

| | | |
|-----------------|------------------------|---------------------------|
| 부서/분류: 재정 관리 | 페이지 1/25 | 정책 번호 FIN 03.0012 |
| 제목: 재정 지원 | 검토일: 2021 년 9 월 1 일 | 발효일: 2025 년 2 월 6 일 |
| | | 차기 검토일: 2026 년 9 월 1 일 |

적용 범위: 아래 명시된 기관과 그 자회사 및 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 - Academic Medical Center (AMC) | <input checked="" type="checkbox"/> NM – Central DuPage Hospital |
| <input checked="" type="checkbox"/> NM – Northwestern Medical Group - Northwestern Health Network (NHN) | <input checked="" type="checkbox"/> NM – Delnor Hospital |
| <input checked="" type="checkbox"/> NM – Regional Medical Group - Northwestern Health Network (NHN) | <input checked="" type="checkbox"/> NM – Valley West Hospital |
| <input checked="" type="checkbox"/> NM – Kishwaukee Hospital | <input checked="" type="checkbox"/> NM – Palos Community Hospital |
| <input checked="" type="checkbox"/> NM – Marianjoy Rehabilitation | <input type="checkbox"/> NM – 시스템 기능 / NMHC 직원 |
| <input checked="" type="checkbox"/> NM – Huntley Hospital / <input checked="" type="checkbox"/> NM – McHenry Hospital / <input checked="" type="checkbox"/> NM – Woodstock Hospital | |
| 외래 수술 센터(독립적) <input type="checkbox"/> NM – Surgery Center River North <input type="checkbox"/> NM – Surgery Center Sycamore <input type="checkbox"/> NM – Surgery Center Warrenville <input type="checkbox"/> NM – Palos Health Surgery Center, LLC | <input type="checkbox"/> NM – 기타 **아래 “적용 범위/대상자/영향받는 영역”항 참조.** |

I. 목적:

본 문서의 목적은 재정적 자원이 부족한 대상자에게 제공되는 재정 지원과 관련된 Northwestern Memorial HealthCare의 정책을 정의하기 위함이다.

II. 정책 선언문:

- A. A. Northwestern Memorial HealthCare 및 그 계열사(이하 “NMHC”로 통칭함)는 보험 미가입자, 보험 보장이 불충분하거나, 정부 프로그램 부적격자 또는 지불이 불가능한 대상자를 포함하되 이에 국한되지 않는 NMHC 계열사에서 받은 의학적으로 필요한 진료에 대한 지불 능력이 없는 NMHC 지역사회 구성원의 의료 요구를 충족할 수 있도록 최선을 다한다. 재정 지원의 배분 및 우선순위 결정은 지역사회의 다양한 필요, 학술 의료 센터로서의 NMHC의 사명, 자원 배분을 위한 재정 프로토콜, 관련 법률 및 규정을 고려한다. 전술한 내용에도 불구하고, NMHC는 본 정책에 따른 재정 지원 자격 여부와 관계없이 응급 의료 상태에 대한 진료를 차별 없이 제공한다.
- B. 재정 지원은 다음을 포함한 여러 프로그램(“재정 지원 프로그램” 또는 “프로그램”으로 통칭함)을 통해 이용 가능하다.
 1. [보험 가입 환자 무상 및 감면 진료](#) (부록 B에 명시)
 2. [보험 미가입 환자 무상 및 감면 진료 프로그램](#) (부록 C에 명시)
 3. [추정적 자격](#) (부록 D에 명시)
 4. 수익 주기 관리 부사장이 승인한 향후 프로그램(부록에 추가 포함 예정)

III. 적용 범위/대상자/영향받는 부서:

본 정책은 지역사회사의 필요를 충족하기 위한 자원의 배분 및 우선순위 결정에 관여하는 부록 A-2에 제시된 기관의 모든 수준의 NMHC 관리자 및 직원에게 적용된다. 단, 본 정책은 NMHC 병원 계열사에 소속되어 있으나 NMHC 의사 계열사에 고용되거나 계약하지 않은 의사에게는 적용되지 않는다. 본 정책은 각 계열사에 독립적인 법인으로 적용되며, 본 정책에 달리 명시되지 않는 한, 각 계열사는 본 정책의 요구 사항을 독립적으로 충족해야 한다. 각 계열사에서 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료를 제공하는 의료 제공자 목록 및 해당 의료 제공자가 본 정책의 적용을 받는지 여부는 재정 상담 부서에서 별도로 관리하며, 부록 G로서 본 정책에 참조로 포함된다.

