

ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER

재무 지원 정책

일반 요약

저희 재무 지원 정책(아래 참고 자료 참조)에 따라, 가입한 보험이 없고, Medicaid 또는 Charity Care 로부터 승인을 받지 않은 모든 환자들은 EHMC 에서 재무 지원을 받을 수 있습니다. 이에 해당하는 환자의 경우 실제 비용에서 “할인”을 받아 본인 부담금이 대폭 감소한 청구서를 받게 됩니다. 보험 미가입 환자에게는 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 할인된 비용을 초과하는 비용이 청구되지 않습니다.

모든 보험 미가입 환자는 자동으로 자격 대상이 되어 상기에 설명된 할인을 받을 수 있으므로 재무 지원을 신청할 필요가 없습니다. 보험 미가입, 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 치료 이외의 다른 필수 자격 기준은 없습니다.

다음 정책은 Englewood Hospital and Medical Center 웹 사이트

www.Englewoodhealth.org 에서 확인할 수 있습니다.

재무 지원 정책

뉴저지 병원 의료비 지원 프로그램(Charity Care)

청구 및 수급 정책

상기 정책의 사본은 EHMC(주소: 350 Engle St. Englewood, NJ 07631)의 등록처 및 재무 상담 부서에서도 받을 수 있습니다.

상기에 언급한 정책의 무료 사본을 우편으로 받으실 수도 있습니다. 정책 사본을 받으시려면

(201) 894-3031 번으로 전화해 주십시오. 재무 지원 정책에 대해 궁금한 사항은 월요일-금요일, 오전 9 시-오후 5 시 사이에 담당자에게 (201) 894-3031 번으로 연락해 문의하실 수 있습니다.

상기의 정책은 다음의 언어로 제공됩니다.

영어

스페인어

한국어

중국어

러시아어

일본어

이탈리아어

타갈로그어

아랍어

구자라트어

그리스어

포르투갈어/포르투갈 크리올어

세르비아 크로아티아어

아르메니아어

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호. : 400.35
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 금융 지원 정책	날짜: 1/1/2016
		1/3 페이지
		대체: 신규
		검토:

정책

EHMC(Englewood Hospital and Medical Center)는 환자의 지불 능력에 관계없이 모든 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 대해 모든 환자를 치료합니다. EHMC는 N.J.S.A §26:2H-12.52 “특정 비보험 환자에 대한 비용 제한”에 명시된 청구 지침에 따라 채택 및 확대되었으며, 소득에 관계없이 모든 비보험 환자에게 금융 지원을 제공합니다. 이 정책은 EHMC가 제공하는 모든 의학적으로 필요한 진료 및 비상 진료 서비스에만 적용되며, 해당 진료와 관련된 전문가 서비스에는 적용되지 않습니다.

절차

- 1.) 뉴저지 주 의료비 보조(뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(Hospital Care Payment Assistance Program)/자선 진료 정책(Charity Care Policy) 참고)를 신청하지 않은 모든 비보험 환자에게는 총액에서 일정 비율이 청구됩니다. 주 법률에서 요구하는 바와 같이, 이러한 감액은 EHMC 메디케어 요율의 115%와 같습니다. EHMC는 모든 메디케어 지불금을 이전 12개월에 대한 모든 메디케어 총액으로 나누는 “Look-Back Method”를 사용해 청구할 금액을 결정합니다. 이 방법에 대한 예외는 미용 성형외과 같이 의학적으로 반드시 필요하지는 않은 특정 절차에 대한 자선 결정자가 지불 요율이 있는 경우입니다.
- 2.) EHMC는 모든 데이터를 활용해 IRS 섹션 501(r) 규정에 따라 위의 #1 에 정의되고 계산된 비율을 501(r)에 정의된 “Look-Back Method”와 비교하며, 환자 할인 비율을 두 가지 중 큰 비율까지 조절합니다. 계산은 501(r)에 따라 전체적으로 이루어져 개별 서비스 기준이 아니라 모든 비보험 서비스에 적용될 할인 비율을 결정합니다. 계산은 매년 이루어지며 연말 이후 60일 이내에 시행됩니다.

