

## 재정 지원 정책

아트리움 헬스(Atrium Health), 오로라 헬스 케어(Aurora Health Care), 애드보케이트 헬스(Advocate Health) 및 계열사 (총체적으로 애드보케이트 헬스)는 지불 능력에 관계없이 모든 환자의 건강과 복지를 돌보는 데 전념하고 있습니다. 애드보케이트 헬스는 다양한 프로그램의 적용 범위를 확보하고 이 정책에 명시된 바와 같이 도움이 필요한 사람들에게 재정 지원을 확대하기 위해 서비스를 지원하는 지역 사회에서 적격 환자를 돕기 위해 최선을 다하고 있습니다. 이 정책은 애드보케이트 헬스의 재정 지원 프로그램과 관련된 절차, 요구 사항 및 자격 기준을 설명합니다.

애드보케이트 헬스는 다음과 같은 목표를 가지고 적격 개인에게 보험 지원 및 재정 지원을 제공합니다.

- 애드보케이트 헬스의 핵심 가치인 "배려"를 실현합니다.
- 재정 지원을 받기 전에 환자가 다른 보험 기회를 소진하도록 합니다.
- 환자의 지불 능력에 따라 재정 지원을 제공합니다.
- 애드보케이트 헬스가 재정 지원에 대해 관련한 해당 연방 및/또는 주 규정을 준수하는지 확인합니다.
- 환자의 부담을 최소화하고 관리 비용의 효율적인 절차를 수립합니다.

애드보케이트 헬스는 연방 EMTALA 규정을 준수하여 환자의 지불 능력에 관계없이 항상 응급 치료를 제공합니다.

이 정책은 다음에서 청구한 의료 서비스에 적용됩니다.

- 위스콘신 오로라 헬스 케어 병원에서 제공한 애드보케이트 오로라 헬스(Advocate Aurora Health, Inc.) 법인 또는 참여 제공자
- 위스콘신 오로라 헬스 케어에 재직 중인 의료 전문가
- 위스콘신 참여 제공자
- 일리노이 애드보케이트 헬스 병원
- 일리노이 애드보케이트 헬스에 재직 중인 의료 전문가 또는 일리노이 참여 제공자
- 아트리움 헬스 시설 또는 아트리움 헬스 메디컬 그룹

애드보케이트 헬스에 고용되지 않고 애드보케이트 헬스 재정 지원 정책으로 보장되지 않는 시설 및 의료 서비스 제공자 그룹 목록은 저희 재정 지원 웹페이지에서 확인할 수 있습니다.

아트리움 헬스: <https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance>

애드보케이트 헬스 케어: <http://www.advocatehealth.com/financialassistance>

오로라 헬스케어: <http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance>

## 용어 정의

본 정책에서 사용되는 용어는 다음과 같이 해석됩니다.

일반적으로 청구되는 금액 (AGB): 응급 또는 다른 의학적으로 필요한 치료를 보장하는 보험이 있는 개인에게 그러한 치료에 대해 일반적으로 청구되는 금액. 재정 지원을 받을 자격이 있는 사람에게 피보험자 환자에게 일반적으로 청구하는 금액보다 더 많이 청구하지 않습니다. AGB 는 연간 메디케어와 모든 민간 타사 보험사가 12 개월 동안 의학적으로 필요한 병원 서비스에 대한 허용된 청구 건의 평균을 구하는 검토 방법을 사용하여 계산합니다. AGB 산출에 관한 정보는 애드보के이트 헬스 웹사이트에서 온라인으로 애드보के이트 헬스 청구 및 징수 정책을 참조하거나 고객 지원으로 전화하실 경우, 위스콘신 오로라 헬스 케어 1-800-326-2250 으로, 일리노이 애드보के이트 헬스 시설 및 의료 기관은 847-795-2300, 아트리움 헬스 시설 및 의료 기관은 704-512-7171 로 전화하여 요청할 수 있습니다.

선택적: 요청한 의료 서비스 제공자의 의견에 의하면 필요하지 않거나 미용 목적 또는 안전하게 연기할 수 있는 서비스.

적격 환자: 본 정책에 명시된 재정 지원 자격 요건을 충족하는 환자.

응급 처치: 의료 기관의 의견에 따라 환자의 건강을 심각한 위험에 빠뜨리거나 신체 기능에 심각한 장애, 장기 또는 신체 부위의 심각한 기능 장애를 예방하기 위해 필요한 즉각적인 치료.

EMTALA: 애드보के이트 헬스는 개인의 치료 비용을 지불 여부 또는 본 정책에 따른 자격 여부와 관계없이 개인에게 응급 의료 상황에 대한 치료를 차별 없이 제공해야 합니다. 이러한 치료는 연방 응급 의료 치료 및 분만법(EMTALA), 사회 보장법 (42 U.S.C. 1395dd)의 제 1867 절에 따라 제공됩니다.

연방 빈곤 지침 (FPG): 42 U.S.C. 9902(2)의 권한에 따라 미국 보건복지부가 연방 등록부에 정기적으로 정한 가계 소득 기준치.