IV. 정의:

본 정책에서 별도로 정의되지 않은 대문자로 표기된 용어는 [부록 A에 정의되어 있다.](#)

V. 책임:

- NMHC의 재정 상담 부서는 치료 전 또는 치료 중에 재정 지원을 신청하는 신청자를 지원할 책임이 있다.
- NMHC 내에서 청구 문의, 고객 서비스, 자가 부담 추적 관리를 처리하는 부서는 서비스 제공 후 신청자를 지원해야 한다.
- 수익 주기 관리 부서는 상기 IV.A 및 IV.B 항에 명시된 부서와 함께 재정 지원 신청 승인 및 모든 증빙 서류 획득에 대한 책임이 있다.
- 수익 주기 관리 부서는 환자에게 청구되는 금액의 산정 근거를 개발하고, 요청 시 그 산정 기준을 설명할 책임이 있다.

VI. 고지:

NMHC 병원 계열사는 환자, 보증인, 그 가족 및 더 넓은 범위의 지역사회 구성원에게 NMHC 재정 지원 프로그램의 존재를 알릴 수 있도록 시설 방문자에게 본 정책을 고지하고, 본 정책을 널리 홍보할 수 있는 조치를 취해야 한다. 구체적인 고지 방법은 해당 법률에 따라야 하며 부록 E에 구체적으로 명시되어 있다.

VII. 자격 결정:

- 자격 결정 시기: 신청자의 재정 지원 자격 결정은 가능한 한 빠른 시기에 이루어져야 한다. 환자가 응급 서비스 이외의 서비스를 요청하는 경우, 가능한 한 서비스 예약 및/또는 제공 전에 자격 결정이 이루어져야 한다.
- 신청 요건: 이전에 자격이 결정되었거나 본 정책 내에서 달리 규정되지 않는 한, 환자 또는 보증인은 재정 지원 신청서를 작성하고, 법률에 따라 신청자의 재정 상태(해당하는 경우 신청자 가족에 관한 정보 포함) 및 재정 지원 자격 결정에 필요한 기타 정보를 제공하는 지원 서류를 제공해야 한다. 신청서 제출 기한 및 기타 신청 관련 기한은 해당 법률에 따르며, 부록 F에 명시되어 있다. 신청서는 NMHC가 제공하는 양식을 사용하며, Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act 및 기타 해당 법률의 규정을 준수해야 한다. 본 정책 또는 부록에 달리 명시되지 않는 한, 신청서는 지난 12개월 동안 NMHC와 기존 관계가 있었거나 향후 예약 또는 입원이 예정된 개인만 접수할 수 있다. 환자는 모든 NMHC 계열사에서 인정되는 한(1) 부의 신청서를 작성해야 한다.