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호. : 400.35
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 금융 지원 정책	날짜: 1/1/2016
		2/3 페이지
		대체: 신규
		검토:

- 3.) 모든 비보험 환자 청구액이 자동으로 위의 #1에 기술된 총액의 비율로 감액되기 때문에 비보험 환자는 금융 지원을 신청할 필요가 없습니다. 환자가 보험이 없으며 서비스가 비상 또는 의학적인 필요에 따라 제공된다는 것 외에 “제한” 기준은 없습니다.
- 4.) 환자의 보험 회사에서 다음과 같은 이유로 청구를 거부하는 경우, 혜택 소진, 실험, 의학적 필요성, 기존 조건, 비적용 대상 청구 등. 위의 #1에 기술된 바와 같이 환자에게 총액의 비보험 비율로 청구됩니다.
- 5.) 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(Hospital Care Payment Assistance Program)/뉴저지 주 의료비 보조 프로그램을 통한 지원 신청 절차에 대한 자선 진료 정책(Charity Care Policy)/EHMC의 자선 진료
- 6.) EHMC 청구 및 징수 절차는 청구 및 징수 정책을 참조하십시오.
- 7.) 이 정책은 메디컬 센터 내 모든 환자 접근 구역 및 모든 EHMC 이외의 장소는 물론이고 금융 지원 부서에서 하드카피로 확인할 수 있습니다. 이 정책은 또한 EHMC 웹사이트(www.inglewoodhealth.org)에서 확인할 수 있습니다.

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호. : 400.35
정책 및절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 금융 지원 정책	날짜: 1/1/2016
		3/3 페이지
		대체: 신규
		검토:

	<p>승인자:</p> <p>Warren Geller, 회장 겸 CEO</p>

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.34
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 뉴저지 의료비 보조 프로그램(자 선 진료) 정책	날짜: 1/1/2016
		페이지 1/4
		대체: 신규
		검토:

정책

EHMC(Englewood Hospital and Medical Center)는 환자의 지불 능력에 관계없이 모든 응급 및 의학적으로 필요한 진료에 대해 모든 환자를 치료합니다. EHMC는 뉴저지 주 보건복지부가 규정한 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)에 대한 규정을 따릅니다.

뉴저지 주 보건복지부가 규정한 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)은 입원 및 외래 응급 및 의학적으로 필요한 진료를 받는 환자에게 제공되는 무료 또는 감액 치료입니다. 이 프로그램에는 병원비만 포함되며 전문가 서비스를 위한 비용에는 적용되지 않습니다.

절차

- 1.) 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)은 다음과 같은 뉴저지 주 주민이 이용할 수 있습니다.
 - a.) 건강 보험이 있거나 청구비의 일부만 지불하는 보험이 있는 사람
 - b.) (메디케이드 같은) 민간 또는 정부 후원 보험에 대해 자격이 없는 사람
 - c.) 소득과 자산이 자격 기준을 모두 충족하는 사람
- 2.) 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)은 뉴저지 주 주민이 아니지만 특별 조항이 적용되는 사람이 이용할 수 있습니다.
- 3.) 뉴저지 주 보건복지부가 정의한 소득 기준은 다음과 같습니다.

소득(HHS 재산 소득
기준의 비율)

환자가 지불하는
비율

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.34
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 뉴저지 의료비 보조 프로그램(자 선 진료) 정책	날짜: 1/1/2016
		페이지 2/4
		대체: 신규
		검토:

200% 이하	0%
200% 이상, 225% 이하	20%
225% 이상, 250% 이하	40%
250% 이상, 275% 이하	60%
275% 이상, 300% 이하	80%
300% 이상	100%
4.) 비용 연동 범위(sliding fee scale)가 20%~80%인 환자가 연간 총소득의 30%를 초과하여 제한적인 현금 지불 의료비(즉 다른 당사자들이 지불하지 않은 청구비)를 부담하는 경우, 30%를 초과하는 금액은 의료비 보호(자선 진료)로 간주됩니다.	
5.) 뉴저지 주 보건복지부가 정의한 자산 기준은 다음과 같습니다.	
<p>개인과 가족의 자산은 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(자선 진료)에 대해 뉴저지 주 보건복지부가 정한 한계치 이하이어야 합니다. 환자의 자산이 한계치를 초과하는 경우, 환자는 자산을 초과금을 병원 청구비 및 다른 승인된 현금 의료비에 지불하여 자격 한계로 “낮출” 수 있습니다.</p>	
6.) 신청 과정	
<p>환자는 금융 상담 부서((201) 894-3031)에 전화하여 우편으로 신청서를 보내 주도록 요청하면 뉴저지 주 의료비 보조(자선 진료)에 신청할 수 있습니다. 그 외에 금융 지원 부서의 담당자에게 신청할 수도 있습니다. 환자는 급여 명세서, 입출금 내역서, 소득 신고서 등</p>	

