

제목: 환자에 대한 재정 지원	페이지 1/25	정책 번호 NMHC FIN 03.0012 버전: 2.0
제목: 재정 지원	수정일: 02/01/2016	발효일: 09/01/2016
		제거일:

범위: 아래의 사업체 및 각 자회사와 계열사에 적용

<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Memorial Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Lake Forest Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Medical Group	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Central DuPage Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Regional Medical Group	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Delnor Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Kishwaukee Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Valley West Hospital
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Marianjoy Rehabilitation*	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Kishwaukee Physician Group
<input checked="" type="checkbox"/> NM – Marianjoy Medical Group*	<input checked="" type="checkbox"/> NM – Home Health & Hospice
<input checked="" type="checkbox"/> NM – 시스템 기능 / NMHC 직원	
<input type="checkbox"/> NM – 기타(이름 입력) **아래의 관계자 섹션 참조**	

*2018년 9월 1일부터 Marianjoy Rehabilitation 및 Marianjoy Medical Group에 적용

*2020년 9월 1일 현재 NM-Huntley, NM-McHenry 및 NM-Woodstock 병원에 적용됩니다

I. 목적:

재원이 부족한 환자에 대한 재정 지원과 관련된 Northwestern Memorial HealthCare의 정책을 정의합니다.

II. 정책 설명:

A. Northwestern Memorial HealthCare 및 그 계열사(이하, 통칭 ‘NMHC’)는 NMHC 계열사에서 받은 의료상 필요한 치료에 대한 비용을 지불할 수 없는 NMHC 커뮤니티 구성원의 의료 수요를 충족하고자 최선을 다하고 있습니다. 그 대상으로는 보험에 가입되어 있지 않거나, 보험 보장이 부족하거나, 정부 프로그램 가입 자격이 없거나 그 외에 다른 이유로 의료 비용을 지불할 수 없는 환자 등이 포함됩니다. 재정 지원을 배정하고 우선순위를 결정할 때는 커뮤니티의 여러 가지 요구 사항, 대학 병원으로서 NMHC의 미션, 리소스 할당에 대한 재정적 절차, 관련 법률 및 규정을 고려할 것입니다. 그러나 NMHC는 이 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부와 무관하게 환자에게 차별 없이 응급 상황에 대한 치료를 제공합니다.

B. 재정 지원은 다음을 포함한 여러 가지 프로그램(통칭 ‘재정 지원 프로그램’ 또는 ‘프로그램’)을 통해 제공됩니다.

1. [보험 가입 환자의 무료 치료 및 치료 할인](#)(부록 B에 설명)
2. [무료 치료 및 치료 할인 프로그램](#)(부록 C에 설명)
3. [추정 자격](#)(부록 D에 설명)
4. Revenue Cycle 부사장이 승인한 향후의 프로그램은 부록으로 포함됩니다.

III. 관계자:

이 정책은 NMHC 커뮤니티의 의료 수요를 충족하기 위한 리소스를 할당하고 우선순위를 결정하는 데 관여하는 부록 A-2의 모든 사업체에 소속된 모든 NMHC 경영진 및 임직원에게 적용됩니다. 이 정책은 NMHC Hospital Affiliate의 의료진으로 소속되어 있지만 그 외에 달리 NMHC Physician Affiliate와 계약을 체결하거나 고용되어 있지 않은 의사에게는 적용되지 않습니다. 이 정책은 독립적인 사업체인 각 계열사에 적용되며, 별도의 언급이 없을 경우 각 계열사는 이 정책의 요구 사항을 개별적으로 충족해야 합니다. 각 계열사에서 응급 또는 기타 의료상 필요한 치료를 제공하는 의료 기관 목록과 해당 의료 기관에 이 정책이 적용되는지 여부는 Financial Counseling Department에서 별도로 관리하고, 부록 G로 참조를 통해 포함됩니다.

IV. 책임:

- A. NMHC의 Financial Counseling Department는 치료 전 또는 치료 도중에 재정 지원을 신청자를 돕는 업무를 담당합니다.
- B. NMHC 내에서 청구 문의, 고객 서비스 및 자기 부담 사후 처리를 처리하는 영역에서 의료 서비스가 제공된 이후 신청자에게 도움을 제공합니다.
- C. 위의 섹션 IV.A.와 IV.B.에 나와 있는 부서와 영역을 포함한 Revenue Cycle Division은 재정 지원 신청의 승인과 모든 증빙 서류 수집 업무를 담당합니다.
- D. Revenue Cycle Division은 환자에게 청구되는 금액을 계산하기 위한 기준을 개발하고 환자의 요청이 있을 시 해당 산출 방법을 설명할 책임이 있습니다.

V. 정의:

여기에 정의되지 않은 대문자 용어는 부록 A에 정의됩니다.

VI. 알림:

환자, 후견인과 환자 가족 및 지역 사회 전반에 NMHC의 재정 지원 프로그램을 알리기 위해 NMHC Hospital Affiliates는 방문 환자에게 이 정책의 특징을 알리고 이 정책을 널리 홍보하기 위한 노력을 기울일 것입니다. 각 알림 방식은 관련 법률을 준수하며 부록 E에 자세히 설명되어 있습니다.

VII. 자격 결정:

- A. 자격 결정 시기: 신청자의 재정 지원 수령 자격은 최대한 이른 시일 내에 결정해야 합니다. 환자가 응급 서비스 외에 다른 의료 서비스를 원할 경우, 가능한 한 서비스를 예약 및/또는 제공하기 전에 자격을 결정해야 합니다.
- B. 신청 요건: 이전에 자격이 결정된 적이 있거나 이 정책에서 별도의 언급이 없을 경우, 환자 또는 후견인은 재정 지원 신청서를 작성하고 증빙 문서를 제출해야 합니다. 이를 통해 법률에 따른 신청자의 재정 상태(해당할 경우, 신청자 가족에 대한 정보 포함)와 재정 지원 자격 결정에 필요한 기타 정보를 제공해야 합니다. 신청서 제출 기간과 다른 신청서 관련 기한은 관련 법률을 준수하며, 부록 F:에 기간이 명시되어 있습니다.

신청서는 NMHC가 제공한 양식으로 제공되며, Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act 조항과 그 외의 다른 관련 법률을 준수합니다. 이 정책이나 부록에 별도의 언급이 없을 경우, 최근 12개월 이내에 NMHC에서 진료를 받은 기록이 있거나 진료 또는 입원이 예정된 환자에게서만 신청을 받습니다. 환자는 모든 NMHC 계열사에서 인정하는 신청서를 1부 작성해야 합니다.

C. 승인 기간:

1. 재정 지원 신청이 승인되면 NMHC는 대체 지불 수단이 확보될 때까지 재정 지원을 제공합니다. 신청자는 해당할 경우 대체 지불 수단을 신청하고 확보하는 데 협조해야 합니다. 따라서 자격 결정은 신청자가 보험에 가입할 수 있는 다음 등록 기간이 시작될 때까지 유효합니다. 그러나 다음과 같은 제한이 적용됩니다.
 - a. 응급 서비스에 대한 재정 지원은 응급 서비스 및 관련 안정화 치료로 제한됩니다.
 - b. NMHC Hospital Affiliate 서비스에 대한 재정 지원은 사례별로 승인되며, 해당 승인은 섹션 IX에 규정된 추가적인 프로그램 요건 및 심사 절차가 적용될 수 있습니다.
 - c. 자격 결정은 12개월 이상 연장되지 않습니다.
2. 신청자는 앞서 승인된 기간 내에 자격 요건에 영향을 미칠 수 있을 만한 재정 상태 변화가 있을 시 신속하게 NMHC에 고지해야 합니다. 신청자가 재정 상태 변화가 발생할 시점으로부터 30일 이내에 NMHC에 고지하지 않을 경우, 신청자는 무료 치료 또는 치료 할인을 받지 못하거나 향후 재정 지원을 신청하지 못할 수 있습니다.
3. NMHC의 Financial Assistance Policy Committee에서 대체 선별 수단(아래의 섹션 VII.D 참조)에 근거한 자격 결정이 유효한 기간을 결정합니다. 단, 해당 기간은 12개월을 초과할 수 없습니다.
4. 환자의 재정 지원을 받을 자격이 치료 도중에 중단되고 치료 중인 의료 기관에서 치료 전환이 환자에게 해롭다고 확인해줄 경우, 환자 및/또는 치료 의료 기관은 예외를 신청할 수 있습니다. 이는 Free Care Committee에서 평가하고 NMHC 의국 책임자 또는 그 대리인과 Revenue Cycle 부사장이 이 정책의 섹션 XV에 따라 승인합니다.

