

MEMORIAL HERMANN HEALTH SYSTEM 정책

정책 제목:	재정 지원 정책
발행일:	2017 년 12 월 19 일
버전:	4

정책 목적:

Memorial Hermann Health System("MHHS")은 연방 조세법(IRC) 501(c)(3)항에 명시된 Harris, Montgomery, Fort Bend 및 주변 카운티의 의료 서비스를 담당하는 병원을 운영하고 있습니다. MHHS 는 환자의 재정 능력과 무관하게 차별 없이 긴급하거나 의학적으로 필요한 서비스를 요하는 무보험자 및 부분 보험 가입자들을 위한 재정 지원의 형태로 지역사회 혜택을 제공하기 위해 노력하고 있습니다.

이 재정 지원 정책("FAP")은 지역사회에 MHHS 이용자를 위한 재정 지원 수요를 파악하고 제공하기 위한 체계적인 방법을 제공하는 것을 목적으로 하고 있습니다.

범위:

이 FAP 는 501(c)(3)절 MHHS 병원이 운영하며 주에서 인가한 모든 병원 시설에 적용되며, 여기에는 다음이 포함됩니다.

Memorial Hermann Greater Heights Hospital
 Memorial Hermann Katy Hospital
 Memorial Hermann Memorial City Medical Center
 Memorial Hermann – Texas Medical Center

- Memorial Hermann Cypress Hospital
- Memorial Hermann Orthopedic and Spine Hospital

Memorial Hermann Northeast Hospital
 Memorial Hermann Rehabilitation Hospital Katy, L.L.C.
 Memorial Hermann Southeast Hospital

- Memorial Hermann Pearland Hospital

Memorial Hermann Southwest Hospital
 Memorial Hermann Sugar Land Hospital
 Memorial Hermann The Woodlands Medical Center
 TIRR Memorial Hermann

MHHS 는 본 FAP 에 따라 서비스 제공자 기반의 외래환자 영상 센터, 스포츠 의학 및 재활 센터, 응급센터, 그리고 상기 병원의 외래환자 부서 등을 운영합니다. 또한 본 FAP 로 보장되는 외래환자 진단 검사실도 운영합니다.

정책 선언문:

1. 공감과 책임감을 중시하는 MHHS 의 가치에 따라 MHHS 는 도움을 필요로 하는 환자에게 재정 지원을 제공하는 정책을 시행하고 있습니다. 또한 이 FAP 의 목적은 MHHS 가 제공하는 응급 진료 또는 의학적으로 필요한 진료에 대해 환자들에게 재정 지원을 하는 제도를 마련하는 것입니다.
2. 이 FAP 는 MHHS 가 재정 능력이 없는 개인에게 재정 지원을 해주는 특정 기준과 신청 절차를 명시하고 있습니다. 특정 개인은 추정상 적격자로서 무료로 서비스를 이용할 수 있습니다(절차 섹션 4 참조).
3. 이 FAP 는 MHHS 병원이 제공한 모든 응급 진료 또는 의학적으로 필요한 진료에 적용됩니다. 이 FAP 는 병원 외부의 의료 서비스 제공자에게는 구속력이 없으며 의사 서비스에 적용되지 않습니다. 본 FAP 가 보장하는 병원 시설에서 응급 진료나 기타 의학적으로 필요한 진료를 제공하는 서비스 제공자 목록과 본 FAP 가 적용되지 않는 서비스를 제공하는 서비스 제공자 목록은 당사의 웹사이트 <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/> 에서 확인하실 수 있습니다. 무료 사본은 응급 부서와 병원 수납부(Registration)에서 요청하면 받으실 수 있습니다. 무료 사본은 우편물이나 전화 (713) 338-5502 번 또는 1-800-526-2121 번(5 번 선택)으로 연락하여 받을 수도 있습니다.
4. FAP 는 가능한 경우, MHHS 가 재정 지원 할인액을 계산하는 기준, MHHS 가 담당하는 지역사회에서 이 FAP 를 홍보하는 방법, MHHS 가 재정 지원 자격을 결정할 때 사용하는 절차, 재정 지원 신청 절차 등에 대해 설명하고 있습니다. 미납 시 MHHS 가 취하는 조치는 별도 정책인 MHHS 청구 및 추심 정책에 설명되어 있습니다. 이 정책은 MHHS 웹사이트 <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/> 에서 다운로드하거나, 응급 부서 및 병원 수납부(Registration)에서 무료 문서 사본을

입수하실 수 있습니다. 무료 사본은 우편물이나 전화 (713) 338-5502 번 또는 1-800-526-2121 번(5 번 선택)으로 연락하여 받을 수도 있습니다.