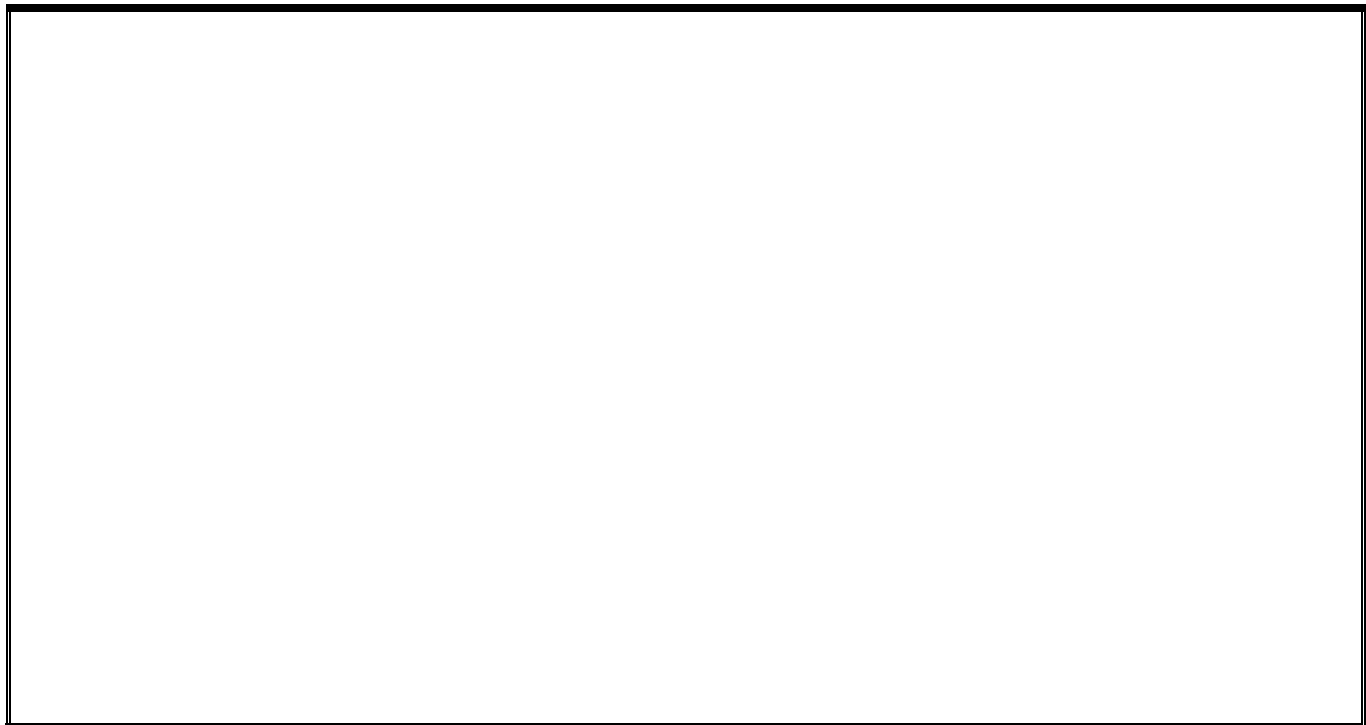
EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.34
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 뉴저지 의료비 보조 프로그램(자선 진료) 정책	날짜: 1/1/2016
		페이지 3/4
		대체: 신규
		검토:

의 사본과 함께 소득 및 자산 증빙 자료를 제공해야 합니다.

환자는 서비스일로부터 최대 1년까지 뉴저지 주 의료비 보조(자선 진료)를 신청할 수 있습니다. 환자는 신청 결과를 나타내는 자선 진료 확인서/카드를 받습니다.

- 7.) 뉴저지 주 의료비 보조(자선 진료)를 신청하는 환자를 선별하여 병원 청구비를 지불할 수 있는 제3자 보험 혜택 또는 (메디케이드 같은 의료 지원 프로그램)에 대한 잠재적 자격 여부를 판단해야 합니다. 환자는 다른 의료비 지원 프로그램에 대한 자격이 없는 것으로 판단될 때까지 뉴저지 주 의료비 보조(자선 진료) 자격이 없을 수 있습니다.
- 8.) EHMC는 주당 최소 3일 동안 메디컬 센터의 현장에 있으면서 메디케이드에 대한 자격이 있는 것으로 간주되는 환자에 대한 메디케이드 신청을 지원하는 버진 카운티 사회복지 위원회(Bergen County Board of Social Services)의 직원입니다.
- 9.) EHMC 금융 지원 지침은 금융 지원 정책을 참조하십시오.
- 10.) EHMC 청구 및 징수 절차는 청구 및 징수 정책을 참조하십시오.
- 11.) 이 정책은 메디컬 센터 내 모든 환자 접근 구역 및 모든 EHMC 이외의 장소는 물론이고 금융 지원 부서에서 하드카피로 확인할 수 있습니다. 이 정책은 또한 EHMC 웹사이트(www.inglewoodhealth.org)에서 확인할 수 있습니다.

