 전화
직급 / 직함	월소득 - 총	월소득 - 순
		현 고용 지속 기간

배우자

성명		사회 보장 번호
고용주 성명 및 주소		회사 전화
직급 / 직함	월소득 - 총	월소득 - 순
		현 고용 지속 기간

피부양자

가구내 모든 피부양자의 성명 및 생년월일	가구내 총 피부양자 수 _____	소득에 기여하는 다른 사람이 있습니까? 있다면, 금액은?: 예/아니오 _____ 금액 _____
------------------------	--------------------	--

월소득 및 자산

배당금, 이자	\$	자녀 양육비 / 이혼 수당	\$
공적 지원 / 푸드 스탬프	\$	임대 소득	\$
사회 보장	\$	보조금	\$
실업 수당	\$	IRA	\$
산재 보상금	\$	기타	\$
저축	\$		

월간 비용

주택담보대출 / 월세 지급: \$ 잔액:	\$	의료비 / 초과 비용	\$
자가가 있나요? (네/아니오)		의사 - 이름	\$
식비 \$		의사 - 이름	\$
공과금: \$		의사 - 이름	\$
전기세 \$		Visa 카드	\$
유류비 \$		비자 한도	\$
상수도 / 하수도 \$		Mastercard 카드 한도	\$
쓰레기처리 \$		Discover 카드 한도	\$
전화 \$		기타 한도	\$
케이블 \$		할부 대출	\$
자동차 납부금 \$		자녀 양육비	\$
자동차 유지비 \$		기타 비용	\$
보험:			
자동차 보험 \$			
생명 보험 \$			
건강 보험 \$			
사무 전용 총 소득 _____ 순 소득 _____ 총 비용 _____ 총 순 소득(손실) _____		위에 제공한 정보가 사실임을 확인합니다. _____ 환자/보증인 서명 일자	

매뉴얼:

첨부:

(본 문서에서 인용)

기타 문서:

(본 문서를 인용)

[금융 지원 정책](#)
[금융 지원, 청구 및 징수 정책](#)

연방 규정:

인가:

캘리포니아:

해당 없음

하와이:

해당 없음

오레곤:

해당 없음

워싱턴:

해당 없음

참고:

ADVENTIST HEALTH

SYSTEM/WEST 정책 소유주:

Amy K Miller - 수익 주기 감사 이사

단체 정책 소유주:

해당 없음

Shelly J Williams - 재무 분석가

Jessica M Hoops - 실행 보좌관

Kevin K Longo - 기업 감사 임원 (CCE)

공동 작업:

Joan S Dillon - 정책 및 절차 코디네이터

Mona A Snyder - 수익 주기-가정 의료 CBO 이사

Teresa M Laws - 프로그램 관리자, 간호 인력

Amy K Miller - ICD-10 CDI 프로젝트 매니저

결재자: ADVENTIST HEALTH SYSTEM/WEST: [\(06/10/2020\) 비임상 정책 검토 TF - 수익 주기, \(07/02/2020\) 최고 재무 위원회, \(10/08/2020\) AH 시스템 이사회](#)

ADVENTIST HEALTH SYSTEM/WEST 개인:

단체: 해당 없음

단체 개인: 해당 없음

검토일:

개정일: 2020/04/20, 2020/10/13

차기 검토일:

본 문서의 종이 사본은 최신이 아닐 수 있으며 공식 목적의 경우 이 문서에 의존할 수 없습니다. 현재 버전은 Lucidoc 에 있습니다.

주소:

[https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=ahrsvl:13048\\$1](https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=ahrsvl:13048$1).

[object HTMLDivElement]

참고자료: 금융 지원 정책 - 기관 신청서 (영문)

일자
기관명
기관 주소
전화

보증인명
보증인 주소

제목: 계좌 번호:
환자명:
진료 일자:
계좌 잔액:

자선 지원 가능성 검토를 위해 귀하의 계좌를 확인하였습니다. 귀하께서 제출한 모든 금융 서류를 검토해본 결과, 귀하의 이 계좌는 전액 자선 지원에 대한 자격 지침을 충족하는 것으로 확인되었습니다.

자선 지원 가능성 검토를 위해 귀하의 계좌를 확인하였습니다. 귀하께서 제출한 모든 금융 서류를 검토해본 결과, 귀하의 이 계좌는 전액 자선 지원에 대한 자격 지침을 충족하지 못하는 것으로 확인되었습니다.

자선 지원 가능성 검토를 위해 귀하의 계좌를 확인하였습니다. 귀하께서 제출한 모든 금융 서류를 검토해본 결과, 귀하의 이 계좌는 부분적인 자선 지원에 대한 자격 지침을 충족하는 것으로 확인되었습니다. (계좌 잔액)는 나머지 부분이며, 이는 귀하에게 납부 책임이 있습니다.

귀하의 소득이 연방 빈곤 수준 _____% 임에 근거하여 귀하께서는 _____%의 금융 지원을 받으실 수 있습니다.

이 결정에 오류가 있다고 생각하시는 경우, 귀하께서는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 귀하께서는 이의제기를 반드시 서면으로 작성하여 본 서신에 기재된 주소로 환자 금융 서비스 담당자 에게 우편으로 보내셔야 합니다.

질문이 있으면, 정상 근무 시간 내에 저희에게 (기관 전화번호)로 언제든지 연락해주시기 바랍니다. 또는 웹사이트를 통해 저희 금융 지원 정책의 사본을 확인하실 수 있습니다:

<https://www.adventisthealth.org/patient-resources/financial-assistance/>

환자 금융 서비스 부서
기관명
기관 전화번호

매뉴얼:

첨부: <https://www.adventisthealth.org/patient-resources/financial-assistance/>
(본 문서에서 인용)

기타 문서: [금융 지원, 청구 및 징수 정책](#)
(본 문서를 인용) [금융 지원 정책](#)

연방 규정:

인가:

캘리포니아: 해당 없음

하와이: 해당 없음

오레곤: 해당 없음

워싱턴: 해당 없음

참고:

ADVENTIST HEALTH SYSTEM/WEST 정책 소유주: Amy K Miller - 수익 주기 감사 이사

단체 정책 소유주: 해당 없음

Shelly J Williams - 재무 분석가

Jessica M Hoops - 실행 보좌관

Kevin K Longo - 기업 감사 임원 (CCE)

공동 작업: Joan S Dillon - 정책 및 절차 코디네이터

Mona A Snyder - 수익 주기-가정 의료 CBO 이사

Teresa M Laws - 프로그램 관리자, 간호 인력

Amy K Miller - ICD-10 CDI 프로젝트 매니저

결재자:

ADVENTIST HEALTH SYSTEM/WEST: [\(06/10/2020\) 비임상 정책 검토 TF - 수익 주기, \(07/02/2020\) 최고 재무 위원회, \(10/08/2020\) AH 시스템 이사회](#)

ADVENTIST HEALTH SYSTEM/WEST 개인:

단체: 해당 없음

단체 개인: 해당 없음

검토일:

개정일: 2020/04/20, 2020/10/13

차기 검토일:

본 문서의 종이 사본은 최신이 아닐 수 있으며 공식 목적의 경우 이 문서에 의존할 수 없습니다. 현재 버전은 Lucidoc 에 있습니다.
주소:

[https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=ahrsvl:13045\\$1](https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=ahrsvl:13045$1).

[object HTMLDivElement]