



Atlantic Health System

관리 정책

주제: 저소득, 무보험 및 과소보험 환자를 위한 재정 지원

발효일: 2020-01-01 **다음 일자의 정책에 우선함:** 2019-01-01

2018-01-01
2017-01-01
2016-01-01
2015-06-03

1차 책임: 이사 - 환자 재정 서비스(Patient Financial Services)

I. 목적:

모든 환자가 지불 능력에 상관 없이 Atlantic Health System, Inc. ("Atlantic Health System")의 병원 시설이 제공하는 필수적인 응급 처치와 기타 의학적인 의료 서비스를 받을 수 있도록 보장하기 위해. 본 정책은 Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center 및 Atlantic Rehabilitation Institute를 비롯한 모든 Atlantic Health System 병원과 42 C.F.R. 413.65에 의거하여 제공자 기반으로 지정된 모든 Atlantic Health System 시설에 적용됩니다.

II. 정책:

환자의 지불 능력에 상관 없이 병원 시설에서 제공하는 모든 환자가 필수적인 응급 처치와 기타 의학적으로 필요한 치료를 받을 수 있도록 하는 것이 Atlantic Health System의 정책입니다. 아래의 제IV조에 설명된 바와 같이 병원비를 전액 또는 일부를 지불할 능력이 없는 저소득, 무보험 및 과소보험 환자에게 다양한 프로그램을 통해 재정적 지원을 제공할 수 있습니다. 본 정책은 모든 Atlantic Health System 병원 시설을 비롯하여, 상기에 언급된 바와 같이, 42 C.F.R. 413.65에서 서비스 제공자 상태를

관할하는 연방 규정에 의거하여 서비스 제공자로 지정된 모든 Atlantic Health System 시설에 적용됩니다.

재정 지원 및 할인은 응급 상황 또는 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스에만 이용 가능합니다. 의사 진료비, 마취 시술비, 방사선 진단 및 외래환자 처방비 등을 포괄하는 일부 서비스는 병원비와 별도이므로 Atlantic Health System을 통해 재정적인 지원을 받지 못할 수 있습니다. 병원 시설 이외에도, 병원 시설에서 응급 진료 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 모든 서비스 제공자를 본 재정 지원 정책("FAP")의 적용을 받는 서비스 제공자와 적용을 받지 못하는 서비스 제공자로 구분한 시설별 목록은 FAP의 부록 A에 있습니다. 서비스 제공자의 목록 2는 필요에 따라 분기별로 검토되어 업데이트될 것입니다.

III. 일반 사항:

- A. Atlantic Health System은 응급 진료 또는 의학적으로 필요한 치료를 요하는 모든 뉴저지 거주자에게, 이러한 서비스에 대한 비용을 지불할 수 있는 환자의 능력에 상관 없이, 그리고 이러한 환자가 본 FAP에 의거한 재정 지원을 받을 자격이 되는지 여부와 자격 정도에 상관 없이 입원 및 외래 의료 서비스를 제공할 것입니다.
- B. Atlantic Health System은 응급실의 환자에게 치료를 받기 전에 병원비를 지불하라고 요구한다거나 응급실이나 다른 영역에서 빛 독촉 활동을 허용함으로써 차별 금지적인 측면에서 응급 치료의 조항을 위반할 수 있는 행동과 같이 개인이 응급 치료를 단념하도록 만드는 어떠한 행동도 취하지 않을 것입니다.
- C. Atlantic Health System의 FAP, 재정 지원 신청서 및 쉬운 말 요약서(Plain Language Summary, "PLS") 등은 모두 다음 웹사이트에서 온라인으로 이용하실 수 있습니다. <http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. Atlantic Health System의 FAP, 재정 지원 신청서 및 PLS 등은 영어 이외에도, 각 병원 시설의 1차 서비스 영역이 담당하는 지역 사회에 1,000명 또는 5% 인구를 구성하고 영어 구사력이 제한적인 소수민족을 위해 해당 모국어로 제공됩니다. FAP, 재정 지원 신청서 및 PLS에 대한 번역본은 본 FAP의 부록 B에 명시된 언어로 이용 가능합니다. 제공되는 번역본에 포함되어 있지 않은 모국어를 사용하는 환자에게 FAP, 재정 지원 신청서 및 PLS의 내용이 명확하게 전달되도록 최선의 노력을 기울일 것입니다.