재정 전문가/재정 상담가: 애드보के이트 헬스 팀원들은 환자의 현재 재정 상황을 검토하여 이용 가능한 보장 범위 및 재정 지원 프로그램을 결정하고, 그런 환자들이 이용할 수 있는 프로그램에 등록하도록 지원하며, 환자에게 치료 비용에 대해 안내하며 환자의 재정적 책임을 전반적으로 관리할 수 있도록 지원합니다.

재정 지원 점수(FAS 점수): 환자의 재무 현황을 뒷받침하기 위해 선제적이며 일관적이고 자동화된 메커니즘을 제공하는 타사 공급업체에서 제공하는 정보입니다.

일반적으로 인정되는 의료 행위 표준: 의사 전문 학회 권장 사항, 해당 임상 분야에서 진료하는 의사의 관점 및 기타 관련 요인을 포함하여 관련 의료 커뮤니티에서 일반적으로 인정받는 동료 심사를 거친 의학 문헌에 발표된 신뢰할 수 있는 과학적 증거를 기반으로 하는 표준.

가구: 환자의 세금 신고 작성 여부와 관계 없이 연방 소득세 신고에 포함될 수 있는 환자 및 개인 (예: 배우자, 자녀, 또는 기타 부양 가족).

가계 금융 소득: 가구에 거주하는 특정 개인이 12 개월 동안 받은 모든 소득 원천의 합계로서 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- 연간 가계 세전 고용 수익.
- 실업 수당
- 근로자 상해 보험
- 사회 보장 및 생활 보조금
- 제대군인 보훈급여
- 연금 또는 퇴직소득
- 임대료, 위자료, 양육비 및 출처에 관계없는 모든 다른 잡다한 소득을 포함한 기타 해당 소득

피보험자: 제 3 자 보험사의 보험에 가입되어 있는 환자.

의료 그룹: 애드보케이트 헬스에 고용된 의료인이 제공하는 전문 의료 서비스.

의학적으로 필요: 신중한 임상 판단력을 발휘하는 의료인이 환자의 질병, 부상, 질환, 또는 증상을 평가하거나 진료 또는 치료하는 목적으로 제공하며, 일반적으로 인정되는 의료 행위 표준 및/또는 임상적 적절성에 따르며 빈도, 범위, 부위 및 기간 측면에서 환자의 질병, 부상 또는 질환에 효과적이라고 판단되는 의료 서비스.

기타 보험 선택지: 보험 지원 및 재정 지원 심사 하에 계정에서 제 3 자 지불을 제공하는 선택지. 근로자 상해 보험, 메디케어 및 메디케이드와 같은 정부 정책, 주/연방 기관 정책, 피해자 지원 등 또는 차량 또는 기타 사고로 인한 제 3 자 책임 보험.

참여 제공자: 애드보케이트 헬스 병원에서 제공하는 청구 가능한 서비스와 관련하여 본 정책을 준수하기로 동의한 독립적인 의료 서비스 제공자. 의료인에게 직접 연락하여 참여 제공자인지 확인할 수 있습니다.

평이한 언어 요약 (PLS): 자격 기준 및 재정 지원 신청 방법을 이해하기 쉽게 단순화된 본 정책의 요약.

추정 적격성: 주 법률 및 규정에 따라 재정 지원 신청서를 작성하지 않고 보험에 가입하지 않은 환자의 재정적 필요성을 입증하는 것으로 간주되는 특정 기준에 따라 재정 지원 자격 결정.

제 3 자 보험사: 보험 회사, 근로자 상해 보험, 메디케어 및 메디케이드와 같은 정부 정책, 주/연방 기관 정책, 피해자 지원 또는 차량 또는 기타 사고로 인한 제 3 자 책임 보험을 포함하여 환자를 대신해 지급을 보장하는 모든 당사자. 메디세어를 포함하되 이에 국한되지 않는 의료 비용 분담 계획은 제 3 자 보험사로 간주되지 않습니다.

본인 부담금 잔액: 적용 가능한 할인 후 환자 또는 환자의 보증인이 법적으로 지불 책임이 있는 환자 청구서의 몫.

보험 미가입 환자: 제 3 자 보험사에 따라 잔액 또는 일부가 보장되지 않고 공공 또는 민간 건강 보험 또는 기타 의료 보험 프로그램(민간 보험, 메디케어, 메디케이드 또는 범죄 피해자 지원을 포함하되 이에 국한되지 않음)의 수혜자가 아니며 근로자 상해 보험, 자동차 보험, 책임 보험 또는 기타 제 3 자 보험의 목적으로 보상할 수 없는 부상을 지닌 환자로, 애드보케이트 헬스에서 제공한 의료비 지불을 위해 환자가 직접 제공하거나 다른 출처에서 획득한 문서와 정보를 바탕으로 애드보케이트 헬스에서 결정합니다.