5. 환자가 재정 지원에 대한 자격을 갖추려면, 재정 지원 신청서(추정상 적격자가 아닌 환자인 경우)를 작성하여 필요한 증빙 서류와 함께 제출해야 합니다. 재정 지원 신청서는 재정 지원을 요청하는 서비스에 대한 첫 번째 청구서의 발송일로부터 240 일 이내에 제출해야 합니다. 예외는 절차 섹션 9 에 설명된 바와 같이 적용될 수 있습니다. 이 FAP 의 어떠한 사항도 현재 유효하거나 미래에 발효될 연방, 주 또는 지방 법률이나 규정보다 우선하지 않습니다.
6. 모든 해당하는 진료에 대해 재정 지원 할인이 적용된 후 초과 납부된 것으로 확인된 금액은 환자에게 환급됩니다.
7. MHHS 가 FAP 자격 결정을 위해 적절한 노력을 기울였는지 결정할 최종 권한은 MHHS 환자 비즈니스 서비스 담당실(MHHS Patient Business Services Office)에 귀속됩니다. 이 FAP 는 공감과 책임감을 중시하는 MHHS 의 가치에 따라 지역사회에게 혜택을 주기 위한 것입니다. 이 FAP 가 존재한다는 것만으로 특정 환자에게 재정 지원을 하는 것을 의미하지는 않으며, 계약적 권리나 의무가 생성되지 않습니다. 이 FAP 는 MHHS 가 향후 업데이트할 수 있으며 이사회 또는 피지명인이 단독 재량으로 승인할 수 있습니다.
8. 여기에 명시된 정책과 절차는 텍사스 주 규정 및 연방 조세법 501(r)항 및 관련 지침을 준수합니다.

용어 및 정의:

1. **신청서:** 환자가 작성해야 할 재정 지원 신청서를 의미합니다.

2. **신청 기간:** 신청 기간에 MHHS 는 재정 지원 신청서를 접수하고 처리합니다. 신청 기간은 개인에게 진료를 제공한 날짜에 시작되며 첫 번째 청구서 날짜로부터 240 일이 되는 날에 종료됩니다.
3. **일반 청구 금액(AGB):** 재정 지원 자격을 가진 환자는 응급 진료나 의학적으로 필요한 진료에 대해 보험에 가입한 환자에 대한 일반 청구 금액(AGB)보다 더 높은 금액이 청구되지 않습니다.
 - a. MHHS 의 AGB 비율은 허용된 Medicare 행위 별 수가제 납부 총액을 이전 12 개월 동안 청구된 총액으로 나누는 "과거 기록 이용" 방법으로 계산됩니다. 재정 지원 자격을 갖춘 환자에게 제공되는 할인은 환자가 AGB 를 초과하여 청구되지 않도록 하기 위해 AGB 비율 한도와 비교하여 검토합니다.
 - b. AGB 비율은 FAP 의 증빙 서류 A - 일반 청구 금액(AGB) 계산에서 확인할 수 있습니다.
 - c. 개정된 AGB 비율은 매년 계산되며 해당 연도가 시작되고 120 일이 되는 날까지 적용됩니다.
4. **연간 총 가계 소득:** 가족의 연간 소득과 모든 현금 혜택의 세전 합계에서 양육비를 제외한 금액으로서 미국 국세청(IRS)에게 신고하는 금액입니다. 가족 소득에는 수입, 실업수당, 산재보험, 사회보장, 보완적 소득보장(SSI), 공적부조, 재향군인 보조금, 유족급여, 연금 또는 퇴직소득, 이자, 배당금, 위자료, 양육비 및 기타 소스 등이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.
5. **선택 서비스:** 즉각적 진료가 필요 없는 증상을 치료하기 위한 서비스. 선택 서비스에는 환자에게 필요하지만 긴급하지 않은 시술로서 의학적으로 필요한 서비스와 더불어 외모를 개선할 목적의 미용 시술, 치과 시술 또는 일반적으로 의료보험이 적용되지 않는 기타 선택적 시술이 포함됩니다. 의학적으로 불필요한 선택 서비스는 재정 지원 대상으로 고려되지 않습니다.

6. **응급 서비스:** 즉시 의학적 진료를 하지 않으면 개인(또는 임산부의 경우 산모와 태아)의 건강이 심하게 위험해지거나 신체 기능에 심각한 장애를 유발하거나, 장기나 신체 부위의 심각한 기능 상실을 유발할 수 있는 중증의 급성 증상(심각한 통증 포함)을 동반한 의학적 질환 때문에 환자에게 제공된 서비스.

7. **특별 추심 조치(ECA):** 이 조치는 법적 절차 및 소송 절차가 필요하며 타인에게 채무를 양도하거나 신용기관이나 당국에 불리한 정보를 신고하는 등의 기타 조치를 수반할 수 있습니다. MHHS 는 ECA 에 관여하거나 추심 업체가 ECA 에 관여하는 것을 허락하지 않습니다. MHHS 의 추심 정책에 대한 자세한 정보는 MHHS 의 별도의 MHHS 청구 및 추심 정책에서 확인할 수 있습니다. 이 정책의 무료 사본은 <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>에서 무료로 입수하거나, 응급 부서와 병원 수납부(Registration)에 전화 (713) 338-5502 번 또는 1-800-526-2121 번(5 번 선택)으로 연락하여 서류 사본을 받으실 수 있습니다.

8. **가족:** 환자, 환자의 배우자/합법적으로 혼인한 동성 배우자, 환자의 부모 또는 보호자(환자가 미성년자일 경우), 환자나 환자 부모의 소득세 환급 신청서에 포함되었으며 환자나 그 부모 또는 보호자의 가정에 거주하는 부양가족.