D. 대체 자격 심사 수단: NMHC(또는 그 대리인)은 재량에 따라 환자가 작성한 신청서 외에 다른 수단으로 환자 또는 후견인의 재정 지원 자격을 평가할 수 있습니다. 이러한 경우, 신용 평가 기관, 공공 기록 또는 환자 또는 후견인의 프로그램 참여 자격을 평가할 수 있는 다른 객관적이고 합리적인 정확한 수단으로 제공된 정보를 사용하여 자격을 결정할 수 있습니다.

E. 정보 은폐: 심사 절차 중 언제든지 신청자가 고의로 관련 정보를 숨겼거나, 잘못된 정보를 제공했거나, 부정확한 정보를 제공한 것이 밝혀지고 신용 기관 또는 다른 이용 가능한 출처를 통해 획득한 정보로 증거가 확보되고 신청자가 NMHC가 만족할 만한 수준으로 정보의 불일치를 해명하지 못할 경우, 신청자는 재정 지원 자격이 박탈되고 이러한 정보 불일치가 해결될 때까지 일반적인 징수 절차가 다시 시작될 수 있습니다. 그러나 NMHC는 부정확하거나 신뢰할 수 없다는 타당한 근거가 있는 정보 또는 협박이나 강압적인 수단으로 신청자에게 획득한 정보를 기반으로 재정 지원을 거부하지 않습니다(환자가 요청된 정보를 제공할 때까지 환자에 대한 응급 치료를 지연하거나 거부하는 등을 포함).

VIII. 해당 서비스:

- A. NMHC Hospital Affiliates는 신청자가 임상 프로그램 기준을 충족하고 그 외에 재정적으로 부담하는 의료상 필요한 서비스에만 재정 지원을 제공합니다.
- B. 장기 이식 및 이식 관련 서비스에 대한 재정 지원은 별도의 절차에 따라 결정되며 이 정책의 부록으로 포함할 수 있습니다.
- C. 이 정책에서는 환자에게 관례대로 제공되는 것 이외의 서비스를 제공할 것을 NMHC에 요구하지 않습니다.

IX. 추가적인 프로그램 요건 및 심사 절차:

특정 시술에 대한 재정 지원은 추가적인 프로그램 요건 및/또는 심사 절차가 적용될 수 있습니다. 추가적인 심사 요건은 환자 및 의사에게 전달됩니다. 이러한 요건과 심사 절차의 예시는 다음과 같습니다.

- A. 보험 보장 여부를 포함하여, 재정 지원의 자격이 지속되는지 확인하기 위해 환자의 현재 재정 상태 재평가
- B. 환자가 부담해야 하는 미지급 금액과 관련하여 지불 수단 확보 또는 그 외에 다른 방식으로 지불 계획 수립, 또는
- C. 선택된 시술을 평가하여 다른 치료 방법을 모두 사용하였는지, 앞서 시도한 적이 있는지, 성공 가능성은 어느 정도인지, 치료 후 리소스가 준비되어 있는지 확인, 또는
- D. 적절한 수준 또는 유형의 의료 기관으로부터 서비스 보장.

X. 제삼자 소스의 소진:

- A. 재정 지원은 모든 제삼자 수당/리소스를 적절히 소진한 후 자기 부담 금액에만 적용됩니다. 예를 들어, 보험 급여(예: 건강, 주택, 자동차 책임, 근로자 상해보험 또는 고용주가 가입한 의료비 환급 계좌), 정부 프로그램(예: Medicare, Medicaid 또는 기타 연방/주/지역 프로그램) 또는 소송 보상금 및/또는 개인적 모금 활동(통칭 '제삼자 자금 지원 소스') 등이 포함됩니다. 재정 지원을 받고 있고 의료상 필요한 치료(응급 서비스 외)를 받아야 하는 환자는 가능할 경우 Medicaid, Health Insurance Exchange 또는 기타 이용 가능한 지불 프로그램의 가입 자격을 심사받아야 하며, 자격이 있는 것으로 확인되면 시술 예약을 하거나 서비스를 받기 전에 해당 프로그램에 가입하는 데 전적으로 협조해야 합니다. 자격이 있는 Medicaid, Health Insurance Exchange 또는 다른 이용 가능한 지불 프로그램에 등록하지 못하거나 이를 거부하는 환자는 재정 지원을 받을 수 없습니다. 환자에게 Medicaid, Health Insurance Exchange 또는 다른 이용 가능한 지불 프로그램을 신청해야 하고, 신청하지 않을 경우 재정 지원 자격이 박탈될 수 있음을 알리는 서면 고지를 1부 이상 발송해야 합니다. 신청자가 Medicaid, Health Insurance Exchange 또는 다른 이용 가능한 지불 프로그램에 등록하도록 돕기 위한 활동은 문서로 기록해야 합니다.
- B. 환자가 HMO 또는 PPO에서 보장하는 응급 서비스 외에 다른 치료를 원하고 NMHC가 네트워크 내부 의료 기관이 아닐 경우, 환자에게 참여 의료 기관에서 치료를 받도록 안내하고 해당 환자는 재정 지원을 받을 수 없습니다. 재정 지원은 네트워크 외부에서 발생하는 요금에는 적용되지 않습니다.

XI. 청구 제한:

재정 지원 프로그램에 따라 할인이 달라질 수 있습니다. 할인의 계산은 이 정책의 여러 가지 부록에 규정되어 있습니다. 그러나 모든 재정 지원 프로그램에서 NMHC Hospital Affiliates가 연간 가계 소득이 해당 연방 빈곤 기준의 600% 이하이고 재정 지원 프로그램에 가입할 수 있는 환자에게 제공한 응급 의료 또는 의료상 필요한 치료에 대해 청구하는 금액은 해당 치료를 보험에서 보장받는 환자에게 일반적으로 청구되는 금액을 초과할 수 없습니다('일반 청구 금액 할인').

XII. 응급 의료:

- A. Emergency Medical Treatment and Labor Act 준수와 관련된 NMHC 정책에 따라, NMHC Hospital Affiliates는 치료 비용 지불 능력이나 재정 지원 자격과 무관하게 환자에게 차별 없이 응급 의료를 제공해야 합니다.
- B. NMHC Hospital Affiliates는 다음을 포함하여 환자가 응급 의료를 거부하도록 하는 행위를 하지 않을 것입니다.
 - 1. 응급 상황에서 의학 검사 또는 치료를 받기 전에 Emergency Department에서 환자에게 지불을 요구하는 행위, 또는
 - 2. 차별 없이 응급 의료를 제공하는 데 방해가 되는 Emergency Department 또는 NMHC Hospital Affiliate 내 다른 영역에서의 채무 징수 활동을 허용하는 행위.

XIII. 환불:

재정 지원 신청은 모든 납부되지 않은 금액에 적용됩니다. 환불은 NMHC의 Free Care Committee에서 검토하고 법적 요건에 따라 제공됩니다.

XIV. 계열사 결정의 조정:

NMHC 계열사는 자격 요건의 상호 결정에 관한 활동을 조정해야 합니다.

XV. 예외 및 이의 제기:

NMHC 의사 및/또는 임상직은 환자를 대신하여 재정 지원을 요청할 수 있습니다. 그러나 환자가 요청을 뒷받침하는 데 필요한 정보와 문서를 제공해야 합니다. 의사 또는 환자가 자격 요건 또는 프로그램 결정에 대해 동의하지 않거나, 의사 또는 환자가 이 정책에 대한 예외 적용을 요청하는 경우, Free Care Committee에 이의 제기 또는 예외 요청을 제출하여 평가를 받고 Revenue Cycle 부사장으로부터 승인을 받아야 합니다. 이러한 결정은 환자 또는 의사가 지원 자격을 입증하는 의미 있는 새로운 또는 추가 정보(예: 소득 변경, 실업, 이전 심사 결과를 실질적으로 변경할 만한 기타 상황)를 제공할 때까지 이 결정은 최종적이고 유효합니다.