## 보험에 가입하지 않은 환자

보험에 가입하지 않은 환자는 애드보케이트 헬스 재정 전문가/재정 상담가 팀원이 완료한 자동화된 절차나 보험 지원 절차를 통해 재정 지원을 위한 심사를 받게 됩니다. 애드보케이트 헬스 재정 전문가/재정 상담가는 재정 지원 자격을 결정하기 전에 다른 보험 기회에 대한 지원을 요청하는 보험에 가입하지 않은 환자를 검토합니다.

### 보험 지원 절차

- 병원에 입원했거나 외래 환자 서비스를 받아 의료비가 많이 발생한 무보험 환자는 애드보케이트 헬스 재정 전문가/재정 상담가 팀과 면담을 하게 됩니다. 면담에서는 환자의 보험 선택지(즉, 메디케이드)에 대한 대상 적격성을 평가하는 데 필요한 정보와 재정 지원 적격성을 결정하는 데 필요한 정보를 수집합니다.
- 보험에 가입하지 않은 환자가 퇴원 전에 면담을 하지 않는 경우, 애드보케이트 헬스 재정 전문가/재정 상담가가 면담을 완료하는 데 필요한 정보를 수집하기 위해 환자에게 연락을 시도합니다. 또한, 환자는 재정 전문가/재정 상담 팀의 서신에 제공된 번호로 전화를 걸거나 고객 지원에 전화 또는 신청서를 다운로드하여 재정 전문가/재정 상담 팀에 우편을 보내는 것으로 면담을 시작할 수 있습니다.

- 만약 보험 지원 절차에서 환자가 다른 보험 기회(즉, 메디케이드)를 받을 가능성이 높다고 나타날 경우, 환자는 재정 전문가/재정 지원 팀의 도움을 받아 애드보케이트 헬스 재정 지원을 위한 자격을 받기 전에 이러한 보험 기회를 추구해야만 합니다.
- **환자가 보험 선택지를 찾는 과정에서 전적으로 협조하지만**, 추후 환자의 규정 미준수 이외의 이유로 그러한 보장이 불가능하거나 거부되는 것으로 판명되면 애드보케이트 헬스는 환자의 재정 지원 자격 여부를 결정합니다.
- **보험 지원 절차에 전적으로 협조하지 않는 무보험 환자는 재정 지원을 받을 자격이 없는 것으로 간주됩니다.** 여기에는 메디케이드 또는 기타 보험 선택지를 신청하는 과정에서 재정 전문가/재정 상담 팀 및 주 또는 연방 기관에 전적으로 협조하는 것이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.
- 보험 지원 절차에 전적으로 협조하지 않아 재정 지원을 받을 수 없는 것으로 간주된 환자는 고객 서비스에 연락하여 지불 선택지를 논의할 수 있습니다.

### 보험 적용 지원: 재정 지원 자격 기준

- 일리노이, 위스콘신<sup>1</sup>, 노스캐롤라이나, 사우스캐롤라이나, 조지아 또는 앨라배마에 거주하는 보험에 가입하지 않은 환자.
- 애드보케이트 헬스 시설 또는 애드보케이트 헬스 참여 제공자에게서 비선택적이며, 의학적으로 필요한 서비스를 받는 비보험 환자.
- 다른 보험 선택지(즉, 메디케이드)<sup>2</sup>를 결정하고 찾는 과정에서 전적으로 협조하는 비보험 환자.
- 심사 중인 계정에 대한 다른 모든 보험 선택지가 부적합한 보험에 가입하지 않은 환자.
- 환자의 가구 총소득을 검토 시점에 유효한 연방 빈곤 지침(FPG)과 비교하여 적격성을 판단할 것입니다.
- 연방 빈곤 지침(FPG)의 0%에서 300% 사이의 가구 소득으로 위의 모든 기준을 충족하는 비보험 환자는 100% 재정 지원을 받을 수 있습니다.
- 아트리움 헬스 환자: 연방 빈곤 지침(FPG)의 301%~400% 가구 소득을 가진 위의 모든 기준을 충족하는 비보험 환자는 총 비용에서 75% 재정 지원 할인을 받을 수 있습니다.
- 일리노이 환자만 해당: 연방 빈곤 지침(FPG)의 301%에서 600% 사이의 가구 소득을 가진 위의 모든 기준을 충족하는 비보험 환자는 HUPDA<sup>3</sup> IL 주 규제 요건에 따라 재정 지원 할인을 받을 수 있습니다.

<sup>1</sup> 경계 지역의 애드보케이트 헬스 시설 또는 애드보케이트 헬스 참여 제공자 근방의 미시간 지역에 거주하는 보험에 가입하지 않은 환자.

<sup>2</sup> 기존 검소파 공동체의 회원으로 확인되거나 보험 가입 기회 신청에 협력하는 능력을 금지하는 신념 체계를 가진 환자에게는 본 정책에 명시된 재정 지원 프로그램에 대한 대체 선택지가 주어집니다. 이에는 가계 곤란 결제 할인을 신청하는 것이 포함되며, 자격을 갖춘 환자는 미납 금액에서 최대 75% 할인을 받을 수 있습니다.