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.34
정책 및절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 뉴저지 의료비 보조 프로그램(자 선 진료) 정책	날짜: 1/1/2016
		페이지 4/4
		대체: 신규
		검토:



	승인자: Warren Geller, 회장 겸 CEO
--	-------------------------------------

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.36
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 청구 및 징수 절차	날짜: 1/1/2016
		페이지 1/3
		대체: 신규
		검토:

정책

EHMC(Englewood Hospital and Medical Center)는 환자의 지불 능력에 관계없이 모든 응급 및 의학적으로 필요한 진료에 대해 모든 환자를 치료합니다. 이 정책은 EHMC를 위한 모든 청구 및 징수 활동에만 적용되며, 전문가 서비스를 위한 청구 및 징수 활동에는 적용되지 않습니다.

절차

- 1.) 모든 보험 환자에 대한 청구서는 EHMC가 환자의 보험 회사로 직접 발송합니다. 보험 회사에서 다음과 같은 이유로 청구를 거부하는 경우, 혜택 소진, 실험, 의학적 필요성, 기존 조건, 비적용 대상 청구 등. 금융 지원 정책에 기술된 바와 같이 환자에게 총액의 비보험 비율로 청구됩니다.
- 2.) 환자의 보험에 청구 비용을 지불하고 환자가 지불해야 할 공제, 공동 지불 또는 공동 보험금액이 있는 경우, EHMC는 환자에게 보험 회사에서 환자 책임으로 지정한 금액을 청구합니다.
- 3.) 비보험 환자에 대한 청구액은 금융 지원 정책에서 기술된 총액 요금의 비율로 감액됩니다.
- 4.) 환자 책임으로 간주되는 전체 잔액에 대해서는 EHMC에서 환자에게 청구 명세서 및 청구 서신을 발송합니다. 청구 명세서 및 청구 서신에는 금융 지원 이용 가능성에 대한 정보가 포함됩니다.
- 5.) 금융 상담 부서(Financial Counseling Department)의 직원은 환자의 책임으로 간주되는 5,000달러를 초과하는 미지불 잔액에 대해 전화로 환자에게 연락을 시도하게 됩니다. 환자

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.36
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 청구 및 징수 절차	날짜: 1/1/2016
		페이지 2/3
		대체: 신규
		검토:

와 대화를 나누는 동안 금융 지원의 이용 가능성에 대해 설명합니다. 모든 전화는 금융 시스템에 문서로 작성됩니다.

- 6.) 금융 지원 외에, 지불 계획서가 환자에게 제공됩니다. 환자는 매달 미지물 잔액을 지불할 수 있습니다. 지불 계획은 1년 동안 인정됩니다. 1년이 지난 지불 계획은 금융 상담 관리자(Financial Counseling Manager)가 승인해야 합니다.

- 7.) 환자가 지불해야 할 전체 미지물 잔액은 EHMC의 징수 노력이 실패한 후에 외부 징수 기관으로 의뢰됩니다. 징수 기관은 환자에게서 지불금을 받으려고 시도합니다. 지불금 전액을 받지 못하면 징수 기관은 환자에게 우편으로 임금 차압, 은행 계좌 압류 및 뉴저지 주에 소유하고 있는 재산에 대한 유치권 설정을 포함하는 판결문 제출을 포함할 수 있는 IRS 501(r)절에 정의된 특별 징수 조치(Extraordinary Collection Actions, ECAs)를 진행할 수 있음을 통지합니다. 징수 기관에서는 ECAs를 시작하기 30일 전까지 서면으로 통지해야 합니다. 징수 기관에서는 EHMC가 발송한 첫 번째 사후 면제 청구 명세서의 날짜로부터 120일 내에는 ECAs를 시작할 수 없습니다.

- 8.) 외부 징수 기관에 대한 모든 의뢰는 금융 상담 관리자의 승인을 받습니다.

- 9.) EHMC 금융 지원 지침은 금융 지원 정책을 참조하십시오.

- 10.) 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(Hospital Care Payment Assistance Program)/뉴저지 주 의료비 보조 프로그램을 통한 지원 신청 절차에 대한 자선 진료 정책(Charity Care Policy)/EHMC의

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호.: 400.36
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 청구 및 징수 절차	날짜: 1/1/2016
		페이지 3/3
		대체: 신규
		검토:

자선 진료	
<p>11.) 이 정책은 금융 상담 부서에서 요청할 경우 이용할 수 있습니다. 이 정책은 또한 EHMC 웹사이트(www.englewoodhealth.org)에서 확인할 수 있습니다.</p>	
	<p>승인자:</p> <p>Warren Geller, 회장 겸 CEO</p>