- E. FAP, 재정 지원 신청서 및 PLS의 복사본은 요청하는 사람에게 우편으로 무상으로 공급되며 아래의 나열된 입원과, 응급과, 그리고 재정 카운셀링과 등을 비롯한 병원 시설의 다양한 장소에서 제공됩니다. 재정 지원 신청서는 직접 방문, 우편, 팩스 또는 이메일을 통해 제출 가능합니다.

재정 카운셀링 사무소:

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, 전화 973-971-8964

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial Counseling Office, 전화 908-522-4689

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial Counseling Office, 전화 973-831-5113

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial Counseling Office, 전화 973-579-8407

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey 07840, Financial Counseling Office, 전화 908-850-6902

Atlantic Rehabilitation Institute: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, 전화 973-971-8964.

- F. 환자가 FAP, 재정 지원 신청서 또는 PLS의 사본을 구함에 있어서 도움이 필요한 경우, 또는 다른 도움이 필요한 경우, 고객 서비스부 전화 1-800-619-4024에 연락하시거나 상기에 명시된 재정 카운셀링 사무소를 방문하실 수 있습니다.
- G. 환자에게 재정 지원을 이용할 수 있다고 알려주는 사인이나 디스플레이가 입원 구역, 응급실 및 재정 카운셀링 사무소 등을 비롯한 병원의 공용 구역에 눈에 띄도록 게시될 것입니다.
- H. PLS는 입원 과정의 일부로 모든 환자에게 제공될 것입니다.
- I. Atlantic Health System은 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료 서비스에 대한 비용의 전체 또는 일부를 지불할 수 없는 유자격 환자에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선을 노력을 기울입니다. 이러한 자선 활동의 목표를 달성하기 위해 Atlantic Health System은 지역 사회 서비스 및 비영리 기관과의 협력을 통해 FAP, 재정 지원 신청 및 PLS를 소속 지역사회에 널리 홍보할 것입니다.

J. 환자 또는 그 대리인은 재정 지원을 요청할 수 있습니다. Atlantic Health System 직원, 추천 전문의 또는 기타 다른 사람이 환자 또는 그 대리인을 재정 카운셀러에게 소개할 수 있습니다. 재정 카운셀러는 이용 가능한 재정 지원 프로그램에 대한 요건을 설명하고 환자가 재정 지원 프로그램의 혜택을 받을 자격이 되는지 여부를 결정할 것입니다. 재정 지원을 요청하는 환자는 재정 지원을 위한 Atlantic Health System 신청서(인증서 페이지 포함)를 작성하고 신청서에 명시된 제반 문서를 제공해야만 재원 지원 심사를 받을 수 있습니다. 제한된 영어 구사력을 가진 사람에 대한 명확한 의사 전달을 위해 요청에 따라 번역본 및 통역사가 사용될 것입니다.

K. 무보험 환자는 퇴원 후 대금 청구서를 처음 받은 시점으로부터 최대 365일 내에 작성된 재정 지원 신청서를 제출할 수 있습니다. 보험 또는 과소보험 환자는 퇴원 후 보험사가 처리한 내용을 반영한 대금 청구서를 처음 받은 시점으로부터 최대 365일 내에 작성된 재정 지원 신청서를 제출할 수 있습니다.

IV. 재정 지원 프로그램:

Atlantic Health System의 환자는 아래 설명된 다양한 프로그램에 따라 무료 또는 할인된 진료를 받을 수 있습니다. 각 경우에 있어서 Atlantic Health System은 제공된 서비스에 대한 대금 청구 총액에서 환자 또는 환자의 보험사가 지불한 금액과 이러한 서비스에 대한 정부 보조금 또는 지불금은 제외한 금액으로 재정 지원을 제공할 것입니다.