<sup>3</sup> 2009년 4월 1일부터 시행 중인 일리노이주 병원 무보험 환자 할인법(210 ILCS 89/1)(HUPDA)에 따라 FPG의 4-6배의 가족 소득 환자에 대한 재정 지원 자격은 일리노이 거주 환자와 의학적으로 필요한 비용으로 제한됩니다. 애드보케이트 헬스는 병원의 비용 대비 청구 비율의 135%에 대한 할인을 AGB와 비교하여 환자에게 더 관대한 할인을 적용했습니다. HUPDA에 따라 환자가 애드보케이트 헬스에 지난 12개월 내의 이전 재정 지원 승인을 고지할 경우 환자에게 청구되는 금액은 환자의 총 연간 소득의 20%로 제한됩니다.

## 재정 지원 접수(FAS)

납부액이 적은 외래 환자 계정이 있는 무보험 환자는 제 3 자 전자 심사 도구를 사용하여 재정 지원을 위한 평가가 자동으로 진행됩니다.

- 제 3 자 심사 절차는 본 정책에 명시된 100% 재정 지원 기준을 충족하는 환자를 확인합니다.
- 환자는 FAS 절차를 통해 평가되는 서비스에 대한 신청서를 작성할 필요가 없습니다.

## FAS 자격

- 일리노이, 위스콘신, 노스캐롤라이나, 사우스캐롤라이나, 조지아 또는 앨라배마에 거주하는 비보험 환자.
- 애드보케이트 헬스(Advocate Health) 시설 또는 애드보케이트 헬스(Advocate Health) 참여 제공자에게서 비선택적이며 의학적으로 필요한 외래 환자 서비스를 받는 비보험 환자.
- 다른 보험 선택지(즉, Medicaid)를 결정하고 찾는 과정 내내 전적으로 협조하는 비보험 환자.
- 검토 중인 계정에 대한 다른 모든 보험 선택지가 부적합한 보험에 가입하지 않은 환자.
- 연방 빈곤 지침(FPG)의 0%에서 300% 사이의 가구 소득으로 위의 모든 기준을 충족하는 비보험 환자.

## FAS 절차

- 재정 지원 자동화에 대한 자격은 계정을 기반으로 합니다.
- 자격 여부를 결정하는 데 사용되는 정보는 보험에 가입하지 않은 외래 환자 계정에 대해 제 3 자 공급업체로부터 획득합니다.
- 환자의 소득이 100% 재정 지원에 대한 FPG 기준 내에 속할 가능성을 나타내는 제 3 자 공급업체의 정보를 바탕으로 적격성이 결정됩니다.
- 재정 지원 연장 전, 계정은 메디케이드나 기타 보험 기회를 위해 검토될 수 있습니다.
- FAS 절차를 통해 자격을 갖춘 계정은 100% 재정 지원을 제공받습니다.
- FAS 절차를 통해 병원 서비스에 대한 재정 지원 부적격 환자는 재정 지원 검토를 신청하는 방법에 대한 정보가 담긴 거절 통지서를 받게 됩니다.
- FAS 절차를 통해 재정 지원 부적격 무보험 환자는 재고를 위한 재정 지원 신청서를 제출할 수 있습니다. 재정 지원 자격은 메디케이드 또는 다른 보험 기회를 찾는 과정 동안 전적으로 협조하는 환자에게 달려 있습니다.

## **보험 가입 환자**

보험 가입 환자에 대한 재정 지원은 환자가 청구서를 받으면 이용할 수 있습니다. 환자는 우편을 통해 신청서를 작성하거나 고객 서비스에 전화하여 재정적 지원을 위한 검토를 요청함으로써 절차를 시작할 수 있습니다.

### 보험 가입 환자에 대한 재정 지원 자격 기준:

- 일리노이, 위스콘신, 노스캐롤라이나, 사우스캐롤라이나, 조지아 또는 앨라배마에 거주하는 보험 가입 환자.
- 애드보케이트 헬스 시설 또는 애드보케이트 헬스 참여 제공자에게서 비선택적이며 의학적으로 필요한 서비스를 받는 보험 가입 환자.
- 애드보케이트 헬스 응급실에서 받은 서비스를 제외하고, 환자의 제 3 자 보험사 혜택 플랜에 따라 애드보케이트 헬스 시설 또는 애드보케이트 헬스 제공업자(또는 참여 제공자)의 네트워크 내<sup>1</sup>에 있는 보험 가입 환자.

- 완전히 판결된 청구건으로 본인 부담금 잔액이 있는 보험 가입 환자.
- 해당되는 경우, 지불 문제를 해결하기 위해 제 3 자 보험사와 전적으로 협조한 보험 가입 환자. 즉, 보험금 관련 질문, 사고 정보 등.
- 기타 2 차 보험 선택 결정에 전적으로 협조하는 보험 가입 환자.
- 심사 중인 계정에 대한 기타 모든 2 차 보험 선택지에 부적격으로 판정된 보험 가입 환자.
- 연방 빈곤 지침(FPG)의 0%에서 300% 사이의 가계 소득으로 위의 모든 기준을 충족하는 보험 가입 환자는 검토 중인 본인 부담 잔액에 대해 100% 재정 지원을 받게 됩니다.