C. 승인 기간:

1. 승인 후 NMHC 는 대체 지불원이 확보될 때까지 재정 지원을 제공한다. 신청자는 해당하는 경우 대체 지불원을 신청하고 확보하는 데 협조해야 하며, 따라서 자격 결정은 신청자가 보험 보장을 받을 수 있는 다음 등록 기간이 시작될 때까지 유효하다. 전술한 내용에도 불구하고, 다음의 제한 사항이 적용된다.
 - a. 응급 서비스에 대한 재정 지원은 응급 서비스 및 관련 안정화 진료로 제한될 수 있다.
 - b. NMHC 병원 계열사 서비스에 대한 재정 지원은 에피소드 기준으로 승인될 수 있으며, 이러한 승인은 IX 항에 명시된 추가 프로그램 요건 및 심사 절차의 적용을 받을 수 있다.
 - c. 자격 결정은 12 개월을 초과할 수 없다.
 2. 신청자는 이전에 승인된 기간 동안 자격에 영향을 미칠 수 있는 재정 상태가 변경되는 경우 이를 즉시 NMHC 에 알려야 한다. 신청자가 재정 상태 변경 사항을 30 일 이내에 NMHC 에 통지하지 않으면 신청자의 무상 또는 감면 진료를 계속 받거나 향후 재정 지원 자격에 영향을 미칠 수 있다.
 3. NMHC 재정 지원 정책 위원회는 대체 자격 결정 방법(아래 VII.D 항 참조)에 기초한 자격 결정의 유효 기간을 결정해야 하되, 이 기간은 십이(12) 개월을 초과할 수 없다.
 4. 치료 과정 중에 환자의 자격이 종료되고 담당 의료 제공자의 판단에 따라 진료 전환이 환자에게 해로울 것으로 확인되는 경우, 환자 및/또는 담당 의료 제공자는 본 정책의 XV 항에 따라 NMHC Medical Director 또는 그 위임을 받은 자 및 수익 주기 관리 부사장의 승인을 받아 Free Care Committee 에 평가 예외를 요청할 수 있다.
- D. 대체 자격 결정 방법: NMHC(또는 그 대리인)는 재량에 따라 작성된 신청서 이외의 방법으로 환자 또는 보증인의 재정 지원 자격을 평가할 수 있다. 이 경우, 자격 결정은 신용 조사 기관, 공공 기록 또는 환자 또는 보증인의 프로그램 자격을 평가하는 기타 객관적이고 합리적으로 정확한 수단에서 제공하는 정보를 사용할 수 있다.
- E. 정보 은닉: 심사 과정 중 어느 시점에서든 신청자가 관련 정보를 의도적으로 은닉하거나, 허위 정보를 제공하거나, 부정확한 정보를 제공한 것이 신용 기관 또는 기타 이용 가능한 출처를 통해 얻은 정보로 입증되고 신청자가 NMHC 를 만족시키는 방식으로 불일치를 해결할 수 없는 경우, 신청자는 재정 지원 부적격 판정을 받을 수 있으며, 불일치 사항이 해소될 때까지 일상적인 징수 활동이 재개된다. 전술한 내용에도 불구하고, NMHC 는 신뢰할 수 없거나 부정확하다고 믿을 만한 이유가 있는 정보 또는 강압 또는 강제적 관행(요청된 정보를 제공할 때까지 응급 의료 상태에 대한 진료를 지연하거나 거부하는 것을 포함)의 사용을 통해 신청자로부터 얻은 정보에 기초하여 재정 지원을 거부해서는 안 된다.

VIII. 지원 대상 서비스:

- A. NMHC 병원 계열사는 신청자가 임상 프로그램 기준을 충족하고 재정적으로 부담해야 하는 의학적으로 필요한 서비스에 대해서만 재정 지원을 제공해야 한다.
- B. 이식 및 이식 관련 서비스에 대한 재정 지원은 별도의 절차에 따라 결정되며, 본 정책의 부록으로 포함될 수 있다.
- C. 본 정책의 어떠한 내용도 NMHC 가 환자에게 일상적으로 제공하지 않는 서비스를 제공할 의무를 부과하지 않는다.

IX. 추가 프로그램 요건 및 심사 절차:

- A. 특정 시술에 대한 재정 지원은 추가 프로그램 요건 및/또는 심사 절차의 적용을 받을 수 있다. 추가 심사 요건은 환자 및 의사에게 전달되어야 한다. 예를 들면 다음과 같은 요건 및 절차가 포함될 수 있으며, 이에 제한되지 않는다.
1. 보험 보장 가능성을 포함하여 재정 지원에 대한 지속적인 자격을 보장하기 위한 환자의 현재 재정 상태 재검토
 2. 환자의 미납금에 대한 지불 약정을 확보하거나 기타 납부 계획을 수립
 3. 다른 치료 방법이 소진되었는지 또는 이전에 시도한 경우 성공 가능성을 보장하고/하거나 사후 관리 자원이 마련되어 있는지 확인하기 위한 선택된 시술에 대한 평가, 또는
 4. 적절한 수준 또는 유형의 제공자로부터 서비스를 확보