9. **연방 빈곤 지표("FPL"):** 개인이 빈곤선에 포함된다고 간주되는 소득 지표. 이 소득 지표는 가족 구성원 수에 따라 다릅니다. 빈곤 지표는 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services)가 매년 업데이트하며 연방 공보처에서 게시합니다. 이 FAP 의 목적에 따라 이러한 공표된 지침에 표시된 빈곤 지표는 총 소득을 나타냅니다. 이 FAP 의 목적에 따라 사용되는 FPL 은 매년 업데이트됩니다.
 - a. 최신 FPL 은 FAP 의 증빙 서류 B - 연방 빈곤 지침 에서 확인할 수 있습니다.

10. **재정 지원:** 재정 지원은 FAP 가 정한 특정 재정 기준과 기타 자격 기준에 부합하는 환자가 의학적으로 필요하거나 긴급하며 MHHS 가 병원에 제공하는 건강 관리 서비스를 받도록 돕기 위해 MHHS 가 제공하는 지원을 말합니다. 적격 환자에는

무보험 환자, 저소득층 환자, 일부 보험에 가입했지만 의료비의 일부 또는 전체를 부담할 수 없는 환자가 포함됩니다.

11. *의학적으로 필요한 서비스*: 진단, 직접 진료 및 의학적 증상 치료 등을 위해 제공되었으며 현지의 의료 관행 표준에 부합하는 서비스나 용품은 Medicare 및 Medicaid 프로그램이 보장하고 의학적으로 필요한 것으로 간주되며, 환자나 의사의 편의를 기준으로 결정되지 않습니다. 의학적으로 필요한 서비스에는 미용 시술이나 사회, 교육 또는 직업 서비스와 같은 비의료 서비스는 포함되지 않습니다.
12. *이해하기 쉬운 요약본("PLS")*: MHHS의 FAP에 대한 이해하기 쉬운 요약본에는 다음이 포함됩니다. (a) 자격 요건 및 제공되는 지원에 대한 간략한 설명, (b) 재정 지원 신청서를 접수할 수 있는 웹사이트 및 장소의 목록, (c) FAP의 무료 문서 사본을 접수하는 방법에 대한 설명, (5) 신청 절차 관련 도움을 위한 연락처 정보, (6) FAP 및 관련 문서의 번역본 제공 가능 여부, (7) 재정 지원 적격자임이 확인된 환자에게는 응급 서비스 또는 의학적으로 필요한 서비스에 대한 일반 청구액보다 높은 금액을 청구하지 않는다는 것을 확인하는 안내서.
13. *추정상 자격 또는 추정상 적격자*: 재정 지원 신청서를 작성하지 않고도 무보험 환자에게 재정적 필요성이 있는 것으로 간주되는 특정 기준을 참조하여 내린 재정 지원 자격 결정.
14. *적절한 노력*: MHHS는 환자가 퇴원하기 전에 FAP에 대한 이해하기 쉬운 요약서를 제공하여 환자에게 MHHS의 FAP에 대해 통지하기 위해 적절한 노력을 기울일 것입니다. 또한 MHHS는 환자에게 MHHS의 FAP에 대해 알리기 위해 다음 절차를 따를 것입니다.
 - a. *불완전 신청서*: 환자 및/또는 가족이 불완전한 신청서를 제출할 경우, MHHS는 필요한 추가 정보 또는 문서를 기술했던 서면 통지서를 제공할 것입니다.

- b. **완전한 신청서:** 환자 및/또는 환자의 가족이 완전한 재정 지원 신청서를 제출하면 MHHS 는 환자가 재정 지원을 받을 수 있는지의 여부를 시기 적절하게 알리며 결정 내용(해당될 경우, 환자가 받을 수 있는 지원)과 결정 근거를 서면 통지서로 제공할 것입니다. 이 통지서에는 재정 지원 비율(승인된 신청서에 대한)이나 거절 사유 및 환자 및/또는 가족이 부담할 금액 등도 포함되어 있습니다. 환자 및/또는 가족은 작성한 신청서의 평가가 진행되는 동안 청구서를 받게 될 것입니다.
- c. **환자 명세서:** MHHS 는 환자의 계정 및 부담금이 명시된 명세서를 발송합니다. 환자 명세서에는 환자가 MHHS 에게 이용 가능한 의료 보험 보장을 알려야 한다는 요청, MHHS FAP 통지서, 재정 지원을 요청할 전화번호, FAP 문서를 얻을 수 있는 웹사이트 주소 등이 포함되어 있습니다.
- d. **MHHS 웹사이트:** MHHS 웹사이트는 눈에 잘 띄는 장소에 재정 지원 신청 절차에 대한 설명과 함께 재정 지원을 받을 수 있다는 내용을 게시할 것입니다. MHHS 는 FAP 가 적용되거나 적용되지 않는 서비스 제공자 목록과 함께 본 FAP 및 이해하기 쉬운 요약서, 재정 지원 신청서, 청구 및 추심 정책 등을 MHHS 웹사이트 <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>에 게시합니다. MHHS 는 응급 부서와 수납부(Registration)에서 요청할 경우 이러한 문서의 문서 사본을 무료로 제공해드립니다.
15. **부분 보험 가입 환자:** 보험 약관에 따라 전체 또는 일부 보장을 받는 환자로서 응급 진료 또는 의학적으로 필요한 진료를 받은 결과 발생한 자기 부담금을 완전히 지불할 능력이 되지 않는 환자.
16. **무보험 환자:** 의료보험이 완전히 없거나 일부만 보장되는 환자로서 공공 또는 민영 의료보험, 의료 혜택 또는 기타 건강 보장 프로그램(개인보험, Medicare 또는 Medicaid, Crime Victims Assistance 등을 포함하되 이에 국한되지 않음)의 수혜자가