<sup>1</sup> 노스캐롤라이나 의료 부채 완화 계획의 목표에 따라 노스캐롤라이나에 거주하고 노스캐롤라이나 아트리움 헬스 병원에서 서비스를 받는 보험 가입 환자는 보험 상품의 네트워크 상태와 관계없이 자격을 얻을 수 있습니다.

## 재정 지원을 받을 수 없는 서비스

다음의 서비스에는 재정 지원이 부적격합니다.

- 선택적 및/또는 미용 목적 치료
- 의학적으로 필요하지 않은 치료
- 보완/대체 의학
- 불임 치료
- 해외 및 맞춤형(Global & Executive) 의료 서비스
- 산업 보건 서비스
- 소매 서비스
- 패키지 가격의 서비스
- 다른 병원 또는 제공업체 정책에 따라 선불로 지불해야 하는 치료
- 보험 가입 환자의 경우, 애드보케이트 헬스 응급실에서 받은 서비스를 제외하고 환자의 제 3 자 혜택 플랜에 따른 네트워크에서 벗어난 서비스
- 보험 가입 환자의 경우, 환자의 제 3 자 보험사가 보장하지 않는 서비스

## 무보험 및 보험 가입 환자에 대한 재정 지원 자격 결정

- 재정 전문가/재정 상담가는 보험 선택지(즉, 메디케이드)에 대한 환자의 적격성을 평가하는 데 필요한 정보와 재정 지원 적격성을 결정하는 데 필요한 정보를 수집하기 위해 보험에 가입하지 않은 환자들과 면담하려 노력합니다. 면담하지 않은 환자는 재정 전문가/재정 상담 팀의 서신에 제공된 번호로 전화를 걸거나 고객 서비스에 전화 또는 신청서를 다운로드하여 재정 전문가/재정 상담 팀에 우편으로 보내 면담을 시작할 수 있습니다.
- 보험 가입 환자는 청구서를 받은 후 고객 서비스에 전화하거나 신청서를 다운로드하여 재정 전문가/재정 상담 팀에 우편으로 송부하여 신청할 수 있습니다.
- 환자로부터 얻은 정보 외에도, 제 3 자 출처의 정보가 환자의 재정 지원 적격성을 결정하는 데 이용될 수 있습니다. 여기에는 다음과 같은 사항이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.
  - FPG 대비 예상 가계 소득)
  - 공공 지원 범위에 대한 정보를 제공하는 주 포털 및/또는 데이터베이스

- 건강 보험, 메디케이드 및 공공 지원 보험에 대한 자격을 검색하고 확인하는 적격성 도구
- 해당되는 경우, 제 3 자 출처의 정보는 면담 및/또는 재정 지원 신청서에서 환자가 제공한 정보를 검증하는 데 사용됩니다. 제 3 자 출처의 정보와 환자가 제공한 정보 간에 불일치가 있는 경우, 환자는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 추가 문서를 제출하도록 요청받을 수 있습니다.
- 환자의 가장 최근 연도 세금 보고서, W-2, 환자의 소득세 서류, 수표 명세서, 실업 진술서 또는 재정 지원서 (소득이 없는 경우). 환자의 가족 중 고용된 사람이 한 명 이상인 경우, 각각 이러한 동일한 인증 선택지를 사용하여 자신의 재무 정보를 입증해야 할 수 있습니다.
- 환자는 주 거주 증명에 대해 동일한 주소를 나타내는 다음의 유효한 신분증 형식 중 두 가지를 제시하여 증빙할 수 있습니다. 주에서 발급한 운전 면허증(또는 학생이나 군인 신분증과 같은 사진이 있는 다른 신분증), 공공요금(가스, 전기, 수도) 은행 명세서, 자동차 등록증, 또는 정부 기관으로부터 현재 날짜와 주소가 기재된 기타 우편물.
- 재무제표와 소득 확인 및 제 3 자 공급업체 서류는 법에서 요구하는 바에 따라 10 년 동안 애드보케이트 헬스에서 보관합니다. 원천 징수 정보를 포함한 금융 정보의 위조는 재정 지원을 거절하는 사유가 됩니다.
- 재정 지원 자격이 결정되면 환자에게 우편이나 구두, 또는 직접 통보됩니다.
- 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단되는 경우, 환자가 재정 지원을 신청하기 전에 지원 가능한 서비스에 결제한 금액은 환자가 환불을 받을 자격이 있는지 판단하기 위해 검토합니다.
- 재정 지원을 받을 자격이 없는 것으로 판명된 환자는 고객 서비스에 전화하여 환자의 잔여 본인 부담 잔액을 치르기 위한 지불 계획을 세울 수 있습니다. 본인 부담 잔액은 애드보케이트 헬스 청구 및 징수 정책의 적용을 받습니다.