X. 제 3 자 자원 소진:

- A. 재정 지원은 보험사(예: 건강, 주택, 자동차 책임, 산재 보상 또는 고용주가 지원하는 의료비 상환 계정), 정부 프로그램(예: Medicare, Medicaid 또는 기타 연방, 주 또는 지방 프로그램) 또는 소송, 합의 및/또는 민간 모금 활동의 수익금(“제 3 자 자원”으로 통칭함)을 포함하되 이에 국한되지 않는 모든 제 3 자 혜택/자원이 합리적으로 소진된 후 남은 본인 부담금에만 적용된다. 재정 지원을 받는 환자로서 의학적으로 필요한 진료(응급 서비스 제외)가 필요한 경우 가능한 한 Medicaid, 건강보험거래소 또는 기타 이용 가능한 지불 프로그램에 대한 자격을 심사받아야 하며, 자격이 있는 것으로 판명되면 환자는 시술 예약 및/또는 서비스 제공 전에 등록 요건을 완전히 충족해야 한다. 이용 가능한 Medicaid, 건강보험거래소 또는 기타 이용 가능한 지불 프로그램에 등록하지 않거나 등록을 거부하는 적격 환자는 재정 지원 부적격 판정을 받을 수 있다. Medicaid, 건강보험거래소 또는 기타 이용 가능한 지불 프로그램을 신청해야 하며, 이를 이행하지 않는 경우 재정 지원 자격이 박탈될 수 있음을 최소 한(1) 번 환자에게 서면으로 통지해야 한다. 신청자가 Medicaid, 건강보험거래소 또는 기타 이용 가능한 지불 프로그램에 등록하도록 지원하는 노력이 있는 경우 이를 문서화해야 한다.
- B. 응급 서비스 이외의 진료를 요청하는 환자가 HMO 또는 PPO의 보장을 받고 NMHC가 네트워크 내 제공자가 아닌 경우, 환자는 본인이 보장을 받은 제공자로부터 진료를 받도록 안내되어야 하며 해당 환자에게는 재정 지원 자격이 부여되지 않는다. 재정 지원은 네트워크 외 비용에 대해서는 제공되지 않는다.

XI. 금액 제한:

재정 지원 프로그램에 따라 할인율이 다를 수 있다. 할인 산정 방식은 본 정책의 부록에 명시되어 있다. 단, 모든 재정 지원 프로그램에 있어, 연간 가구 소득이 해당 연방 빈곤선의 600% 이하인 재정 지원 프로그램 유자격자에게 응급 의료 상태 또는 기타 의학적으로 필요한 진료를 제공하는 경우 NMHC 병원 계열사가 청구하는 금액은 이러한 진료를 보장하는 보험이 있는 개인에게 일반적으로 청구되는 금액(“일반 청구 금액 할인”)을 초과하지 않아야 한다.

XII. 응급 진료:

- A. 연방 응급 의료에 관한 법률(Emergency Medical Treatment and Labor Act) 준수에 관한 NMHC 정책에 따라 NMHC 병원 계열사는 진료비 지불 능력 또는 재정 지원 자격 여부와 관계없이 개인에게 응급 의료 상태에 대한 진료를 차별 없이 제공해야 한다.

B. NMHC 병원 계열사는 개인이 응급 의료 상태에 대한 진료를 요청하는 것을 저해하는 행위를 해서는 안 되며, 이는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는다.

1. 응급실 환자에게 응급 의료 상태에 대한 의학적 심사 또는 치료를 제공하기 전에 지불을 요구하는 행위, 또는
2. 응급실 또는 그러한 활동이 응급 의료 상태에 대한 진료를 차별 없이 제공하는 것을 방해할 수 있는 채무 추심 활동을 NMHC 병원 계열사의 기타 부서에서 허용하는 행위

XIII. 환급:

재정 지원의 적용은 모든 미결 잔액에 적용되어야 한다. 환급은 NMHC의 Free Care Committee에서 심사하며, 법률에서 요구하는 대로 이루어져야 한다.

XIV. 계열사 간 자격 결정의 조정:

NMHC 계열사들은 상호 협력하여 자격 결정에 대한 조정을 수행해야 한다.