아니며, MHHS 가 제공한 의료 서비스 비용 납부와 관련하여 환자가 제공했거나 기타 소스에서 입수한 문서나 정보를 바탕으로 MHHS 가 환자의 부상이 산재보험, 자동차 보험 또는 책임보험이나 기타 제 3 자 보험의 보상을 받지 못한다고 판단한 환자.

심사 기준:

1. *의사교환*: MHHS 는 재정 지원의 이용 가능성을 환자, 가족, 전반적 지역사회에게 알리기 위해 환자와 병원 방문객에게 재정 지원의 이용에 대해 안내하고 각 병원에서 담당하는 지역사회 주민에게 본 FAP 를 널리 알리기 위해 몇 가지 절차를 밟을 것입니다. 이러한 절차에는 다음이 포함됩니다.
 - a. *환자 동의*: 의료 서비스 등록 시 서명하는 의료 서비스 동의서에는 지원 서비스가 필요한 경우 병원 입원이나 상세 청구서를 수령할 때 자격 결정을 요청해야 한다는 설명이 포함되어 있습니다.
 - b. *재무 상담*: MHHS 환자는 병원 청구서를 납부하는 데 어려움이 예상된다면 병원의 재무 카운셀러에게 관련 정보를 요청할 것을 권장합니다. 재무 카운셀러는 무보험 환자, 부분 보험 가입 환자이거나 당사가 제공한 의료 서비스 비용을 납부하는 데 재정적 어려움이 있는 환자를 지원하기 위해 적극 도와줄 것입니다. 재무 카운셀러는 정부에서 지원하는 다양한 프로그램에 대한 자격을 확인하거나, 산재보험이나 배상 책임을 지원하거나, 장기 납부 계획을 수립하거나, 재정 지원 신청을 도와줄 수 있습니다.
 - c. *이해하기 쉬운 요약서 및 신청서*: MHHS 의 FAP 에 대한 이해하기 쉬운 요약서 사본과 재정 지원 신청서 사본은 서비스 제공 시 최대한 빠른 시간 내에 모든 환자에게 제공됩니다. MHHS 는 응급 부서와 수납부(Registration)에서 요청할 경우 이러한 문서의 문서 사본을 무료로 제공해드립니다. 무료 사본은 우편물이나 전화 713-338-5502 번 또는 1-800-526-2121 번(5 번 선택)으로 연락하여 받을 수도 있습니다.

- d. *제공되는 번역본*: MHHS 는 병원에서 담당하는 지역사회 인구 중에서 5% 또는 1,000 명 중에서 적은 쪽에 해당하는 영어 능력이 제한적인 개인들을 위해 FAP, 이해하기 쉬운 요약서, 재정 지원 신청서, 청구 및 추심 정책을 번역해 드립니다. MHHS 는 응급 부서와 병원 수납부(Registration)에서 요청할 경우 MHHS 웹사이트에서 이러한 문서의 문서 사본을 무료로 제공해드립니다. 무료 사본은 우편을 통해 또는 전화 713-338-5502 번 또는 1-800-526-2121 번(5 번 선택)으로 연락하여 받을 수도 있습니다.
- e. *안내문*: 모든 재정 지원 안내문은 일반인의 눈에 띄는 장소에 잘 보이도록 게시할 것이며, 여기에는 MHHS 응급 부서 및 환자 수납부(Registration)가 포함되나 이에 국한되지는 않습니다. 안내문에는 재정 지원을 이용할 수 있다는 내용과 자세한 정보를 문의할 재무 카운셀러 전화번호가 표시되어 있습니다.
- f. *웹사이트*: MHHS 웹사이트는 중요한 장소에 재정 지원 신청 절차에 대한 설명과 함께 재정 지원을 받을 수 있다는 내용을 게시할 것입니다. MHHS 는 FAP 가 적용되거나 적용되지 않는 서비스 제공자 목록과 본 FAP, 이해하기 쉬운 요약서, 재정 지원 신청서, 청구 및 추심 정책 등을 MHHS 웹사이트 <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>에 게시합니다.
- g. *환자 청구서 및 명세서*: 환자 명세서에는 환자가 MHHS 에게 이용 가능한 의료 보험 보장을 알려야 한다는 요청, MHHS FAP 통지서, 재정 지원을 요청할 전화번호, 재정 지원 문서를 얻을 수 있는 웹사이트 주소 등이 포함되어 있습니다.
- h. *우편 발송 또는 팩스 발송*: 환자는 이러한 문서의 무료 사본 요청서를 이름 및 MHHS 가 사본을 반송할 주소와 함께 우편이나 팩스로 아래 주소로 보낼 수 있습니다.