## 추정 적격성 판정

추정 적격성 판정은 주법 및 규정에 따라 이루어질 수 있습니다. 특정 연방 및 주 지원 프로그램 또는 기타 비소득 기준에 따라 자격을 갖춘 환자는 100% 재정 지원 조정을 받을 수 있는 것으로 간주되며 신청이 필요한 것은 아닙니다. **절차 및 참여 상태에 대한 정보는 부록 A 에 나와 있습니다.**

## 자격 기간

- **무보험자:** 재정 지원은 모든 적격한 미지불 본인 부담금에 대해 소급하여 효력을 발생하며, 향후 최대 180 일 동안 유효합니다.
  - 180 일 기간 내의 향후 서비스는 메디케이드 또는 다른 보험 기회를 위해 검토될 수 있습니다. 다른 보험의 적격 대상이 아닐 경우 환자는 180 일 기간 동안 재정 지원 적격성 유지를 위해 보험 지원 절차에 전적으로 협조해야 합니다.
  - 적격 기간 중에 변경이 발생할 경우 환자는 재정 지원 적격성 유지를 위해 보험 지원 절차에 협조해야 합니다.
  - 환자는 승인 후 180 일 동안 재정 상황에 중대한 변화가 발생하여 자격 상태에 영향을 미칠 수 있는 경우 애드보케이트 헬스에 알려야 합니다. 본 고지는 변경 후 30 일 이내에 이루어져야 합니다. 자료 변경 발생 후, 환자가 그렇게 하지 않을 경우 애드보케이트 헬스에서 제공한 재정 지원이 무효화될 수 있습니다.
- **피보험자:** 재정 지원은 모든 제 3 자가 지불한 후 남은 적격 잔액에 대해 유효합니다. 환자는 미래에 발생하는 모든 응급 및 의학적으로 필요한 치료를 위한 재정 지원을 다시 신청해야 합니다.

## 사기

애드보케이트 헬스는 정보 수집 과정에서 환자가 제공한 정보가 거짓으로 판명되거나 애드보케이트 헬스가 환자가 애드보케이트 헬스에 밝히지 않은 다른 출처로부터 의료 서비스에 대한 보상을 받았음을 알게 되는 경우 본 정책에서 제공하는 재정 지원 조정을 취소할 권리를 보유합니다.

## 재정 지원 신청

재정 지원 신청은 다음의 사항을 위한 것입니다.

- 재정 전문가/재정 상담가와 사전에 면담하지 않은 무보험 환자
- 자동화된 재정 접수 절차에서 재정 지원을 거부당하고 재정 지원 자격에 대해 재고되기를 원하는 무보험 환자
- 청구서 수령 후 재정 지원 심사를 요구하는 보험 가입 환자

### 신청 방법:

- 아트리움 헬스(Atrium Health)
  - 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 아트리움 헬스 웹사이트의 재정 지원 페이지의 링크를 통해 온라인으로 신청하거나 <https://ola.veritysource.com/atrium> 으로 이동합니다.
  - <https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance> 를 방문하여 재정 지원 신청서를 다운로드하고 다음 주소로 우편으로 보내세요.  
Atrium Health Business Office  
ATTN : Coverage Assistance Services  
P.O. Box 32861  
Charlotte, NC 28232-2861
  - 704-512-7171 또는 1-844-440-6536 으로 전화하세요.
- 일리노이 – 애드보케이트 헬스 케어(Advocate Health Care)
  - <http://www.advocatehealth.com/financialassistance> 를 방문하여 재정 지원 신청서를 다운로드하고 다음 주소로 우편으로 보내세요.  
Advocate Health Care Financial Advocates  
P.O. Box 3039  
Oak Brook, IL 60522-9908
  - 847-795-2300 로 전화하세요
- 위스콘신 – 오로라 헬스케어(Aurora Health Care)
  - <http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance> 를 방문하여 재정 지원 신청서를 다운로드하고 다음 주소로 우편으로 보내세요.  
Aurora Health Care Financial Advocates  
P.O. Box 909996  
Milwaukee, WI 53209-0996
  - 1-800-326-2250 로 전화하세요

환자는 첫 번째 퇴원 청구일로부터 240 일 이내에 재정 지원을 신청할 수 있습니다.



온전한 신청서만 재정 지원을 위한 심사가 진행됩니다. 신청서의 모든 영역을 작성하고, 요청한 서류를 수신 받고, 재정 전문가/재정 상담가가 정보를 심사하여 환자가 다른 보험 기회에 부적합하다고 판단한 경우에 신청서가 온전한 것으로 간주됩니다. 그런 다음 재정 지원을 위해 신청서가 처리되고 적시에 결정이 내려집니다.

**불완전한 신청:** 신청서가 불완전하거나 환자가 요청받은 정보를 제공하지 않았거나 또는 애드보케이트 헬스 담당자가 요청한 조치를 취하지 않은 경우, 재정 전문가/재정 상담가는 환자에게 통보하고 신청서를 작성하는 데 필요한 정보를 설명합니다. 애드보케이트 헬스에서 납득할 만한 특별한 사정이 없는 한, 환자는 통보를 받은 지 30 일 이내에 애드보케이트 헬스에 정보를 제공해야 합니다.