XVI. 미납에 대한 조치:

NMHC 신용 및 징수 정책에서는 치료 비용 미납에 대한 조치를 설명합니다. Financial Counseling Department에 문의하면 NMHC 신용 및 징수 정책에 대한 무료 사본을 받으실 수 있습니다.

XVII. 기존 프로그램에 대한 적용성:

이 정책이 발효되기 이전에 환자에게 제공된 지원은 금액이 축소되지는 않으나, 명시된 해당 기간까지만 제공됩니다. 해당 재정 지원이 만료되면 이 정책이 적용됩니다.

XVIII. 정책 업데이트 일정:

이 정책은 5년에 1회 이상 또는 필요에 따라 수시로 검토 및 업데이트됩니다.

XIX. 보고:

NMHC는 재정 지원 프로그램에 관련된 모든 필수 정보를 해당 정부 기관에 보고합니다.

XX. 모니터링 및 수시 업데이트:

- A. Financial Assistance Policy Committee가 이 정책의 지속적인 모니터링을 담당하며, 다음을 포함하여 이 정책의 실무를 심사합니다.
1. 환자 자격 평가를 위한 관리 조치가 마련되어 있는지 여부
 2. 재정 지원을 받을 자격이 있거나 수령 중인 환자에 대한 정보를 추적하고 관리 중인지 여부
 3. 재정 지원 정책을 지역 사회 및 환자에게 알리는지 여부
 4. 지역 사회 구성원이 응급 상황에 치료를 거부하지 않도록 하기 위한 대책이 마련되어 있는지 여부 및
 5. 재정 지원을 받는 환자에 대한 징수 조치가 적절히 적용되는지 여부
- B. Revenue Cycle 부사장이 이 정책을 수시로 업데이트합니다(예: 최신 연방 빈곤 기준, 주소 변경 반영).

XXI. 참고 자료:

- A. Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act [210 ILCS 89/]
- B. Illinois Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/]
- C. Internal Revenue Code Section 501(r)
- D. Social Security Act [42 U.S.C. 1395dd]

XXII. 부록:

[부록A: 정의](#)

[부록A-1: 연방 빈곤 기준](#)

[부록A-2: NMHC 계열사](#)

[부록B: 보험 가입 환자의 무료 치료 및 치료 할인](#)

[부록C: 보험 미가입 환자의 무료 치료 및 치료 할인](#)

[부록D: 추정 자격](#)

[부록E: 일반 홍보—NMHC HOSPITAL AFFILIATES](#)

[부록F: 해당 기간 및 개별 환자 고지 요건—NMHC HOSPITAL AFFILIATES](#)

[부록G: 의료 기관 목록](#)

[부록H: 건강 검사 재정 지원](#)

XXIII. 승인:

담당자: Andrew Scianimanico
Revenue Cycle 부사장

검토자: Finance Committee 위원
Tax & Regulatory Review Committee 위원
Financial Assistance Policy Committee 위원
Finance 부사장
Administration 전무
Office of General Counsel
Corporate Compliance & Integrity

승인 담당자: Dean M. Harrison
대표 및 CEO
Northwestern Memorial HealthCare
전자 승인: 02/11/2016

John Orsini
부사장 겸 CFO
Northwestern Memorial HealthCare
전자 승인: 01/29/2016

XXIV. 검토 기록:

작성일: 05/01/2011 – 로컬 NMH 정책 폐지

12/29/2014 수정 – 2/1/2016에 발효된 정책 - NMHC 03.0012 v1.0 대체 – 6/1/2011 – 무료 치료 및 치료 할인

수정: 08/17/2016 – 9/1/2016에 발효된 정책 - NM-CDH, NM-Delnor 및 NM-RMG를 포함하도록 범위 업데이트, 그 외에 다른 내용 수정 없음

09/01/2018: 범위 매트릭스 업데이트 – 2018년 9월 1일부터 Marianjoy Rehabilitation 및 Marianjoy Medical Group에 적용

08/11/2020: NMHC Tax & Regulatory Review Committee는 2020년 9월 1일을 발효일로 하여 NW 지역 병원(Huntley, McHenry 및 Woodstock)을 NMHC 재정 지원 정책으로 옮기는 것을 승인했습니다

부록 A: 정의

ECA(예외적인 징수 조치): NMHC Hospital Affiliate가 재정 지원 프로그램에서 보장하는 치료에 대한 청구 비용 납부와 관련하여 환자 개인에게 취하는 조치입니다. 이러한 ECA는 NMHC 재정 정책: 신용 및 징수에 자세히 정의되어 있으며, 예를 들어 이전에 제공한 치료에 대한 요금 납부를 요구하거나 부동산에 대한 선취특권을 설정하는 등이 있습니다.

Financial Assistance Policy Committee: NMHC 계열사와 NMHC의 대표로 구성되어, 이 정책과 관련하여 조언을 하고 각 계열사에서 이 정책을 일관적으로 운영하도록 하는 책임을 맡은 위원회입니다. Financial Assistance Committee에는 운영 부서, Office of General Counsel, Internal Audit Department, Office of Corporate Compliance and Integrity, External Affairs의 대표가 포함됩니다. Financial Assistance Committee는 Tax and Regulatory Committee에 활동을 보고합니다.

Free Care Committee: 특정 환자 문제에 이 정책이 적용되는지 결정하는 책임을 맡은 위원회입니다. Free Care Committee는 정책에 대한 이의 제기 및 예외 신청을 심사합니다.

NMHC Hospital Affiliate(s): 병원으로 허가를 받은 NMHC 계열사입니다. 이 정책이 적용되는 NMHC Hospital Affiliates는 부록 A-2를 참조하십시오.

NMHC Physician Affiliate(s): 외래로 임상 치료를 제공하는 NMHC 계열사입니다. 이 정책이 적용되는 NMHC Physician Affiliates는 부록 A-2를 참조하십시오.

가계 소득: U.S. Bureau of the Census에서 사용하는 정의를 기준으로 신청자 가계에 적용되는 소득입니다. 가계 소득에는 모든 세전 소득, 실업 급여, 근로자 상해보험, 사회보장, 보조적 보장 소득, 공적 부조금, 재향군인 수당, 생존자 수당, 연금 또는 퇴직 연금, 이자, 배당금, 임대료, 로열티, 부동산에서 발생하는 소득, 신탁, 교육 지원, 이혼/별거 수당, 가계 외부 지원, 기타 소득원을 포함합니다. 비현금성 혜택(예: SNAP 및 주거 보조금)은 가계 소득으로 간주되지 않습니다. 특히, 가계 소득은 신청자의 가장 최근 세금 신고서에 기재된 조정된 총 소득에 양육 지원금을 제하고 비과세 이자 금액, 비과세 연금 및 연금 보험금, IRA 환급금, 사회보장 수당 및 조정된 총 소득에는 포함되지 않으나 신청자가 사용할 수 있는 기타 소득을 더한 금액과 같습니다. 그러나 신청자가 가장 최근 세금 신고서에 기재된 조정된 총 소득이 정확하지 않다는 의사를 표시할 경우(예: 신청자가 고용 상태가 아니거나 다른 금액을 지불 받을 경우), 가계 소득은 다른 이용 가능한 문서(예: 급여 명세서, 실업 급여 명세서)를 근거로 산출한 금액에 양육 지원금을 제하고 비과세 이자, 비과세 연금 및 연금 보험금, IRA 환급금, 사회보장 수당 및 신청자가 이용할 수 있는 기타 소득을 더하여 평가합니다. 가계 소득에는 모든 가계 구성원의 소득이 포함됩니다.

가족 규모: 신청자의 가장 최근 세금 신고서의 '신고 상태'에 기재된 가족 구성원 숫자입니다. 세금 신고서가 없을 경우, 가족 규모는 신청자의 가구에 거주하는 가족의 수가 됩니다. 다른 사람이 세금 신고서에서 신청자를 피부양자로 신고할 경우, 가족 규모에는 부양자의 가계 구성원을 포함할 수 있습니다.