Atlantic Health System은 이러한 순 금액(재정 지원이 청구 대금보다는 비용을 기반으로 적절히 보고되는 비용 대 부과 비율의 적용을 받음)을 기관이 제공하는 재정 지원으로 보고할 것입니다.

A. 뉴저지 주 프로그램:

1. 자선 진료(Charity Care):

이 프로그램은 환자가 Medicaid의 자격이 되는 경우에 주의 Medicaid 프로그램에 따라 적용될 수 있는 의학적으로 필요한 서비스에 대한 급성 환자 치료 병원비에만 적용됩니다. 재정 카운셀링 사무소는 작성된 초기 신청서가 접수된 날짜로부터 10 업무일 이내에 신청자가 자격이 있는지 여부에 대한 결정을 내릴 것입니다. 신청서가 불완전한 경우(예를 들어, 요청된 소득/자산 증명서가 제공되지 않았거나 부적절한 경우), 서면상으로 승인을 얻기 위해 필요한 추가적인 문서에 대한 세부 사항을 명시한 거절 통지서가 발송됩니다. 무보험 신청자는 퇴원 후 대금 청구서를 처음 받은 시점으로부터 최대 365일 내에 요청된 문서를 첨부해서 자선 진료를 재신청할 수 있습니다. 보험 또는 과소보험 환자는 퇴원 후 보험사가 처리한 내용을 반영한 대금 청구서를 처음 받은 시점으로부터 최대 365일 내에 요청된 문서를 첨부해서 자선 진료를 재신청할 수 있습니다. 자선 진료의 자격이 되는 환자는 **부록 C**에 명시된 지침에 따라 무료 진료를 받거나 총 청구액에서 할인을 받게 됩니다.

자격이 되지 않는 신청자는 향후에 서비스를 받고 재정 상태가 변경된 경우에 재신청할 수 있습니다.

자선 진료(Charity Care)는 다음 조건에 해당되는 뉴저지 거주자에게 제공되는 주 프로그램입니다.

- a. 의료 보험을 가지고 있지 않거나 병원비의 일부만 지불하는 의료 보험을 가지고 있습니다.
- b. 사설 또는 정부 후원 보장(예를 들어, 사회보장연금(은퇴 및 장애인); Medicaid에 동반되는 보조 사회보장 소득(Social Security Income, SSI); 또는 Medicaid)을 받을 자격이 되지 않습니다.
- c. 주에서 규정한 소득 및 자산 자격 요건을 모두 충족합니다.

자선 진료의 자격이 되기 위해 필요한 추가적인 요건은 다음과 같습니다.

- a. 환자는 **부록 C**에 명시된 바와 같이 가구 총 소득이 연방 빈곤 기준의 200% 이하인 환자에게는 병원비의 100%를 지원하고 가구 총 소득이

연방 빈곤 기준의 200% 초과 및 300% 이하에 해당되는 환자에게는 병원비의 일부를 지원하는 자선 진료 프로그램에 대한 심사를 받게 될 것입니다.

- b. 자선 진료의 자격 요건 상한선은 개인 자산이 \$7,500, 가족 자산이 \$15,000입니다. 본 조항의 목적을 위해, 자산 심사를 받아야 하는 가족 구성원은 다음과 같이 N.J.A.C. 10:52-11.8(a)에 정의되어 있습니다. 성인 신청자에 대한 가족 규모에는 신청자, 배우자, 부양되는 미성년자 자녀, 그리고 신청자가 법적인 책임을 지고 있는 성인 등이 포함됩니다. 미성년자 신청자에 대한 가족 규모에는 양부모, 부모의 배우자, 미성년자 형제자매, 그리고 신청자의 부모가 법적인 책임을 지고 있는 가족의 성인 등이 포함됩니다. 신청자가 자신이 배우자 또는 부모에 의해 버림을 받았다는 문서를 제출하는 경우, 배우자 또는 부모는 가족 구성원에 포함되지 않습니다. 임신한 여성은 2명의 가족 구성원으로 계산됩니다.