## 소통 관련 정책

애드보케이트 헬스 환자 및 더 넓은 지역 사회가 재정 지원의 가용성을 인식하도록 하기 위해 애드보케이트 헬스는 보험 지원 및 재정 지원 정책 및 절차를 전달하는 데 다음과 같은 조치를 취합니다.

- 보험 기회(즉, 메디케이드) 및 재정 지원에 대한 자격을 평가하기 위해 재정 전문가/상담자가 작성한 지원 활동 및 현장 면담.
- 재정 지원 프로그램에 대한 평이한 언어 요약은 모든 응급 부서, 환자 등록 구역에 게시되며 모든 청구서에 포함됩니다. 평이한 언어 요약에는 본 재정 지원 정책에 따라 사용할 수 있는 재정 지원 프로그램에 대한 정보, 신청 방법, 재정 지원 정책에 대한 정보를 제공할 수 있는 부서의 전화번호 및 재정 지원 정책 사본에 접근하는 방법에 대한 정보가 포함됩니다.
- 애드보케이트 헬스, 오로라 헬스 케어 및 아트리움 헬스 웹사이트에서는 이용 가능한 재정 지원 프로그램, 환자 신청 방법, 재정 지원 정보를 제공할 수 있는 부서의 전화번호, 평이한 언어 요약본, 재정 지원 정책 사본, 재정 지원 신청 및 청구 및 징수 정책에 대한 정보를 제공합니다.
- 고객 서비스 부서로의 문의.

## 미지불 시 조치

애드보케이트 헬스의 청구 및 징수 관행에 대한 정보는 애드보케이트 헬스, 오로라 헬스 케어 및 아트리움 헬스 웹사이트에 있는 별도의 청구 및 징수 정책에서 찾을 수 있습니다. 고객 서비스 부서에 전화하여 정책의 무료 사본을 우편으로 받을 수도 있습니다.

- 아트리움 헬스(Atrium Health)
  - <https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance> 을 방문하세요.
  - 704-512-7171 또는 1-844-440-6536 으로 전화하세요.
- 일리노이 – 애드보케이트 헬스 케어(Advocate Health Care)
  - <http://www.advocatehealth.com/financialassistance> 을 방문하세요.
  - 847-795-2300 로 전화하세요

- 위스콘신 – 오로라 헬스케어(Aurora Health Care)
  - <http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance> 을 방문하세요.
  - 1-800-326-2250 로 전화하세요

## **품질 보증 및 기타 조항**

품질 보증: 애드보케이트 헬스 직원은 가족, 친구, 지인 및 동료에게 재정 지원 신청서를 추천하거나 처리하는 것이 금지됩니다. 환자 재무 서비스 품질 보증 부서는 재정 지원을 위해 처리된 계정에 대해 정기적인 감사를 실시하여 정책 및 절차가 준수되는지 확인합니다.

적합성 기준 조정: 애드보케이트 헬스는 지역 사회 건강 요구 평가 또는 관련 조직에 대해 수행된 개선 연구 및/또는 관련 법률, 규정 및/또는 카운티 협약을 준수 필요에 따라 이 정책의 자격 기준을 주기적으로 조정할 수 있습니다.

공중 보건 비상 조항: 공중 보건 비상 사태로 인한 대체 자금원은 보험에 가입하지 않은 환자가 이 정책에 따라 적격인 잔액에 대한 재정 지원을 받는 것을 막지 못합니다. 애드보케이트 헬스의 지역 사회에 대한 헌신의 일환으로 재정 지원은 지불자가 지불/환급하지 않은 보험에 가입한 환자의 본인 부담금 또는 책임이나 공중 보건 비상 사태 동안 모순된 청구 지침이 발행되었을 때 적용될 수 있습니다.

## 부록 A

일부 주에서, 특정 연방 및 주 프로그램에 등록했거나 다른 비소득 기반 기준을 충족하는 환자는 100 % 재정 지원에 적격하며 신청이 필요하지 않습니다.