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
팩스: 713-338-6500

2. **자격 결정:** 재정 지원은 개인의 재정적 필요성에 대한 평가 절차에 따라 결정됩니다. 이러한 절차는 다음과 같습니다.
- a. 추정상 자격 결정은 아래의 절차 섹션 4에 설명된 기준에 따라 내려집니다. 환자가 재정 재원에 대한 추정적 적격자일 경우, 재정 지원 신청서가 필요 없습니다. 하지만 환자 또는 보증인은 선별 절차에 협조하고 추정적 자격 결정과 관련이 있는 개인정보나 재정 정보 및 문서를 제공해야 합니다.
 - b. 환자 또는 보증인이 협조하고 추정적 자격 결정과 관련이 있는 개인정보나 재정 정보 및 문서를 제공해야 하는 재정 지원 신청 절차
 - c. MHHS는 개인이 FAP 적격자인지 확인하기 위한 적절한 노력을 기울일 것이며, 이를 위해 환자가 퇴원하기 전에 MHHS의 FAP에 대한 이해하기 쉬운 요약서를 환자에게 통지할 것입니다. 또한 MHHS는 환자에게 MHHS의 FAP에 대해 알리기 위해 다음 절차를 따를 것입니다.
 - i. **불완전한 신청서:** 환자 및/또는 가족이 불완전한 신청서를 제출할 경우, MHHS는 최초 신청서를 수령하고 45일 이내에 필요한 추가 정보 또는 문서를 기술한 서면 통지서를 제공할 것입니다.
 - ii. **환자 명세서:** 환자 명세서에는 환자가 MHHS에게 이용 가능한 의료 보험 보장을 알려야 한다는 서술, MHHS FAP 통지서, 재정 지원을 요청할 전화번호, FAP 문서를 얻을 수 있는 웹사이트 주소 등이 포함되어 있습니다.
 - iii. **MHHS 웹사이트:** MHHS 웹사이트는 눈에 잘 띄는 장소에 재정 지원 신청 절차에 대한 설명과 함께 재정 지원을 받을 수 있다는 내용을 게시할 것입니다. MHHS 웹사이트:

<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>에서 MHHS 는 FAP 가 적용되거나 적용되지 않는 서비스 제공자 목록과 본 FAP, 이해하기 쉬운 요약서, 재정 지원 신청서, 청구 및 추심 정책 등을 게시합니다.

iv. *요청 시 제공 가능한 문서:* MHHS 는 FAP 로 보장되거나 보장되지 않는 서비스 제공자 목록과 FAP, 이해하기 쉬운 요약서, 재정 지원 신청서, 청구 및 추심 정책 등의 무료 문서 사본을 요청할 경우, 응급 부서나 수납부(Registration)에서 무료로 제공합니다.

d. TransUnion 또는 Experian 을 통한 신용 점수를 포함하여 환자나 보증인의 납부 능력에 대한 정보를 제공하는 외부의 공개된 데이터 소스 사용.

e. MHHS 가 제공한 이전 서비스에 대한 환자의 미결 수취 계정 및 환자의 지급 또는 악성 부채 내역의 검토.

f. MHHS 가 제공한 재정 지원의 수준은 소득, 가족 구성원 수, FPL 등을 기준으로 합니다. 무보험 환자 및 부분 보험 환자는 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 그리고,

g. 환자의 재정 지원에 대한 자격은 아래 기준을 바탕으로 하며, 환자의 재정 상태, 정상 참작되는 재정 상태, 제 3자 의료 서비스 혜택의 이용 가능성 등에 따라 다를 수 있습니다. 자격 지침은 연방 정부가 FPL 지침을 공개한 후 매년 수정됩니다. 아래에 명시한 지침을 초과하는 소득을 가진 가족은 납부 계획을 고려하기 위해 선별될 수 있습니다.

3. *환자 재정 지원 자격:* FPL 에 따라 재정 지원 자격을 갖춘 무보험 및 부분 보험 가입 환자에게 제공되는 할인율을 결정할 때 다음 기준이 사용됩니다. 부분 보험 가입 환자는 지원에 대한 자격을 갖추려면 보험회사가 비용을 청구하도록 해야 합니다. 재정 지원 자격을 갖춘 환자에게 제공되는 할인은 환자가 AGB 를 초과하여 청구되지 않도록 하기 위해 AGB 비율 한도와 비교하여 검토합니다.