병원 서비스 매뉴얼(Hospital Services Manual), N.J.A.C. 10:52, 자선 진료 절(이하 참조)에 의거하여 요청되는 문서에는 다음이 포함됩니다.

- a. 적절한 환자 및 가족 신원증명 문서. 여기에는 운전 면허증, 사회보장카드, 외국인 등록 카드, 출생 증명서, 급여 명세서, 비자 등이 포함될 수 있습니다.
- b. 서비스 날짜를 기준으로 뉴저지 거주 증명(주: 특정 상황에서 응급 치료는 거주 요건의 적용을 받지 않음). 여기에는 운전 면허증, 투표 등록 카드, 노조 회원 카드, 보험 또는 웰페어 플랜 ID 카드, 학생증, 공공 요금 청구서, 연방 소득세 신고서, 주 소득세 신고서, 또는 실업 급여 명세서가 포함될 수 있습니다.
- c. 총 소득 증명서. 여기에는 병원이 환자의 총 소득(다음 중 한 가지)을 확인하기 위해 필요한 세부 사항이 포함되어야 합니다.
 - i. 서비스 전 12개월간 총 실소득.
 - ii. 서비스 전 3개월간 총 실소득.
 - iii. 서비스 직전 달의 총 실소득.

- d. 서비스 날짜 기준의 자산 증명. 이것은 주식, 채권 IRA, CD, 당좌구좌 및 저축구좌, 또는 주 거주지가 아닌 부동산 등과 같이 현금화할 수 있는 항목입니다.

2. N.J.S.A. 26:2H-12.52에 의거한 할인 진료를 위한 자격

가족 총 소득이 연방 빈곤 기준의 500% 미만인 뉴저지 거주 무보험 환자는 FAP의 섹션 IV.C.에 따라 할인된 치료를 받을 수 있습니다. 자선 진료에 적용 가능하고 상기의 섹션 A.1.에 명시된 문서 요건은 본 조항에 따라 자격 결정에 적용되며, 개인 및 가족 자산 상한선은 본 조항에 의거한 할인 치료를 위한 자격 요건에 적용되지 않습니다.

3. 어린이 재해성 질환 구제 기금 프로그램(Catastrophic Illness in Children Relief Fund Program):

뉴저지 주의 어린이 재해성 질환 구제 기금 프로그램은 심각한 질병을 가진 어린이의 가족에게 재정 지원을 제공합니다. 자격 요건, 인정되는 비용 및 지원 신청에 대한 정보는 <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>에서 제공됩니다.

4. 뉴저지 주 범죄 희생자 보상국(New Jersey Victims of Crime Compensation Office):

뉴저지 주는 특정 범죄 활동으로 인해 발생하는 범죄 희생자의 재산 손실 및 비용(특정 의료 비용 포함)을 보상하기 위해 뉴저지 주 범죄 희생자 보상국을 설립했습니다. 자격 요건, 인정되는 비용 및 지원 신청에 대한 정보는 <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>에서 제공됩니다.

B. 자기 부담금:

1. 뉴저지 거주자

과소보험 환자로서 자선 진료 또는 모든 유형의 연방 또는 주 재정 지원 프로그램의 자격이 되지 않는 경우에는 다음과 같이 대금이 청구됩니다.

- i. 입원 환자: 의학적으로 필요한 입원 환자 치료를 받고 있는 환자의 경우, 제공된 서비스에 대해 해당 Medicare DRG 요율에 15%를 가산한 금액을 청구하게 됩니다.

- ii. 외래 환자: Morristown Medical Center 및 Overlook Medical Center에서 외래 환자 치료를 받고 있는 환자의 경우, 병원 청구액에 대해 40% 할인된 요율을 청구하게 됩니다. Newton Medical Center 환자는 88% 할인, Chilton Medical Center 외래 환자는 82.4% 할인, Hackettstown Medical Center 외래 환자는 89% 할인을 받게 됩니다.