XV. 예외 및 항소:

NMHC 의사 및/또는 임상직은 환자를 대신하여 재정 지원을 요청할 수 있으나, 환자가 요청을 뒷받침하는 데 필요한 정보 및 서류를 제공해야 한다. 의사 또는 환자가 자격 또는 프로그램 결정에 동의하지 않거나 의사 또는 환자가 본 정책에 대한 예외를 요청하는 경우, 수익 주기 관리 부사장의 승인을 받아 Free Care Committee에 항소 또는 예외 요청을 해야 한다. 이 결정은 환자 또는 의사가 지원 자격을 입증하는 중요한 새로운 또는 추가 정보(예: 소득 변경, 실직 및 이전 심사 내용을 실질적으로 변경하는 기타 상황)를 제공하기 전까지는 최종적이며, 구속력을 갖는다.

XVI. 미납 시 조치:

NMHC 신용 및 추심 정책은 미납금에 대해 취할 수 있는 조치를 설명한다. 일반 대중은 재정 상담 부서에 연락하여 NMHC 신용 및 추심 정책의 무료 사본을 받을 수 있다.

XVII. 기존 프로그램에 대한 적용 가능성:

본 정책의 발효일 이전에 환자에게 제공된 재정 지원은 축소되지 않으며, 승인서에 명시된 기간 동안만 유효하다. 해당 재정 지원이 만료되면 본 정책이 적용된다.

XVIII. 정책 업데이트 일정:

본 정책은 오(5)년 마다 또는 적절한 경우 더 자주 검토 또는 업데이트된다.

XIX. 보고:

NMHC는 재정 지원 프로그램과 관련하여 요구되는 모든 정보를 적절한 정부 기관에 보고해야 한다.

XX. 모니터링 및 비실질적 업데이트:

A. 재정 지원 정책 위원회는 본 정책의 지속적인 모니터링에 대한 책임이 있으며, 다음 사항을 포함하여 본 정책에 따른 관행을 검토해야 한다.

1. 환자의 자격을 평가하기 위한 통제 절차가 마련되어 있는지 여부
2. 재정 지원 자격이 있거나 재정 지원을 받고 있는 환자에 대한 정보가 추적 및 유지되고 있는지 여부

3. 재정 지원의 존재가 지역사회 및 환자에게 전달되는지 여부
 4. 지역사회 구성원이 응급 의료 상태에 대한 진료를 요청하는 것을 저해하지 않도록 보장하는 조항이 마련되어 있는지 여부
 5. 재정 지원을 받는 환자에 대한 주심 조치가 적절하게 취해지는지 여부
- B. 수익 주기 관리 부문 부사장은 본 정책에 대한 비실질적 업데이트(예: 최신 연방 빈곤 지침 반영, 주소 변경 등)를 적용할 수 있다.

XXI. 참고문헌:

- 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:

- A. 부록 A: 정의
 1. 부록 A-1: 연방 빈곤 지침
 2. 부록 A-2: NMHC 계열사
- B. 부록 B: 보험 가입 환자 무상 및 감면 진료
- C. 부록 C: 보험 미가입 환자 무상 및 감면 진료
- D. 부록 D: 추정적 자격
- E. 부록 E: 일반 고지—NMHC 병원 계열사
- F. 부록 F: 적용 기간 및 개별 환자 고지 요건—NMHC 병원 계열사
- G. 부록 G: 제공자 목록
- H. 부록 H: 실험실 검사 재정 지원

XXIII. 승인:

책임자: Andrew Scianimanico
부사장, 수익 주기 관리 최고 책임자

검토자: 재정 위원회 위원
세금 및 규제 검토 위원회 위원
재정 지원 정책 위원회 위원
재정부 부사장
행정부 수석 부사장
기업 준법 및 윤리
법무팀

위원회: 없음

승인자: John Orsini
전무 부사장 겸 CFO
Northwestern Memorial HealthCare
전자 승인: 2021 년 8 월 20 일

XXIV. 검토 이력:

작성일: 2011 년 5 월 1 일(현지 NMH 정책 폐지)