간단한 요약: 명확하고 간결하면서도 이해하기 쉬운 설명서로, NMHC Hospital Affiliate가 재정 지원을 제공하며 다음과 같은 정보를 제공한다는 것을 고지합니다. (i) 자격 요건과 이 정책에 따라 제공되는 지원에 대한 간결한 설명, (ii) 이 정책의 지원을 신청하는 방법에 대한 간단한 요약, (iii) 이 정책 사본과 재정 지원 신청서를 받을 수 있는 웹사이트 주소(또는 URL)와 물리적 위치(입원실 번호)의 직접적 목록, (iv) 재정 지원 정책 및 신청서를 우편으로 수령하는 방법에 대한 지침, (v) 신청 절차에 대해 도움을 제공할 수 있는 사무실 또는 부서의 연락처 정보(해당할 경우, 전화번호 및 물리적 위치), (vi) 번역 제공 여부 및 (vii) 재정 지원 환자에게 일반 청구 금액 이상을 청구하지 않는다는 설명.

거부 불가 서비스: NMHC의 거부 불가 기준을 충족하는 서비스로, 수시로 수정될 수 있습니다.

계열사: NMHC에서 관리하거나, NMHC를 관리하거나, NMHC와 공동으로 관리되는 사업체입니다. 이 정책이 적용되는 NMHC 계열사는 [부록 A-2](#)를 참조하십시오. 이 정책에서 '계열사'라는 용어에는 법적 또는 그 외에 다른 방식으로 이 정책을 도입하지 못하는 NMHC 계열사는 포함되지 않습니다.

무료 치료: 청구된 요금의 100% 할인입니다.

무보험 환자: 건강 보험에 가입되어 있지 않거나 공공 또는 민간 건강 보험, 의료 수당 또는 기타 건강 보험 제도(예: 공제 비율이 높은 건강 보험, 근로자 상해보험, 사고 책임 보험 또는 기타 제삼자 책임 보험)의 수혜자가 아닌 환자입니다.

보험 가입 환자: 건강 보험에 가입되어 있거나 공공 또는 민간 건강 보험, 의료 수당 또는 기타 건강 보험 제도(예: 공제 비율이 높은 건강 보험, 근로자 보상, 사고 책임 보험 또는 기타 제삼자 책임 보험)의 수혜자인 환자입니다.

비거주자: 비거주자는 일리노이주 주민이 아닌 환자입니다.

신청 기간: NMHC Hospital Affiliate가 환자의 재정 지원 수급 자격을 결정하기 위한 합리적인 노력을 기울일 수 있도록 환자가 제출한 신청서를 수락하고 처리해야 하는 기간을 나타냅니다. NMHC Hospital Affiliate가 환자에게 제공하는 모든 치료의 경우, 신청 기간은 치료가 환자에게 제공된 날짜에 시작되어 NMHC Hospital Affiliate가 (우편, 이메일 또는 직접 전달을 통해) 환자에게 처음으로 퇴원 후 청구서를 제공하는 날짜로부터 240일이 되는 시점에 종료됩니다.

신청서: 재정 지원 신청서입니다.

신청자: 신청자는 환자 및/또는 환자 후견인을 포함하여 재정 지원 신청서를 제출하는 사람입니다.

연방 빈곤 기준: 연방 빈곤 기준은 42 USC 9902(2)에 따라 United States Department of Health and Human Services가 Federal Register에서 정기적으로 업데이트합니다. 부록 A-1로 첨부된 이 기준은 Federal Register 및 U.S. Department of Health and Human Services 웹사이트에서 새로운 연방 빈곤 기준이 발표되고 30일 이내에 매년 수정됩니다.

응급 상황: Social Security Act(42 U.S.C. 1395dd)의 1867조에 정의된 응급 상황입니다.

응급 서비스: 응급 서비스에는 응급 상황에 Emergency Department를 통해 받은 서비스, 거부 불가 서비스 또는 Revenue Cycle 부사장이 지정하고 이 정책의 부록에서 수시로 규정하는 기타 서비스가 포함됩니다.

의료상 필요: 의약품 또는 소모품을 포함하여 연방 Social Security Act XVIII편에 따라 보장되는 모든 입원 또는 외래 의료 서비스입니다. '의료상 필요한' 서비스에는 (1) 사회적, 직업적 서비스 등과 같은 비의학적 서비스 또는 (2) 부상, 질병 또는 선천적 결함이나 기형으로 인한 결점을 치료하기 위한 성형 수술을 제외한 선택적 미용 수술은 포함되지 않습니다.

일리노이주 주민: 일리노이주 주민은 일리노이주에 거주하고 기한 없이 일리노이주에 거주하고자 하는 환자를 의미합니다. 의료 혜택을 받기 위한 목적만으로 일리노이주로 이주하는 것은 Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act('HUPDA')에 따른 거주 요건을 충족하지 않습니다. HUPDA의 경우 보험 미가입 환자가 일리노이주에 거주해야 하지만, 미국에 법적으로 거주할 것을 요구하지는 않습니다. 환자는 HUPDA 조항에 따라 일리노이주에 거주하는 증거를 제출해야 할 수도 있습니다. 의료 혜택을 받기 위한 목적만으로 일리노이주로 이주하는 것은 이 정의에 따른 거주 요건을 충족하지 않습니다.

일반 청구 금액/일반 청구 금액 할인: NMHC Hospital Affiliate가 외래 또는 입원 기간에 이 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 제공한 응급 의료 또는 기타 의료상 필요한 치료에 대한 요금을 해당 치료를 보장하는 Medicare 또는 상업적 보험에 가입된 환자에게 일반적으로 청구하는 금액('일반 청구 금액') 이상으로 청구하지 않도록 보장하기 위한 할인입니다. 일반 청구 금액 할인에 대한 계산은 법률에 따라 소급 적용됩니다. 각 NMHC Hospital Affiliate는 직접 일반 청구 금액 할인을 계산해야 합니다. 각 NMHC Hospital Affiliate에서 사용하는 방법에 대한 문서로

제목: 재정 지원 부록 A: 정의	페이지 10/25	정책 번호 NMHC FIN 03.0012 버전: 2.1
-----------------------	--------------	-----------------------------------

된 설명은 NMHC Financial Counseling Department에 문의하여 확인할 수 있습니다. Physician Affiliates는 NMH에 적용되는 일반 청구 금액 할인을 적용합니다.

자기 부담 패키지 요금 서비스: 할인된 단일 가격으로 함께 제공되는 여러 가지 서비스를 의미하며, 해당 단일 가격은 서비스 패키지를 구성하는 모든 개별 서비스의 요금 합계보다 적습니다.

재정 지원: 여러 가지 프로그램(통칭 ‘재정 지원 프로그램’ 또는 ‘프로그램’)에서 NMHC의 기준을 충족하고 의료 서비스 비용 전액 또는 일부를 지불할 수 없는 환자에게 무료 치료 또는 치료 할인에 따라 제공하는 금액. 재정 지원에는 수익으로 기록되었으나 환자가 요금을 납부하지 못해 상각된 불량 채권 또는 징수 불가능한 요금, Medicaid 또는 소득을 조사하는 기타 정부 프로그램에서 제공하는 치료 비용이나 Medicare와 해당 프로그램에서 발생한 수익과의 차액, 또는 제삼자 지불인과의 계약상의 조정은 포함되지 않습니다.

청구요금: 서비스를 제공할 당시에 유효한 NMHC 계열사의 마스터 요금표에 기반한 서비스 요금과 계열사가 계약상의 수당, 할인 또는 공제를 적용하기 전에 일관적이고 균등하게 환자에게 청구하는 서비스 요금입니다.

치료 비용 할인: 각 NMHC 계열사 Hospital의 Medicare 비용 보고서에 있는 총 청구 요금 대비 비용 비율을 재정 지원 대상으로 확인된 계정에 대한 요금에 곱하여 산출한 금액에 해당하는 할인입니다. 그러나 NMHC는 관리의 편의를 위해 환자에게 가장 유리한 단일 치료 비용 할인을 설정할 수 있습니다. 치료 비용 할인은 일반 청구 금액 할인 이상이어야 합니다.

치료 할인: 무료 치료 외에 청구된 요금 미만으로 제공하는 치료입니다. 할인에는 치료 비용 할인과 일반 청구 금액 할인이 포함됩니다.

환자: 서비스를 받는 개인입니다.

후견인: 환자에게 제공된 서비스를 재정적으로 부담하는 사람입니다.