2. 다른 주 및 외국인 환자

- a. 입원 환자: 의학적으로 필요한 입원 환자 치료를 받고 있는 환자의 경우, 제공된 서비스에 대해 해당 Medicare DRG에 25%를 가산한 금액을 청구하게 됩니다.
- b. 외래 환자: Morristown Medical Center 및 Overlook Medical Center에서 외래 환자 치료를 받고 있는 환자의 경우, 병원 청구액에 대해 40% 할인된 요율을 청구하게 됩니다. Newton Medical Center 환자는 88% 할인, Chilton Medical Center 외래 환자는 82.4% 할인, Hackettstown Medical Center 외래 환자는 89% 할인을 받게 됩니다.

C. 일반적으로 청구되는 금액

가족 총 소득이 연방 빈곤 기준의 500% 미만인 뉴저지 거주 과소보험 환자로서 연방 또는 주 후원 재정 지원 프로그램(자선 진료는 제외)의 자격이 되지 않는 경우에는 제IV조에 따라 자신의 계정에 적용되는 자기 부담금 할인을 받게 됩니다. 재정 지원을 위한 신청서를 접수하고 환자가 본 조항에 의거하여 재정 지원을 받을 자격이 되는 것으로 결정된 경우, 해당 Medicare 요율에 15%를 가산한 금액과 AGB 중에서 적은 금액이 청구됩니다.

Atlantic Health System은 각각의 해당 병원에 대해 과거 이력 이용 방법을 채택했습니다. AGB 요율(병원별)은 다음과 같습니다.

Morristown Medical Center: 25.6%
Overlook Medical Center: 26.4%
Chilton Medical Center: 19.2%
Newton Medical Center: 14.4%
Hackettstown Medical Center: 14.4%
Atlantic Rehabilitation Institute: 27.6%

내국세입법 제501(r)조에 따라, 각 병원은 과거 기록 검토 방식을 활용해서 해당 AGB 퍼센트를 계산합니다. AGB 퍼센트는 12개월 기간에 허용되는 모든

보험금을 이러한 보험금과 관련된 청구금으로 나눈 값에 기반을 두어 계산됩니다. 모든 병원 시설에 대해 다음의 지불자 조합이 선택되었습니다:
Medicare 진료행위별 수가제 + 모든 민영 보험사.

AGB 퍼센트는 역년 말의 120일 내에 매년 업데이트됩니다. 계산된 AGB 퍼센트 결과의 금액이 환자가 지불해야 하는 금액보다 **적은** 경우, 환자는 AGB에 따라 계산된 금액만 지불할 책임이 있습니다.

계산된 AGB 퍼센트 결과의 금액이 환자가 지불해야 하는 금액보다 **큰** 경우, 환자는 상기에 설명된 재정 지원 프로그램에 따라 계산된 금액만 지불할 책임이 있습니다.

V. 대금 청구 및 징수 정책

본 조항은 Atlantic Health System의 대금 청구 및 징수 정책과 절차에 대해 명시하며 재정 지원 할인이 적용된 후의 잔여 금액에 대한 청구서를 비롯하여 치료비에 대한 청구서를 납부하지 않은 경우에 취하게 되는 조치에 대해 설명합니다. Atlantic Health System을 대신하여 추심 기관 및 변호사가 본 FAP 사본을 사용하여 조치를 취할 것입니다.

각 대금 청구서에는 환자가 FAP에 대한 정보와 재정 지원 신청에 대한 지원을 받을 수 있는, 특정 병원의 재정 카운셀링 사무소에 대한 전화 번호와 함께 재정적 지원을 이용할 수 있다고 안내하는 내용의 통지문이 눈에 잘 띄도록 표시될 것입니다. 대금 청구 명세서에는 FAP, 재정 지원 신청서, 그리고 PLS 등의 사본을 구할 수 있는 웹사이트 주소도 포함되어 있습니다.