검토/개정: 2014 년 12 월 29 일(2016 년 2 월 1 일 시행 정책 - NMHC 03.0012 v1.0 – 2011 년 6 월 1 일 – 무상 및 감액 진료를 대체함), 2016 년 8 월 17 일(2016 년 9 월 1 일 시행 정책 - NM-CDH, NM-Delnor, NM-RMG 를 포함하도록 적용 범위 업데이트, 다른 업데이트 내용은 없음), 2018 년 9 월 1 일(적용 범위 매트릭스 업데이트 – 2018 년 9 월 1 일 자로 Marianjoy Rehabilitation 및 Marianjoy Medical Group 에 적용), 2020 년 8 월 11 일(NMHC 세금 및 규제 검토 위원회에서 2020 년 9 월 1 일 자로 NW 지역 병원(Huntley, McHenry, Woodstock)을 NMHC 재정 지원 정책에 포함시키는 것을 승인함), 2021 년 9 월 1 일, 2023 년 7 월 17 일

| | | |
|-----------------------|-------------|--------------------|
| 제목: 재정 지원 부록 A: 정의 | 페이지 8/25 | 정책 번호 FIN 03.0012A |
|-----------------------|-------------|--------------------|

부록 A: 정의

계열사: NMHC의 지배를 받거나, NMHC를 지배하거나, NMHC와 공동 지배 하에 있는 법인. 본 정책이 적용되는 NMHC 계열사는 [부록 A-2](#)에 나와 있다. 본 정책의 목적상 “계열사”라는 용어는 법적으로 또는 기타 사유로 본 정책을 채택할 수 없는 NMHC 계열사를 포함하지 않는다.

일반 청구 금액/일반 청구 금액 할인: 본 정책에 따라 지원 자격이 있는 개인에게 외래 방문 또는 입원 기간 동안 NMHC 병원 계열사가 제공하는 응급 의료 상태 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 대한 청구 금액이 그러한 진료를 보장하는 Medicare 또는 상업 보험이 있는 개인에게 일반적으로 청구되는 금액(“일반 청구 금액”)을 초과하지 않도록 보장하는 데 필요한 할인. 일반 청구 금액 할인은 회고 방식에 기초하여 법률에 따라 산정된다. 각 NMHC 병원 계열사는 자체 일반 청구 금액 할인을 산출해야 한다. 각 NMHC 병원 계열사에서 사용되는 방법에 대한 서면 설명은 NMHC 재정 상담 부서에 연락하여 받을 수 있다. 의사 계열사는 NMHC에 적용되는 일반 청구 금액 할인을 적용해야 한다.

신청인: 신청인은 환자 및/또는 환자의 보증인을 포함하여 재정 지원 신청서를 제출하는 사람을 의미한다.

신청서: 재정 지원 신청서

신청 기간: NMHC 병원 계열사가 개인의 재정 지원 자격 여부를 결정하기 위해 합리적인 노력을 기울였다고 간주되기 위해 개인이 제출한 신청서를 접수하고 처리해야 하는 기간을 의미한다. NMHC 병원 계열사가 개인에게 제공한 진료와 관련하여, 신청 기간은 개인에게 진료가 제공된 날짜에 시작되어 NMHC 병원 계열사가 개인에게 해당 진료에 대한 퇴원 후 첫 번째 청구서를 제공(즉, 우편 발송, 전자 전송 또는 직접 전달)한 날짜로부터 240 일째 되는 날에 종료된다.

청구 요금: 서비스 시점에 유효한 NMHC 계열사의 마스터 청구 일정표를 기반으로 한 서비스 요금으로, 계약상 할인, 감액 또는 공제를 적용하기 전에 계열사가 환자에게 일관되고 균일하게 청구하는 요금.

진료비 기준 할인: 각 NMHC 계열사 병원의 Medicare 비용 보고서의 총 비용 대 청구 비율과 재정 지원 자격이 있는 것으로 확인된 계정의 청구 요금을 곱하여 계산된 금액에 해당하는 할인. 단, 전술한 내용에도 불구하고, NMHC는 행정상의 편의를 위해 환자에게 가장 유리한 단일 진료비 기준 할인을 설정할 수 있다. 진료비 기준 할인은 일반 청구 금액 할인보다 크거나 같아야 한다.

감면 진료: 무상 진료 이외에 청구 요금보다 낮은 가격으로 제공되는 진료. 할인에는 진료비 기준 할인 및 일반 청구 금액 할인이 포함된다.

응급 의료 상태: 응급 의료 상태는 사회보장법 제 1867 조(42 U.S.C. 1395dd)에 정의된 바와 같다.

응급 서비스: 응급 서비스에는 응급 의료 상태에 대해 응급실을 통해 받는 서비스, 거절 없는(Never-Say-No) 서비스 또는 수익 주기 관리 부사장이 확인하여 본 정책의 부록에 수시로 명시하는 기타 서비스가 포함된다.