- a. **무료 진료:**
- i. 무보험 환자의 연간 총 가계 소득이 총 소득 재정 지원 자격표(증빙 서류 A - 일반 청구 금액(AGB) 계산)에 명시된 대로 현재 연방 빈곤 지표의 200% 이하일 경우, 환자(또는 기타 책임자)는 무료 진료(100% 할인)를 받을 수 있으며 계정의 미결제 금액에 대해 어떠한 부담도 하지 않아도 됩니다.
 - ii. Medicare 를 통해 1 차 보장을 받으며 Medicaid 로 보완적 보장을 받을 자격이 되는 환자는 Medicaid 에 청구하여 THMP 또는 관리형 Medicaid 납부자로부터 판결된 청구를 받은 후 잔액에 대해 100% 할인을 받습니다.
- b. **할인된 진료:**
- i. 연간 총 가계 소득이 현재 연방 빈곤 지표의 200%를 초과하고 400% 미만인 환자/개인은 보험 가입 환자에 대한 일반 청구 금액(AGB)에 대해 할인을 받을 수 있습니다.
 - ii. 병원 청구서에 대해 미결제 수취 계정이 있는 환자는 다음의 모든 기준에 부합할 경우, 할인을 받을 수 있습니다. 1) 개인의 연간 총 가계 소득의 10%를 초과하는 잔액, 2) 나머지 잔액의 전체 또는 일부를 납부할 수 없음, 3) 청구서 잔액이 \$5,000 이상. 이러한 상황에서 환자 또는 보증인은 FAP 절차에 협조하고 자격 결정과 관련이 있는 개인정보나 재정 정보 및 문서를 제공해야 합니다. 승인될 경우, 환자는 나머지 미결제 수취 계정으로 연간 총 가계 소득의 10%를 초과하지 않는 금액 또는 AGB 할인 중에서 더 적으며 환자의 재정 상태에 가장 유리한 금액을 납부하게 됩니다.
4. **추정상 자격:** 무보험 환자는 아래에 열거한 기준 중 하나를 바탕으로 재정 지원에 대한 자격이 결정될 수 있습니다. 하나 이상의 기준이 충족되었다면 다른 소득 증명을 요청하지 않습니다. 아래 목록은 환자의 가계 소득이 FPL 의 2 배보다 적고

환자가 의학적으로 필요한 서비스 비용을 100% 할인 받을 수 있는 경우를 나타냅니다. 무보험 환자의 추정상 자격 선별은 의학적으로 필요한 서비스를 받은 직후부터 서비스 청구서를 발행하기 전까지 최대한 빠른 시일 내에 실시되어야 합니다. MHHS 가 추정상 자격을 통지받으면 추정상 자격 검토 절차를 완료하는 동안 30 일 동안 환자 청구서를 보류합니다. 제 3 자 보험에 가입한 환자(Medicaid 와 같은 주 또는 지역 지원 프로그램 제외)는 추정상 적격으로 간주되지 않으며 재정 지원을 위한 신청서를 제출해야 합니다.

a. 다음 기준에 부합하는 무보험 환자는 응급 진료 또는 의학적으로 필요한 진료비에 대해 100% 할인을 받는 추정상 적격자로 간주됩니다.

- i. 노숙자 또는 홈리스 클리닉에서 진료를 받은 사람
- ii. WIC(Women, Infants and Children) 프로그램 가입자
- iii. 푸드 스탬프 적격자
- iv. SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program)
- v. 기타 주 또는 지역의 지원 프로그램(Medicaid 스펀드 다운) 적격자
- vi. 유효한 주소로 저소득층/보조 주거 시설을 제공
- vii. 의료 서비스 보조금 수령
- viii. 환자를 대신하여 행동해줄 사람이 없는 정신적 불능 상태
- ix. 최근의 개인적 파산
- x. 교도소에 구금
- xi. 환자가 소재지 불명 상태에서 사망, 또는
- xii. 전자식 채점 모델로 결정(아래에 설명).

b. **전자식 채점 모델(ESM):** 무보험 환자 또는 보증인이 FAP 신청서를 작성하지 않거나 자격 검증에 필요한 재정 문서를 제공하지 않을 경우, 해당 계정은 재정 등급, 이전의 지원 조정, 취업, 우편번호, 연령, 지급 내역, 이전의 악성 부채, 계정 잔고, 입원 원인 등을 포함한 기준에 따라 점수를 정하는 전자식 채점 모델(ESM)을 사용하여 평가할 수 있습니다. ESM 점수가 해당 계정이 FAP 자격을 갖추 확률이 높음을 나타낼 경우, 무보험 계정은 이 FAP 에 따라 추정상 FAP 할인을 허용합니다.

5. 자격 기간:

- a. 무보험 환자의 경우, 재정 지원 및 추정적 자격 결정은 모든 미납 잔고와 현재 진료에 대해 소급적으로 효력을 가집니다. 환자 자격은 절차 섹션 3에 요약된 사항을 바탕으로 결정되며 즉시 납부 또는 기한 내 납부를 위해 불이익을 주지 않습니다. 또한 재정 지원 신청서를 작성하는 환자에게는 향후 추가 조치 없이 6개월 동안 추가적인 재정 지원이 제공됩니다. 환자는 이 6개월 동안 발생한 MHHS에게 환자의 재무 상태의 주요 변경 사항으로서 재정 지원 자격 결정에 영향을 줄 수 있는 변경 사항을 변경일로부터 30일 이내에 통지해야 합니다. 가계 소득의 실제적 증가를 공개하지 않는 환자는 실제적 증가가 발생한 후 MHHS가 재정 지원 제공을 취소할 수 있습니다.