- A. 통지 기간: Atlantic Health System 는 환자의 잔액을 확인한 즉시 미결제 잔액에 대해 대금을 청구합니다. 무보험 환자의 경우, 퇴원 후 대금 청구서를 처음 받은 시점이 환자에 대한 특별 추심 활동("ECA")(아래에 정의됨)이 없는 120 일 통지 기간의 시작이 됩니다. 보험 또는 과소보험 환자의 경우, 퇴원 후 보험사가 처리한 내용을 반영한 대금 청구서를 처음 받은 시점이 환자에 대한 ECA 가 없는 120 일 통지 기간("120 일 통지 기간")의 시작이 됩니다.
- B. 환자가 대금을 연체하는 경우, 재정 지원 또는 새롭거나 개정된 지불 계획이 필요한지 여부를 확인하기 위해 대금 청구서에 대한 논의를 제안하는 통지서가 환자에게 발송됩니다. Atlantic Health System 은 지불 계획을 요청하고 수립하려는 환자를 도울 수 있습니다.

- C. 120 일 통지 기간이 종료된 시점에도 대금이 지불되지 않았고 환자가 재정 지원을 신청하지 않거나 병원의 재정 카운셀링 사무소나 병원의 고객 서비스 사무소와 대체 지불 계획에 관한 협의를 하지 않는 경우, 환자의 계정은 추심 기관으로 전달될 것입니다. Atlantic Health System 은 환자가 10 일 내에 대금을 납부하지 않을 경우 환자의 계정이 추심 기관으로 전달될 것이라는 내용을 서면으로 통지하게 됩니다("최종 통지"). 최종 통지는 유자격 환자가 이용할 수 있는 재정 지원에 대해 안내하고 환자가 FAP 에 대한 정보와 재정 지원 신청 절차에 대한 도움을 받을 수 있는 특정 병원 재정 카운셀링 사무소의 전화 번호를 포함할 것입니다. 대금 청구 명세서에는 FAP, 재정 지원 신청서, 그리고 PLS 등의 사본을 구할 수 있는 웹사이트 주소도 포함됩니다.
- D. Atlantic Health System 은 Atlantic Health System 을 대신하여 업무를 진행하는 추심 기관과 변호사("제 3 자")에게 120 일 통지 기간 후에 연체 환자 계정에 대한 ECA 를 시작하도록 승인할 수 있습니다. 환자의 계정이 제 3 자에게 의뢰된 경우, 제 3 자는 환자가 FAP 에 따라 재정 지원을 받을 자격이 되는지 여부를 확인하기 위한 적절한 조치를 취했고 ECA 를 실시하기 전에 다음과 같은 조치를 취했음을 확인하게 될 것입니다.
1. 환자에게 서면 통지서("30일 통지서")가 제공되었습니다. 이러한 통지서는 (a) 유자격 환자에 대해 제공 가능한 재정 통지를 안내하고, (b) 제3자가 치료비에 대한 징수를 시작하려고 하는 ECA에 대해 명시하고, (c) 이러한 ECA가 시작된 후의 최종 기일을 명시합니다(최종 기일은 통지서가 제공된 후 30일을 초과하지 않음).
 2. 30일 통지서에 EAP의 쉬운 말 요약서 사본이 포함되었습니다.
 3. Atlantic Health System 및/또는 제3자가 환자가 재정 지원 신청 과정에서 도움을 얻을 수 있는 방법과 EAP에 대한 내용을 환자에게 구두 통지하려는 적절한 노력을 기울였습니다.
- E. 환자가 FAP 의 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 되는지 여부를 확인하기 위해 적절한 노력을 기울인 사실이 확인된 경우, 제 3 자는 환자에 대해 다음의 ECA 를 실시해서 치료비를 징수할 수 있습니다.
1. 다음 사항을 포괄하는 법적 소송 또는 재판이 필요한 조치:
 - a. 환자의 부동산에 대한 담보권 설정, I.R.C. 섹션 501(r)에 달리 명시된 경우는 제외

- b. 환자의 은행 계좌 차압 또는 동결
- c. 환자에 대한 민사 소송 제기
- d. 환자의 임금 차압

2. ECA는 개인 상해 판결, 합의 또는 보상, 파산 신청의 소송에 대한 담보권을 포함하지 않습니다.

F. 완전하지 않은 재정 지원 신청이 접수된 경우, Atlantic Health System은 FAP 자격 결정을 내리기 위해 추가적인 정보나 문서가 필요하다는 내용의 서면 통지서를 환자에게 보낼 것입니다. Atlantic Health System은 완전하지 않은 재정 보조 신청이 제출되었음을 제3자에게 통지하며 제3자는 30일 기간동안 치료비 징수를 위한 ECA를 중지할 것입니다.