부록 A:
정의

소유자: Andrew Scianimanico
직위: Revenue Cycle 부사장

발효일: 01/01/2018

승인:

Andrew Scianimanico
Revenue Cycle 부사장
승인: 01/01/2018

검토 기록:

작성: 03/03/2015
수정: 12/29/2017

부록 A-1: 연방 빈곤 기준

	2021년 연방 빈곤 소득 수준(FPL)	FPL의 250% 이하	FPL의 251~600%
가족 규모	가계 소득		
1	\$12,880	\$32,200	\$32,200~\$77,280
2	\$17,420	\$43,550	\$43,550~\$104,520
3	\$21,960	\$54,900	\$54,900~\$131,760
4	\$26,500	\$66,250	\$66,250~\$159,000
5	\$31,040	\$77,600	\$77,600~\$186,240
6	\$35,580	\$88,950	\$88,950~\$213,480
7	\$40,120	\$100,300	\$100,300~\$240,720
8	\$44,660	\$111,650	\$111,650~\$267,960
각 추가 가족 구성원에 대한 추가 금액	\$4,540	\$11,350	\$11,350~\$27,240

참고 자료:

42 USC 9902(2)

부록 A-1:
연방 빈곤 기준

소유자: Andrew Scianimanico
직위: Revenue Cycle 부사장

발효일: 02/18/2021

승인:

Andrew Scianimanico
Revenue Cycle 부사장
전자 승인: 03/06/2020

검토 기록:

작성: 03/03/2015
수정: 02/18/2021
수정: 02/2018, 01/23/2019, 01/28/2020, 02/09/2021

부록 A-2: NMHC 계열사

A. Hospital Affiliates

1. NM – Northwestern Memorial Hospital
2. Northwestern Medicine Lake Forest Hospital
3. Northwestern Medicine Central DuPage Hospital
4. Northwestern Medicine Delnor Hospital
5. Kishwaukee Hospital
6. Valley West Hospital
7. Northwestern Medicine - Ben Gordon Center
8. Marianjoy Rehabilitation

B. Physician Affiliates

1. Northwestern Medical Group
2. Northwestern Medicine Regional Medical Group
3. Kishwaukee Physician Group
4. Marianjoy Medical Group

부록 A-2:
NMHC 계열사

소유자: Andrew Scianimanico
직위: Revenue Cycle 부사장

발효일: 09/01/2018

승인:

Andrew Scianimanico
Revenue Cycle 부사장
승인일: 09/01/2018

검토 기록:

작성: 03/03/2015
수정: 07/12/2016
수정: 12/29/2017
수정: 09/01/2018,
검토: 01/29/2019

부록 B: 보험 가입 환자의 무료 치료 및 치료 할인

I. 무료 치료 및 치료 할인

NMHC는 이 부록 B와 같이 보험 가입 환자에게 무료 치료와 치료 할인을 제공합니다.

II. 서비스

- A. 아래에서 이 부록의 섹션 II.B에 언급된 내용을 제외하고, 보험 가입 환자에 대한 무료 치료 및 치료 할인은 모든 의료상 필요한 서비스에 제공됩니다.
- B. 보험 가입 환자에 대한 무료 치료 및 치료 할인은 다음의 서비스에는 적용되지 않습니다.
1. 의료상 필요하지 않은 서비스
 2. 네트워크 외부 서비스
 3. 전문 약국 서비스. 단, NMH에서 C형 간염 양성 기증자의 장기를 기증받는 C형 간염 음성 이식 환자에게 투여되는 C형 간염 항바이러스 약물은 시기적절하게 해당 약물에 대한 보험에 가입하거나 환급 수단을 찾기 위해 모든 합리적인 노력을 기울였다면 이 정책의 적용을 고려해볼 수 있습니다. 이러한 의료를 제공하려면 Northwestern Specialty Pharmacy를 통해 협력해야 합니다.
 4. NMHC Physician Affiliates의 경우, 난임 치료(일부 가임력 보존 경비 제외), 시력 교정 기술(예: LASIK) 및 NMHC 계열사 외의 검사실에서 받은 검사 서비스, 내구성 의료 장비, 안경, 콘택트렌즈, 보청기.
 5. 신청자가 무료 치료 대상이 아닌 경우, 환자 공동 보험금 또는 공제액
 6. 공동 부담금
 7. 자기 부담 패키지 요금 서비스 및
- C. 전환을 목적으로 퇴원 후 제공되는 처방 외 의약품은 치료 비용 할인이 적용됩니다.

III. 주거 요건

- A. 일리노이주 주민이고 의료상 필요한 서비스를 받는 보험 가입 환자는 무료 치료 및 치료 할인을 받을 자격이 있습니다. 그러나 응급 서비스를 받는 보험 가입 신청자에게는 주거 요건이 적용되지 않습니다.
- B. 응급 서비스를 받는 보험 가입 환자를 제외하고 일리노이주 거주민이 아니고(일리노이주 외부 이송 환자 등을 포함) 의료상 필요한 서비스를 받는 보험 가입 환자는 무료 치료 대상이 아닙니다.

IV. 무료 치료 및 치료 할인 계산

NMHC는 두 가지 방법(‘보험 가입자 차등적 요금 지원’ 및 ‘보험 가입자 재해 지원’)을 통해 적격 보험 가입 환자에게 무료 치료와 치료 할인을 제공합니다. 신청자가 두 가지 방법에서 모두 자격을 충족할 경우, NMHC는 신청자에게 가장 이익이 되는 방법을 적용합니다. 둘 중 한 가지 방법에 자격을 충족하더라도 신청자가 자신의 가족 규모에 적용되는 최신 연방 빈곤 기준의 600%를 초과하는 자산을 보유하고 있다는 타당한 근거가 있을 경우, NMHC는 신청자에게 해당 자산에 대한 정보를 제공할 것을 요구할 수 있고 Free Care Committee는 무료

치료 또는 치료 할인을 제공할지 여부와 그 범위를 결정할 때 이러한 자산을 고려할 수 있습니다.

A. 보험 가입자 차등적 요금 지원

보험 가입자 차등적 요금이 적용되는 지원은 다음과 같이 계산합니다.

1. 무료 치료: 가계 소득이 본인의 가족 규모에 적용되는 최신 연방 빈곤 기준의 250% 이하인 보험 가입 일리노이주 거주 주민은 100% 할인을 받을 수 있습니다. 할인은 공동 보험금과 공제액, 보험에서 보장되지 않는 의료상 필요한 서비스에 적용됩니다.
2. 치료 할인: 보험에서 보장되지 않는 의료상 필요한 서비스의 경우, 가계 소득이 본인의 가족 규모에 적용되는 연방 빈곤 기준의 250~600% 범위에 해당하는 보험 가입 일리노이주 거주 주민은 일반 청구 금액 할인과 동일하거나 그 이상의 할인을 받습니다.

B. 보험 가입자 재해 지원

1. 가계 소득이 본인의 가족 규모에 적용되는 최신 연방 빈곤 기준의 250~600% 범위에 해당하고 무료 치료 또는 치료 할인 자격을 획득한 보험 가입 환자의 경우, 12개월 동안 총 치료 요금을 신청자 가계 소득의 25% 이내로 청구합니다.
2. NMHC는 재해 지원 계산에 신청자가 NMHC Hospital Affiliates와 NMHC Physician Affiliates에 지불해야 하는 총 금액을 포함해야 합니다. 이 금액을 포함할 경우, 조정된 총 납부 금액은 NMHC Hospital Affiliates 및 NMHC Physician Affiliates에 각각 지불해야 하는 미지급 금액일 기준으로 비례하여 분배합니다.

부록 B:
무료 치료 및 치료 할인

소유자: Andrew Scianimanico
직위: Revenue Cycle 부사장

발효일: 08/01/2019

승인: Andrew Scianimanico
Revenue Cycle 부사장
승인일: 07/18/2019

검토 기록:
작성: 03/03/2015
수정: 8/17/2016
수정: 12/29/2017, 07/18/2019

부록 C: 보험 미가입 환자의 무료 치료 및 치료 할인

I. 보험 미가입 환자의 무료 치료 및 치료 할인

NMHC는 이 부록 C와 같이 보험 미가입 환자에게 무료 치료와 치료 할인을 제공합니다.