### 노스캐롤라이나 추정 적격성

- 노스캐롤라이나 의료 부채 완화 계획에 따라 노스캐롤라이나 거주자이며 노스캐롤라이나의 아트리움 헬스 시설에서 병원 서비스를 받은 환자에 대해 추정 적격성 결정이 이루어집니다. 특정 연방 및 주 지원 프로그램 또는 기타 비소득 기준에 따라 자격을 갖춘 환자는 100 % 재정 지원 조정을 받을 수 있는 것으로 간주되며 신청이 필요하지 않습니다.
- 추정 적격성은 비소득 기준을 충족하는 환자를 기준으로 할 수 있으며, 여기에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.
  - 노숙자
  - 여성, 유아 및 아동 영양 프로그램, 보충 영양 지원 프로그램, 빈곤 가족을 위한 임시 지원 프로그램과 같은 수입과 자산 조사가 요구되는 정부 지원 프로그램에 등록
  - 환자 또는 환자 가정의 아동에 대한 메디케이드 자격
  - 환자를 대신하여 행동할 사람이 없는 정신적 무능력자
- 비소득 기반 추정 적격성에 대한 하나 이상의 기준 충족 시, 환자는 문서나 그 밖의 적격성 충족 증거를 제공하지 않아도 됩니다.
- 환자가 추정 적격성에 대한 비소득 기반 기준을 충족하는지 확인하는 절차는 다음과 같습니다.
  - 수속/등록 과정에서 수집한 정보
  - 종합적인 검토 완료를 위해 진료팀에서 정보를 얻을 수도 있습니다.
- 추정 적격성에 대한 비소득 기반 기준 중 하나 이상을 충족하는 환자는 100 % 재정 지원을 받을 자격이 있으며 퇴원 전에 고지 받습니다.
- 추정 재정 지원 자격 기준을 충족하는 환자는 메디케이드 또는 기타 보장 기회를 위해 검토될 수 있습니다. 이러한 환자는 나중에 메디케이드나 다른 보험 기회에 부적격하다고 결정되는 경우 재정적 책임을 지지 않습니다.
- 비소득 기반 추정 적격성 기준을 충족하지 못하고 본 정책에 명시된 다른 재정 지원 프로그램에 대한 승인을 받지 못한 환자는 재정 지원을 신청할 수 있는 대체 경로에 대한 정보를 받게 됩니다.

### 일리노이 추정 적격성

- 위스콘신과 일리노이에 거주하는 환자에 대해서는 일리노이 공정한 환자 청구법에 따라 추정 적격성 판단이 이루어질 수 있습니다. 특정 연방 및 주 지원 프로그램에 자격을 갖춘 환자는 100 % 재정 지원 조정을 받을 수 있는 것으로 간주되며 신청이 필요한 것은 아닙니다.
- 적어도 하나의 기준이 검증되면, 다른 소득의 증거가 필요하지 않습니다.
- AAH 는 재정 전문가가 전자 상으로 적합성을 확인할 수 없는 경우 환자에게 적합성 증빙 제공을 요청할 수 있습니다.
- 재정 전문가가 환자가 추정적으로 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단할 수 있는 경우 서면 신청이 필요하지 않습니다.
- 추정 자격 기준은 다음 프로그램 중 하나에 등록하는 것으로 입증됩니다.

- 여성, 유아 및 아동 영양 프로그램 (WIC).
- 보충 영양 지원 프로그램 (SNAP).
- 일리노이 무료 점심 및 아침 식사 프로그램.
- 저소득 가정 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP).
- 빈곤 가족을 위한 임시 지원 (TANF).
- 일리노이 주택 개발 당국의 임대 주택 지원 프로그램.
- 저소득 재정 상태를 기준으로 평가하고 문서화하는 의료 서비스를 제공하는 조직화된 지역 사회 기반 프로그램 또는 자선 보건 프로그램.
- 메디케이드 자격, 그러나 서비스 시작일 또는 비보장 서비스에는 부적격 (일리노이 환자만 해당)
- 추정 적격성 기준은 다음과 같은 생활 여건에 의해서도 입증될 수 있습니다.
  - 의료 서비스에 대한 보조금 지원 수령.
  - 노숙자.
  - 유산 없이 사망한 경우.
  - 환자를 대신하여 행동할 사람이 없는 정신적 무능력자
  - 교정 기관에 수감.
  - 수도회 소속 및 청빈 서약
  - 가족 소득이 FPL 의 2 배 미만임을 나타내는 독립적인 제 3 자 보고 기관의 증거.
- 추정 적격성을 입증하는 방법은 다음과 같습니다.
  - 프로그램 등록 또는 기타 추정 자격 기준에 대한 전자 조회
  - 독립적인 전자 조회가 불가능한 경우, 등록 증명 또는 기타 자격 기준이 요구됩니다. 다음 중 어느 하나라도 만족할 만한 증거가 될 수 있습니다.
    - WIC 바우처.
    - 등록 증빙 화면 인쇄가 있는 SNAP 카드나 SNAP 승인 서신 사본.
    - 학교에서 보낸 서신 또는 서명이 있는 무료/할인 식사 및 요금 면제 통지.
    - LIHEAP 수령 또는 승인서.
    - 적십자, DHS 또는 HFS 의 TANF 승인서.
    - 주 또는 연방 보조금 주택 프로그램의 경우 임대료 영수증.
    - 임대인의 임대 조정 서신 또는 HUD 카드나 서신.
    - 현재 일리노이 주 프로그램에 대한 자격을 보여주는 카드나 수령 명세서.
    - 보조금 기관의 명세서 또는 보조금 서신.
    - 노숙자 여부를 확인하는 교회나 보호소의 개인 증빙 또는 편지.
    - 변호사, 공동생활가정, 쉼터, 수도회 또는 교회로부터의 서신