G. 완전한 재정 보조 신청이 접수된 경우, Atlantic Health System은 다음 사항이 실시되는지 확인하게 됩니다.

- 1. 환자에 대한 ECA가 중단됩니다.
- 2. 시기 적절하게 자격 심사 결정이 내려지고 문서화됩니다.
- 3. Atlantic Health System은 결정 사항과 결정 근거에 관한 내용을 서면상으로 환자에게 통지합니다.
- 4. FAP 적격 환자(해당되는 경우)가 지불해야 하는 금액, 금액이 결정된 방법, 그리고 해당 AGB 퍼센트 등을 명시한 업데이트된 청구서가 제공됩니다.
- 5. FAP 적격 환자가 지불해야 하는 금액보다 초과해서 지불된 경우, 초과분은 환불됩니다(해당되는 경우).
- 6. 제3자는 판결을 파기하거나 담보권 또는 차압을 풀어주는 것과 같이, 부채를 환수하기 위해 환자에 대해 내려진 ECA를 취소하기 위한 모든 적절한 방법을 취할 것입니다

H. 자격을 추정해서 결정을 내린 병원 시설이 있는 경우, 다음 사항이 요구됩니다.

- 1. 환자가 FAP에 따라 가장 호의적인 지원보다 적은 금액을 지원 받을 자격이 되는 것으로 추정해서 결정을 내린 경우, Atlantic Health System은 다음 사항을 진행할 것입니다.
 - a. 추정해서 내려진 EAP 자격 결정을 내린 근거에 관해 환자에게 통보하고 추가적인 지원을 신청하는 방법에 대해 설명합니다.

- b. ECA를 시작하기 전에 환자에게 추가 지원을 신청할 수 있는 적절한 시간을 제공해서 금액을 할인 받을 수 있도록 합니다.
- c. 완전히 작성된 재정 지원 신청서가 접수된 경우에 환자의 EAP 자격 상태를 다시 결정합니다.

참조 문헌:

Internal Revenue Service, 26 CFR Parts 1, 53, and 602, Additional Requirements for Charitable Hospitals; Community Health Needs Assessments for Charitable Hospitals; Requirement of a Section 4959 Excise Tax Return and Time for Filing the Return; Final Rule; N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52

Brian Gragnolati, 사장/CEO

Atlantic Health System, Inc. 페이지 10/13

날짜

부록 A

서비스 제공자 목록

Atlantic Health System, Inc.("Atlantic Health System") 재정 지원 정책("FAP")은 Atlantic Health System의 자회사인 AHS Hospital Corp.에 의해 청구되는 Atlantic Health System 병원 또는 제공자 기반 외래환자 시설이 제공하는 응급 치료 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다.

또한, FAP는 Atlantic Health System 병원에서 Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a Atlantic Medical Group("AMG") 의사가 제공하는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 입원환자 치료에 적용될 수도 있습니다. FAP는 Atlantic Health System 병원의 외부에서 제공되는 치료에 대해 AMG 의사가 청구하는 전문 서비스 비용에는 적용되지 않습니다.

Atlantic Health System 병원과 외래환자 시설에서 기타 제공자가 치료에 참여할 수 있습니다. 이러한 제공자가 상기에 구체적으로 명시되어 있지 않은 경우, 해당 제공자는 Atlantic Health System 재정 지원을 따르지 않습니다. 환자는 이러한 제공자에 의해 개별적으로 청구될 수 있으며 적절히 지불 계획을 세워야 합니다.