II. 서비스

A. 아래에서 이 부록의 섹션 II.B에 언급된 내용을 제외하고, 보험 미가입 환자에 대한 무료 치료 및 치료 할인은 모든 의료상 필요한 서비스에 제공됩니다.

B. 보험 미가입 환자에 대한 무료 치료 및 치료 할인은 다음의 서비스에는 적용되지 않습니다.

1. NMH Specialty Pharmacy Services

2. NMHC Physician Affiliates의 경우, 난임 치료(일부 가임력 보존 경비 제외), 시력 교정 기술(예: LASIK) 및 NMHC 계열사 외의 검사실에서 받은 검사 서비스, 내구성 의료 장비 및 소모품, 안경, 콘택트렌즈, 보청기.

III. 주거 요건

무료 치료 및 치료 할인은 일리노이주에 거주하는 보험 미가입 환자에게 제공됩니다. 일리노이주에 거주하지 않는 보험 미가입 환자는 무료 치료 또는 치료 할인을 받을 수 없습니다. 그러나 응급 서비스를 받는 보험 미가입 신청자에게는 주거 요건이 적용되지 않습니다.

IV. 무료 치료 및 치료 할인 계산

NMHC는 Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act에 따라 보험 미가입 환자에게 무료 치료 및 치료 할인을 제공해야 합니다. NMHC는 두 가지 방법(‘보험 미가입자 차등적 요금 지원’ 및 ‘보험 미가입자 재해 지원’)을 통해 적격 보험 미가입 신청자에게 무료 치료와 치료 할인을 제공합니다. 신청자가 두 가지 방법에서 모두 자격을 충족할 경우, NMHC는 신청자에게 가장 이익이 되는 방법을 적용합니다. 둘 중 한 가지 방법에 자격을 충족하더라도 신청자가 자신의 가족 규모에 적용되는 최신 연방 빈곤 기준의 600%를 초과하는 자산을 보유하고 있다는 타당한 근거가 있을 경우, NMHC는 신청자에게 해당 자산에 대한 정보를 제공할 것을 요구할 수 있고 Free Care Committee는 무료 치료 또는 치료 할인을 제공할지 여부와 그 범위를 결정할 때 이러한 자산을 고려할 수 있습니다.

A. 보험 미가입자 차등적 요금

1. 무료 치료: 가계 소득이 본인의 가족 규모에 적용되는 최신 연방 빈곤 기준의 250% 이하인 신청자 무료 치료를 받을 수 있습니다.

2. 치료 비용 할인: 가계 소득이 본인의 가족 규모에 적용되는 최신 연방 빈곤 기준의 250~600% 범위에 해당하는 신청자는 치료 비용 할인을 받을 수 있습니다.

B. 보험 미가입자 재해 지원

1. 위의 섹션 IV.A.2에 따라 지원 자격을 획득한 신청자에게는 12개월 동안 총 치료 요금을 가계 소득의 25% 이내로 청구합니다.

2. NMHC는 재해 지원 계산에 환자가 NMHC Hospital Affiliates와 NMHC Physician Affiliates에 지불해야 하는 총 금액을 포함해야 합니다. 이 금액을 포함할 경우,

조정된 총 납부 금액은 NMHC Hospital Affiliates 및 NMHC Physician Affiliates에 각각 지불해야 하는 미지급 금액일 기준으로 비례하여 분배합니다.

V. 참고 자료

- A. Illinois Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/]
- B. Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act [210 ILCS 89/]

부록 C:

보험 미가입 환자의 치료 할인

소유자:

Andrew Scianimanico

직위:

Revenue Cycle 부사장

발효일: 09/01/2019

승인:

Andrew Scianimanico

Revenue Cycle 부사장

승인일: 01/01/2018

검토 기록:

작성: 03/03/2015

수정: 8/17/2016

수정: 12/29/2017, 08/01/2019

부록 D: 추정 자격

I. 추정 자격

아래의 섹션 III 및 IV의 요구 사항과 기준을 충족하는 보험 미가입 환자는 이 부록 D에 따라 무료 치료를 받을 자격이 있는 것으로 추정합니다. 추정 자격을 획득한 환자는 재정 지원 신청서를 작성할 필요가 없지만, 아래의 섹션 III과 IV의 요구 사항과 기준을 충족한다는 것을 입증해야 합니다.

II. 정의

Illinois Fair Patient Billing Act에 정의된 다음의 정의는 이 부록 D에도 적용됩니다.

- A. ‘환자’는 NMHC에게 서비스를 받는 개인 또는 NMHC에서 받는 서비스의 요금을 지불하는 후견인입니다.
- B. ‘추정 자격’은 추정 자격 기준을 기준으로 환자에게 재정 지원이 필요하다는 것을 입증하는 재정 지원 자격을 의미합니다.
- C. ‘추정 자격 기준’은 재정 지원 필요를 입증하기 위한 카테고리를 의미합니다.
- D. ‘추정 자격 정책’은 환자의 재정 지원 필요성을 결정하는 추정 자격 기준을 규정하는 서면 문서이며, NMHC에서는 추가 심사 없이 환자의 재정 지원 자격을 평가하는 데 사용합니다. 이 부록 D는 NMHC 추정 자격 정책을 구성합니다.

III. 주거 요건

추정 자격은 모든 일리노이주 주민에게 적용됩니다. 추정 자격은 주민이 아닌 사람에게는 제공되거나 적용되지 않습니다.

IV. 기준

다음의 추정 자격 기준은 NMHC의 재정 지원 프로그램에 따른 NMHC의 추정 자격 정책 가이드라인을 결정합니다. 다음의 프로그램 중 하나 이상에 대한 가입 자격이 입증된 보험 미가입 환자는 무료 치료 대상으로 간주되며, 해당 재정 지원에 대해 추가적인 증빙 문서를 제공할 필요가 없습니다.

- A. 노숙자
- B. 유산을 남기지 않은 사망자
- C. 환자를 대리할 사람이 없는 금치산자
- D. Medicaid 가입 대상이지만 보험이 보장되지 않는 서비스에 대한 병원 치료 기록이 없는 경우
- E. 최신 연방 빈곤 소득 기준의 250% 이하로 자격 기준을 충족하여 저소득층을 위한 다음의 지원 프로그램에 등록
 - 1. WIC(Women, Infants and Children Nutrition Program)
 - 2. SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program)
 - 3. Illinois Free Lunch and Breakfast Program

4. LIHEAP(Low Income Home Energy Assistance Program)
5. 의료를 제공하는 조직적 커뮤니티 기반 프로그램 등록(가입 자격을 저소득층으로 제한하여 평가하고 문서로 기록)
6. 의료 서비스를 지원하는 보조금 수령

F. 환자가 서비스를 받은 이후에 관련 청구서를 발행하기 전에 최대한 신속하게 NMHC가 환자의 청구서에 재정 지원을 적용하기 위해서는, 환자가 재정 지원 신청 절차에서 가능한 한 최대한 이른 시일 내에 NMHC에 추정 자격에 대해 알리고 증빙 문서를 제출하는 것이 좋습니다. 환자의 고지 없이 해당 자격 정보를 알게 된 경우, NMHC는 해당 정보를 사용하여 추정 자격을 적용합니다. 또한, NMHC는 청구가 시작된 후에 환자가 고지하고 증빙 문서를 제출한 경우에도 NMHC 서비스에 대한 추정 자격을 적용합니다.

V. 참고 자료

Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

부록 D:
추정 자격

소유자: Andrew Scianimanico
직위: Revenue Cycle 부사장

발효일: 01/01/2018

승인:

Andrew Scianimanico
Revenue Cycle 부사장
승인일: 01/01/2018

검토 기록:

작성일: 12/2013
수정일: 12/2014 – NMHC 03.0012 v 1.0에 대한 부록 A의 이전 버전 – 6/1/2011
검토일: 08/2016
수정: 12/29/2017

부록 E: 일반 홍보—NMHC HOSPITAL AFFILIATES

I. NMHC Hospital Affiliates에 대한 개별 알림 조치

환자와 후견인 및 가족, 지역 사회 전반에 NMHC의 재정 지원 프로그램을 알리기 위해, NMHC Hospital Affiliates는 이 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서, 재정 지원 신청 절차에 대한 설명, 이 재정 지원 정책의 ‘간단한 요약’(이 부록 E에서는 ‘자료’로 통칭)을 NMHC에서 서비스를 제공하는 지역 사회에 널리 홍보하기 위한 노력을 기울일 것입니다. 각 알림 조치는 다음을 포함합니다.