6. *응급 서비스 또는 의학적으로 필요한 서비스*: 재정 지원은 병원에서 제공한 응급 서비스 또는 의학적으로 필요한 서비스로 제한됩니다. 이 섹션의 어떠한 내용도 환자의 납부 능력에 관계 없이 의학적 응급 상태 치료와 관련된 연방 또는 주 법률에 따른 MHHS의 의무 또는 관행을 변경하지 않습니다.

7. 신청 절차

- a. *신청 방법*: 재정 지원 신청서를 작성하여 증빙 서류와 함께 제출해야 합니다. 신청서의 무료 사본은 MHHS의 웹사이트 <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram>에서 다운로드할 수 있습니다. 무료 서류 사본은 응급 부서와 병원 수납부(Registration)에서 받으실 수 있습니다. 무료 사본은 우편물이나 전화 713-338-5502 번 또는 1-800-526-2121 번(5번 선택)으로 연락하여 받을 수도 있습니다.
- b. 신청자는 작성한 신청서와 증빙 서류를 병원의 재무 카운셀러에게 발송하거나 아래에 열거된 주소로 우편 발송할 수 있습니다. 환자는 안내 데스크를 방문하여 재무 카운셀러와의 상담을 요청하여 병원의 재무

카운셀러를 만날 수 있습니다. 신청 절차에 대한 질문, 신청서 작성에 대한 지원, 제출한 신청서의 상태 등을 확인하려면 병원의 재무 카운셀러가 병원에서 직접 도와드리거나 전화 713-338-5502 번 또는 1-800-526-2121 번(5 번 선택)으로 연락하실 수 있습니다.

- c. 작성한 신청서를 발송할 주소:

Memorial Hermann Health System
Attn: Financial Assistance
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024

-또는-

팩스: 713-338-6500

- d. 재정 지원 또는 추정상 자격에 대한 고려 요청은 신청 기간에 다음의 개인이 신청할 수 있습니다. (i) 환자 또는 보증인, (ii) 환자나 보증인의 대리인, (iii) 환자/신청인을 대신한 MHHS 담당자, 또는 (iv) 환자 담당 의사.
- e. 본 FAP 에 요약된 고려사항에도 불구하고 재정 지원 신청 절차에 협력하고 적극 참여하는 것은 환자의 책임입니다. 여기에는 제 3 자 건강 보험에 대한 정보 제공, 정부 또는 기타 프로그램(Medicare, Medicaid, 제 3 의 책임보험, 범죄 피해자 지원 등)을 통한 자금 지원 신청이나 환자의 재정 지원에 대한 자격 확인을 위해 필요한 모든 문서 및 증서의 시기 적절한 제공이 포함됩니다. 그렇지 않을 경우, 환자의 재정 지원 신청서를 심사하는 데 부정적 영향을 줄 수 있습니다. MHHS 가 부득이한 사정으로 인정하는 상황이 없다면 환자에게 MHHS 의 요청일로부터 30 일 이내에 해당 정보, 증서 및 문서를 제공하도록 요청합니다. 추정상 자격인 경우를 제외하고 재정 지원 신청서는 환자(또는 보증인/대리인)가 작성하여 서명해야 합니다.

- f. 재무 카운셀러는 신청자의 재정 지원 신청 과정을 도와줄 수 있습니다. 환자가 사망했으며 책임자가 확인되지 않았다면 MHHS 담당자가 사용 가능한 정보와 문서를 사용하여 요청을 하고 신청을 완료할 수 있습니다.

8. *가계 소득:*

- a. 환자는 가계 소득을 정하기 위해 제공할 수 있다면 하나 이상의 다음 문서를 제공할 수 있습니다. 환자의 가족에서 일하는 사람이 1명 이상일 경우, 각 개인은 다음 문서 중 한 가지 이상 제출해야 합니다.
 - i. 최근에 제출한 연방 소득세 환급 신청서
 - ii. 최근의 W-2 및 1099 양식
 - iii. 최근의 급여 명세서(또는 실직 증명서, 사회보장국 문서 사본 등)
 - iv. 현금으로 지급된 경우 고용주의 명세서
 - v. 가계 소득에 대한 기타 제 3자의 증명 문서
- b. 재정 지원 신청서는 환자가 각 가족 구성원(환자 포함)의 소득이 명시된 하나 이상의 상기 문서를 제공했으며 증서에 서명했거나, 증서에 서명한 환자가 그러한 정보를 제공할 수 없는 경우, 문서 제공을 하지 않았다는 것을 이유로 불완전한 것으로 간주되지 않습니다.
- c. 추정상 자격을 제외하고 신청자는 신청 증서에 서명해야 합니다. MHHS는 신청자가 실제로 거짓 정보를 제공한 것이 나중에 확인될 경우, 결정을 철회 또는 수정할 수 있습니다.

기타 문서: MHHS의 FAP는 자산이나 지출에 대한 문서를 요구하지 않습니다. 하지만 신청자는 본 FAP에 따라 수령할 수 있는 금액과 같거나 더 많은 재정 지원을 요청하려면 자산, 지출, 소득, 잔여 채무 또는 재정적 어려움을 입증할 기타 상황 등에 대한 추가적인 문서를 제공할 수 있습니다.