이러한 제공자 목록은 필요에 따라 분기별로 검토 및 업데이트됩니다. FAP 또는 이러한 제공자 목록과 관련된 질문에 대한 지원이 필요한 경우, 고객 서비스 부 1-800-619-4024번으로 전화해 주십시오. 페이지 11/12

부록 B

FAP, 재정 지원 신청서 및 PLS 등에 대한 번역본은 영어와 다음의 언어로 제공됩니다.

아랍어
아르메니아어
중국어
프랑스 크리올
그리스어
구자라티어
힌디어
이탈리아어
일본어
한국어
폴란드어
포르투갈어
러시아어
세르보크로아티아어
스페인어
타가로그어

소득 기준

“자선 진료 및 완화된 자선 진료 자격 기준

시행일: 2019 년 3 월 31 일 월요일

환자는 소득 및 자산 기준을 모두 충족해야 함

소득 기준

연간 총 소득이 다음 범위 내에 있는 경우

환자가 지불하는 청구 대금의 퍼센트

| | 대금의 0%를 환자가 지급 | 대금의 20%를 환자가 지급 | 대금의 40%를 환자가 지급 | 대금의 60%를 환자가 지급 | 대금의 80%를 환자가 지급 | 대금의 100%를 환자가 지급 |
|-------|----------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| 가구 규모 | <=200% | >200<=225% | >225<=250% | >250<=275% | >275<=300% | >300% |
| 1 | \$24,980 이하 | \$24,981 ~ \$28,103 | \$28,104 ~ \$31,225 | \$31,226 ~ \$34,348 | \$34,349 ~ \$37,470 | \$37,471 이상 |
| 2 | \$33,820 이하 | \$33,821 ~ \$38,048 | \$38,049 ~ \$42,275 | \$42,276 ~ \$46,503 | \$46,504 ~ \$50,730 | \$50,731 이상 |
| 3 | \$42,660 이하 | \$42,661 ~ \$47,993 | \$47,994 ~ \$53,325 | \$53,326 ~ \$58,658 | \$58,659 ~ \$63,990 | \$63,991 이상 |
| 4 | \$51,500 이하 | \$51,501 ~ \$57,938 | \$57,939 ~ \$64,375 | \$64,376 ~ \$70,813 | \$70,814 ~ \$77,250 | \$77,251 이상 |
| 5 | \$60,340 이하 | \$60,341 ~ \$67,883 | \$67,884 ~ \$75,425 | \$75,426 ~ \$82,968 | \$82,969 ~ \$90,510 | \$90,511 이상 |
| 6 | \$69,180 이하 | \$69,181 ~ \$77,828 | \$77,829 ~ \$86,475 | \$86,476 ~ \$95,123 | \$95,124 ~ \$103,770 | \$103,771 이상 |
| 7 | \$78,020 이하 | \$78,021 ~ \$87,773 | \$87,774 ~ \$97,525 | \$97,526 ~ \$107,278 | \$107,279 ~ \$117,030 | \$117,031 이상 |
| 8 | \$86,860 이하 | \$86,861 ~ \$97,718 | \$97,719 ~ \$108,575 | \$108,576 ~ \$119,433 | \$119,434 ~ \$130,290 | \$130,291 이상 |

가족 구성원이 8 인을 초과하는 가구의 경우, 추가되는 각 가족 구성원에 대해 각 열에서 가장 높은 금액에 다음 금액을 더하십시오.

\$8,840

\$9,945

\$11,050

\$12,155

\$13,260

* 임신한 여성은 2 명의 가족 구성원으로 계산됩니다.

20% ~ 80% 비용 연동 범위에 있는 환자가 연간 총 소득의 30%를 초과하는 본인 부담 유료 의료비를 지불할 책임이 있는 경우(예를 들어, 다른 당사자가 미지불한 청구서), 30%를 초과하는 금액은 병원 지불 지원금(자선 진료)으로 간주됩니다.

자산 기준

개인 자산은 \$7,500 를 초과할 수 없으며 가족 자산은 \$15,000 를 초과할 수 없습니다.

31 년 3 월