- A. NMHC Hospital Affiliate 웹사이트와 NMHC 웹사이트에서 다음과 같이 자료를 일반에 배포합니다.
 - 1. 최신 버전의 완전한 자료를 웹사이트의 잘 보이는 곳에 배치합니다.
 - 2. 인터넷을 사용할 수 있는 사람은 (무료로 일반에 제공되고 있는 소프트웨어를 제외한) 특별한 컴퓨터 하드웨어 또는 소프트웨어 없이도 NMHC나 NMHC Hospital Affiliate에 요금을 지불하지 않고 계정을 생성하거나 그 외에 다른 방식으로 개인식별정보를 제공하지 않아도 자료에 액세스하고, 이를 다운로드 및 확인하고 인쇄본으로 출력할 수 있습니다.
 - 3. NMHC 및 NMHC Hospital Affiliates는 온라인으로 자료에 액세스하는 방법을 문의하는 개인에게 자료가 게시된 웹페이지의 직접 웹사이트 주소 또는 URL을 제공해야 합니다.
- B. 요청이 있을 시에는 자료의 인쇄본을 별도의 요금 없이 우편 및 공개적인 장소(예: NMHC Hospital Affiliate의 접수/등록 구역 및 Emergency Department)에서 제공합니다.
- C. 각 NMHC Hospital Affiliate의 접수/등록 구역과 Emergency Department에서 잘 보이는 곳에 ‘병원에서 적격 환자에게 제공하는 이용약관에 따라 재정 지원을 받으실 수 있는지 확인해보십시오. 자세한 정보는 [병원 재정 지원 담당자 연락처 정보]에게 문의하십시오.’라고 적힌 표지판을 부착합니다. 표지판은 영문 및 NMHC 병원 시설을 이용하는 지역 사회 주민 또는 NMHC Hospital Affiliate를 이용하거나 그 영향권 내에 있는 인구 1,000명 또는 5% 미만이 사용하는 기본 언어로 작성합니다.
- D. 각 NMHC Hospital Affiliate가 서비스를 제공하는 지역 사회 구성원에게 이 정책, 그리고 이 정책 및 신청 절차에 대한 자세한 정보와 자료 사본을 얻는 방법과 장소를 알려야 합니다. 재정 지원이 가장 절실히 필요할 만한 지역 사회 구성원에게 도달하도록 합리적인 계산을 거쳐 고지해야 합니다. ‘합리적인 계산’에서는 NMHC Hospital Affiliate가 서비스를 제공하는 지역 사회 주민이 사용하는 기본 언어와 지역 사회 및 NMHC Hospital Affiliate의 기타 특성을 고려합니다.
- E. NMHC Hospital Affiliate에서 치료를 받는 환자에게 이 정책, 그리고 이 정책 및 신청 절차에 대한 자세한 정보와 자료 사본을 얻는 방법과 장소를 알려야 합니다. 특히, 각 NMHC Hospital Affiliate는 다음을 수행해야 합니다.
 - 1. 입원 또는 퇴원 절차에서 이 정책의 간단한 요약 인쇄본을 제공해야 합니다.
 - 2. 청구 명세서에 이 정책에 따라 재정 지원이 제공될 수 있다는 명확한 서면 고지를 포함하고, 이 정책 및 신청 절차에 대한 정보를 제공할 수 있는 NMHC Hospital Affiliate 사무실이나 부서의 전화번호, 이 정책과 신청서, 간략한 요약 사본을 받을 수 있는 직접 웹사이트 주소(URL)를 기재해야 합니다.

3. 적어도 Emergency Department와 접수 구역을 포함하여 NMHC Hospital Affiliate의 공개된 장소에 이 정책에 대해 환자에게 알리고 고지하는 명확한 공개 디스플레이(또는 환자의 주의를 끌 수 있을 것으로 합리적으로 계산된 기타 방법)를 설치해야 합니다.

- F. 자료는 영문 및 NMHC 병원 시설을 이용하는 지역 사회 주민 또는 NMHC Hospital Affiliate를 이용하거나 그 영향권 내에 있는 인구 1,000명 또는 5% 미만이 사용하는 기본 언어로 작성합니다.
- G. 각 계열사 자체를 제외한 응급 또는 기타 의료상 필요한 치료를 제공하는 의료 기관 목록과 해당 의료 기관에 이 정책이 적용되는지 여부는 Financial Counseling Department에서 관리하고, 본 정책에 참조를 통해 포함됩니다.

II. 참고 자료

- A. Internal Revenue Code Section 501(r)
- B. Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

부록 E:

홍보

소유자:

Andrew Scianimanico

직위:

Revenue Cycle 부사장

발효일: 02/01/2016

승인:

Andrew Scianimanico

Revenue Cycle 부사장

승인: 02/01/2016

검토 기록:

작성: 03/03/2015

부록 F: 해당 기간 및 개별 환자 고지 요건—NMHC HOSPITAL AFFILIATES

I. 청구기간

Illinois Fair Patient Billing Act에 따라, 입원 치료를 마치거나 외래 치료를 받은 날로부터 60일 중에서 이후의 시점 이내에 재정 지원을 신청하도록 환자에게 안내하고 NMHC는 해당 60일이 지날 때까지 보험 미가입 환자에게는 청구서를 발송하지 말아야 합니다. NMHC는 60일의 기한이 지난 후 환자에게 청구할 수는 있지만 신청 기간 중 언젠가 접수된 신청서를 처리해야 합니다.

II. 예외적인 징수 조치를 취하기 전 자격 결정 필요

A. 고지의 필요성

예외적인 징수 조치(ECA)를 취하기 전에, NMHC Hospital Affiliates는 이 부록 F에 규정된 절차에 따라 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 확인하기 위한 합리적 노력을 기울여야 합니다. 특히, NMHC Hospital Affiliate가 환자에게 제공하는 치료와 관련하여 NMHC Hospital Affiliate는 다음과 같은 조치를 취해야 합니다.

1. 치료 요금을 징수하기 위해 ECA를 실행하기 전에 이 부록 F에서 설명한 대로 재정 지원 프로그램에 대해 환자에게 고지하고, NMHC Hospital Affiliate가 입원 치료 후 처음으로 치료 요금 청구 명세서를 발송한 날로부터 120일 이상 지나기 전에 이러한 ECA를 실행해서는 안 됩니다(이 부록 F의 섹션 II.C항에서 설명한 ECA 제외). 참고: 여러 건의 치료가 결합된 경우, 120일 기한은 집계된 치료 건수 중 가장 최근의 건에 대한 입원 치료 후 첫 번째 청구 명세서를 기준으로 시작합니다.
2. 환자가 신청 기간에 불완전한 신청서를 제출한 경우, 신청서를 작성하는 방법을 환자에게 안내하고 이 부록 F의 섹션 II.D에 설명된 대로 환자가 신청서를 적절히 작성할 수 있는 타당한 기회를 제공합니다.
3. 환자가 신청 기간에 완전한 신청서를 제출한 경우, 이 부록 F의 섹션 II.E에 설명된 대로 환자가 치료에 대해 재정 지원을 받을 수 있는지 결정합니다.

B. 일반적인 고지

NMHC Hospital Affiliates는 일반적으로 치료에 대한 요금을 징수하기 위해 하나 이상의 ECA를 처음으로 실행하기 30일 이상 전에 다음의 조치를 취해서 환자 및/또는 후견인에게 재정 지원 프로그램에 대해 알려야 합니다.

1. 적격 환자에게 재정 지원이 지원된다는 사실을 알리고, NMHC Hospital Affiliate(또는 다른 권한이 있는 당사자)가 치료에 대한 요금을 징수하기 위해 실행하려는 ECA를 안내하고, 해당 서면 고지를 제공한 날로부터 30일 이후에 해당 ECA가 시작되는 마감 기한을 설명하는 서면 고지를 환자에게 제공합니다.
2. 환자에게 상기 서면 고지와 함께 재정 지원 프로그램에 대한 간단한 요약を提供합니다.