9. *거짓 정보 또는 오해의 소지가 있는 정보*: 신청자가 의료비 납부 능력에 대해 고의적으로 거짓 정보나 오해의 소지가 있는 정보를 제공한 것이 확인될 경우, MHHS 는 신청자의 현재 또는 미래의 신청을 거절할 수 있습니다. 악의적 의도 없이 거짓 정보가 제공된 경우, MHHS 는 수정된 정보를 바탕으로 결정을 내립니다. 환자가 의도적으로 제공한 거짓 정보를 바탕으로 재정 지원이 이미 제공된 경우, MHHS 는 이전에 제공된 재정 지원을 취소할 수 있으며, 이 경우 MHHS 는 환자에게 해당 금액의 상환을 요구할 모든 법적 권한을 가집니다. 거짓 정보 제공이 고의적이지 않은 경우, MHHS 는 수정된 정보를 바탕으로 결정을 수정합니다.

교차 참조:

환자 이송 정책(EMTALA 및 Texas Transfer Act 준수) 재정 지원

이해하기 쉬운 요약본

재정 지원 신청

청구 및 추심 정책

증빙서류:

증빙 서류 A - 일반 청구 금액(AGB) 계산

증빙 서류 B - 연방 빈곤 지침

다음 페이지에 계속.

증빙 서류 A - 일반 청구 금액(AGB) 계산

일반 청구 금액은 MHHS 가 응급 또는 의학적으로 필요한 서비스에 대한 Medicare 행위별 수가제를 위해 사용하는 청구 및 규정적 절차를 바탕으로 합니다. Medicare 의 총 허용 납부액은 그러한 청구 내역에 대해 청구된 총 금액으로 나누며, 1 에서 이 수치를 차감하여 AGB 비율을 계산합니다.

IP(입원환자)의 AGB % = Medicare IP 허용 금액 / Medicare IP 총 청구액

OP(외래환자)의 AGB % = Medicare OP 허용 금액 / Medicare OP 총 청구액

매년 AGB 는 각 병원마다 별도로 계산하지만 모든 MHHS 병원은 전체 병원 중에서 가장 낮은 AGB 비율을 채택합니다.

시설	입원환자	외래환자
Memorial Hermann Greater Heights Hospital	32%	12%
Memorial Hermann - Texas Medical Center	30%	26%
Memorial Hermann Katy Hospital	30%	11%
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital - Katy	49%	17%
Memorial Hermann Memorial City Medical Center	30%	15%
Memorial Hermann Northeast Hospital	31%	13%
Memorial Hermann Southeast Hospital	33%	13%
Memorial Hermann Southwest Hospital	30%	13%
Memorial Hermann Sugar Land Hospital	31%	13%
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center	31%	12%
TIRR Memorial Hermann	31%	22%
Memorial Hermann Surgical Hospital - First Colony	30%	13%
Memorial Hermann Surgical Hospital - Kingwood	30%	14%
Memorial Hermann Tomball Hospital	해당 사항 없음	11%
Memorial Hermann First Colony Hospital	해당 사항 없음	13%

2019 회계연도 (2018 년 7 월 - 2019 년 6 월) AGB 금액은 다음과 같습니다.

OP 일반 청구 금액: 11%

IP 일반 청구 금액: 30%

다음 페이지에 계속.

증빙 서류 B - 연방 빈곤 지침

월간 총 수입 재정 지원 자격표는 연방 빈곤 지침에 변동이 있을 경우 수정됩니다. 이 표는 매년 업데이트됩니다.

월간 총 수입 재정 지원 자격표는 MHHS 가 본 FAP 에 따라 재정 지원 자격을 결정할 때 사용하는 최신 소득표를 나타냅니다.

월간 총 가계 소득 재정 지원 자격표는 연방 빈곤 지표와 Harris County Hospital District 자격표를 바탕으로 하고 해당 정부 기관이 때에 따라 수정하며, 이를 확인하시려면 아래 표를 참조하십시오.

Memorial Hermann Health System 총 소득 재정 지원 자격표						
2018년 연방 빈곤 지침(FPG) 가족 구성원 수를 바탕으로 재정 지원 자격을 갖추기 위한 연간 또는 월간 총 소득						
	FPG의 100%		FPG의 200%		FPG의 400%	
가족 구성원 수	연간 소득	월간 소득	연간 소득	월간 소득	연간 소득	월간 소득
1	\$12,140	\$1,012	\$24,280	\$2,023	\$48,560	\$4,047
2	\$16,460	\$1,372	\$32,920	\$2,743	\$65,840	\$5,487
3	\$20,780	\$1,732	\$41,560	\$3,463	\$83,120	\$6,927
4	\$25,100	\$2,092	\$50,200	\$4,183	\$100,400	\$8,367
5	\$29,420	\$2,452	\$58,840	\$4,903	\$117,680	\$9,807
6	\$33,740	\$2,812	\$67,480	\$5,623	\$134,960	\$11,247
7	\$38,060	\$3,172	\$76,120	\$6,343	\$152,240	\$12,687
8	\$42,380	\$3,532	\$84,760	\$7,063	\$169,520	\$14,127
가족 구성원이 8명 이상인 경우, 추가되는 인원 1인당 \$4,320씩 더해 연방 빈곤 지침을 산출합니다.						