3. 환자에게 재정 지원 프로그램에 대해 구두로 알리고, 지원 절차에서 도움을 얻을 수 있는 방법에 대해 설명하기 위해 합리적 노력을 기울입니다.

C. 이전 치료 요금 미납에 의한 치료 연기 또는 거부

이전 치료 요금 미납에 의해 치료를 연기하거나 거부하는 ECA를 실행할 경우, NMHC Hospital Affiliate는 ECA를 시작하기 30일 이내에 재정 지원 프로그램에 대해 환자에게 고지해야 합니다. 단, NMHC Hospital Affiliate는 다음을 수행해야 합니다.

1. 그 외에 이 부록 F의 섹션 II.B 요구 사항을 충족하지만 섹션 II.B에 설명된 대로 고지하는 대신 환자에게 신청서, 그리고 적격 환자에게 재정 지원을 제공한다는 설명과 마감 기한이 기재된 서면 고지를 제공한 경우, 그 이후에는 NMHC Hospital Affiliate는 쟁점이 되는 이전의 치료 내용에 대해 환자가 제출한 신청서(또는 해당할 경우 완료된 신청서)를 접수하여 처리할 수 없습니다. 이 마감 기한은 서면 고지를 제공한 날짜로부터 30일 이후 또는 이전에 제공된 치료에 대한 입원 치료 후 청구 명세서가 제공된 날짜로부터 240일 이후보다 이전이어서는 안 됩니다.
2. 환자가 상기 마감 기한 당일 또는 그 이전에 앞서 제공 받은 치료에 대한 신청서를 제출할 경우(또는 NMHC Hospital Affiliate가 마감 기한을 정하지 않은 경우 언제든지) 해당 신청서를 긴급으로 처리합니다.

D. 미작성 신청서

환자가 신청 기간에 완료되지 않은 신청서를 제출할 경우, NMHC Hospital Affiliates는 다음과 같은 조치를 취합니다.

1. ECA를 중단합니다.
2. 환자에게 신청서를 완료하는 데 필요한 추가 자료에 대한 서면 고지를 발송합니다. 이 서면 고지에는 재정 지원 프로그램의 간단한 요약과 재정 지원 프로그램에 대한 정보를 제공하는 NMHC Hospital Affiliate 사무실 또는 부서나 신청 절차를 안내하는 사무실 또는 부서의 전화번호와 물리적 위치를 포함해야 합니다. 환자는 신청 기간이 끝날 무렵 또는 고지를 수령한 날로부터 30일 이내에 추가 자료를 제출해야 하며, 불가피한 상황이 있을 시 예외가 적용됩니다.

E. 신청서 작성

환자가 신청 기간에 작성된 신청서를 제출할 경우, NMHC Hospital Affiliates는 다음과 같은 조치를 취합니다.

1. 환자에 대한 ECA를 중단합니다.
2. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 결정을 내리고 문서로 기록합니다.
3. 환자에게 자격 결정에 대해 서면으로 알리고, 여기에는 해당할 경우 환자가 참여할 수 있는 재정 지원과 결정에 대한 근거를 포함합니다.
4. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있을 경우 NMHC Hospital Affiliates는 다음과 같은 조치를 취합니다.

- a. (무료 치료 외의 재정 지원 자격을 획득한) 환자에게 재정 지원 대상으로서 지불해야 하는 금액이 표시된 청구 명세서, 금액 결정 기준, 치료에 대해 일반적으로 청구되는 금액과 관련된 정보를 얻는 방법에 대한 설명을 제공합니다.
- b. 환자가 신청서에 포함된 치료에 대해 지불하였지만 재정 지원 대상으로서 지불해야 하는 금액을 초과한 금액(\$5.00 미만 또는 고지 또는 Internal Revenue Bulletin에 게시된 기타 지침에서 정한 다른 금액)을 환불합니다.
- c. ECA를 취소합니다(채권 매각은 예외로 적용).

- F. NMHC Hospital Affiliates는 이 부록 F에 규정된 모든 고지 요건을 문서로 기록해야 합니다.
- G. 이 부록은 26 C.F.R. 1.501(r)-6에 따라 이행됩니다. 이 부록 F가 26 C.F.R. 1.501(r)-6를 준수하지 않거나 26 C.F.R. 1.501(r)-6에서 이 부록 F에 대한 자세한 정보를 제공할 경우, 26 C.F.R. 501(r)-6를 우선합니다.

III. 참고 자료

- A. Internal Revenue Code Section 501(r)
- B. Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

부록 F:
해당 기간

소유자: Andrew Scianimanico
직위: Revenue Cycle 부사장

발효일: 02/01/2016

승인:

Andrew Scianimanico
Revenue Cycle 부사장
승인: 02/01/2016

검토 기록:

작성: 03/03/2015

부록 G: 의료 기관 목록

I. 이 정책이 적용되거나 적용되지 않는 의료 기관 목록

- A. Financial Counseling Department에서는 각 NMHC Hospital Affiliate를 대신하여 응급 의료 또는 기타 의료상 필요한 치료를 제공하는 NMHC Hospital Affiliate 외에 다른 의료 기관 목록을 관리하며, 해당 기관에 이 정책이 적용되는지 여부를 표시합니다.
- B. 이 목록은 요청에 따라 NMHC Hospital Affiliate 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. 이 목록의 문서 사본은 Financial Counseling Department에서 무료로 받을 수 있습니다.
- C. 이 목록은 분기에 1회 이상 업데이트됩니다.

II. 참고 자료

- A. Internal Revenue Code Section 501(r)
- B. Internal Revenue Notice 2015-46

부록 G:
의료 기관 목록

소유자: Andrew Scianimanco
직위: Revenue Cycle 부사장

발효일: 09/01/2016

승인:

Andrew Scianimanco
Revenue Cycle 부사장
승인: 08/22/2016

검토 기록:

작성: 03/03/2015
수정: 8/17/2016

부록 H: 건강 검사 재정 지원

I. 환자 건강 검사 재정 지원 설명

- A. NMHC 는 NM Lab(NMH 의 부서)과 HealthLab(Central DuPage Hospital 의 부서)를 통해 건강 검사 서비스를 제공하고자 노력하고 있습니다. 건강 검사 재정 지원은 의국에서 채취하여 NM Lab 및 HealthLab 으로 보내거나 NM Lab 및 HealthLab 채취 센터에서 얻은 샘플에 대한 NM Lab 및 HealthLab 검사 서비스에서 발생하는 환자 부담 잔액으로만 제한됩니다.
- B. NMHC 가 환자가 지불해야 하는 잔액에 대해 재정 지원을 받을 수 있는지 NM Lab 및 HealthLab 환자를 평가합니다.
- C. 건강 검사 재정 지원은 정부 프로그램 수혜자(Medicare Advantage 및 Medicaid 관리형 치료 보험)에게는 제공되지 않습니다.
- D. 건강 검사 재정 지원은 NMHC 환자 회계 서비스에서 자동 환자 명세서 프로세스를 통해 관리되며, 해당 환자 잔액에 자동 적용됩니다.

II. 서비스

- A. NM Lab 및 HealthLab 을 통해 제공되는 병원 및 의학적으로 필요한 전문적 건강 검사.
- B. 재정 지원은 클라이언트 청구 서비스에는 적용되지 않습니다. 이 경우, NM Lab 또는 HealthLab 이 검사 서비스를 제공하고 보험사 및 환자가 아니라 의료 기관에 해당 서비스 요금을 직접 청구할 수 있습니다. 클라이언트 청구 서비스를 받은 환자는 NM Lab 또는 HealthLab 이 아니라 클라이언트로부터 요금이 청구됩니다.

III. 주거 요건

건강 검사 재정 지원과 관련된 주거 요건은 없습니다.

IV. 건강 검사 재정 지원 계산

- A. NMHC 는 FPL 600% 미만인 환자의 치료 비용 납부 잔액에 대해 90% 할인을 적용합니다.
- B. 건강 검사 재정 지원 후에 다른 할인이 적용될 수 있습니다.

부록 H:
건강 검사 재정 지원

소유자: Andrew Scianimanco
직위: Revenue Cycle 부사장

발효일: 02/26/2019

승인:

Andrew Scianimanco
Revenue Cycle 부사장
승인: 02/26/2019

검토 기록:

작성: 06/03/2017