특별 추심 조치(ECA): 재정 지원 프로그램의 적용을 받는 진료 청구서의 지불을 받는 것과 관련하여 NMHC 병원 계열사가 개인에 대해 취할 수 있는 조치. 이러한 ECA는 NMHC 재정 정책, 신용 및 추심에 추가로 정의되어 있으며, 예를 들어 이전에 제공된 진료에 대한 지불 요구 및/또는 재산에 대한 유치권 설정 등이 포함된다.

가구 규모: 신청자의 가장 최근 세금 신고서에서 “신고 유형” 항목에 나열된 개인의 수. 세금 신고서를 이용할 수 없는 경우, 가구 규모는 신청자의 가구에 거주하는 개인의 수와 같은 것으로 간주한다. 다른 개인이 자신의 세금 신고서에서 신청자를 피부양자로 신고하는 경우, 피부양자를 신고하는 개인의 가구 구성원이 가구 규모에 포함될 수 있다.

연방 빈곤 지침: 미국 보건복지부가 42 USC 9902(2)의 권한 하에 연방 관보에 주기적으로 업데이트하는 연방 빈곤 지침. 부록 A-1 에 첨부된 지침은 연방 관보 및 미국 보건복지부 웹사이트에 새로운 연방 빈곤 지침이 발표된 후 삼십(30) 일 이내에 매년 조정되어야 한다.

재정 지원: 다양한 프로그램(“재정 지원 프로그램” 또는 “프로그램”으로 통칭함)에 따라 NMHC 의 재정 지원 기준을 충족하고 의료 서비스의 전부 또는 일부에 대한 지불 능력이 없는 환자에게 제공되는 무상 진료 또는 감면 진료에 귀속되는 금액. 단, 재정 지원은 다음 항목을 포함하지 않는다: 수익으로 계상되었으나 환자의 지불 불이행으로 인해 상각된 대손 또는 회수 불가능한 청구 요금, Medicaid 또는 기타 소득 조사 정부 프로그램이나 Medicare 에 따라 제공된 진료 비용과 해당 프로그램에서 발생한 수익 간의 차이, 또는 제 3 자 지불자와의 계약상 조정 금액.

무상 진료 위원회: 특정 환자 문제에 대한 본 정책의 적용과 관련된 질문을 다루는 위원회. 무상 진료 위원회는 정책에 대한 항소 및 예외를 검토한다.

무상 진료: 청구 요금에서 100% 할인이 적용되는 것을 의미한다.

재정 지원 정책 위원회: NMHC 계열사 및 NMHC 의 대표자로 구성된 위원회로, 본 정책과 관련하여 권고 사항을 제시하고 본 정책 시행에 있어 계열사 간의 운영 일치를 보장한다. 재정 지원 위원회는 운영, 법무팀, 내부 감사 부서, 기업 준법 및 윤리팀, 대외 업무부의 대표자를 포함해야 한다. 재정 지원 위원회는 세금 및 규제 위원회에 활동을 보고해야 한다.

보증인: 환자에게 제공된 서비스에 대해 재정적 책임을 지는 개인.

가구 소득: 미국 인구조사국에서 사용되는 정의에 따른 신청자의 가구에 귀속되는 소득. 가구 소득에는 모든 세전 소득, 실업 수당, 산재 보상, 사회 보장, 추가 사회 보장 소득, 공공 지원 지급, 재향 군인 지급, 유족 급여, 연금 또는 퇴직 소득, 이자, 배당금, 임대료, 로열티, 부동산 소득, 신탁, 교육 지원, 위자료, 가구 외부로부터의 지원 및 그 외 기타 재원이 포함된다. 비현금성 지원(예: SNAP 및 주택 보조금)은 가구 소득으로 간주되지 않는다. 보다 구체적으로, 가구 소득은 신청자의 가장 최근 세금 신고서에 기재된 조정 총소득과 동일하며, 이는 자녀 양육비 지급액은 차감하고, 면세 이자 소득, 과세 대상이 아닌 연금 및 연금 지급액, IRA 분배금, 사회 보장 급여, 조정 총소득에는 포함되지 않지만 신청자가 사용할 수 있는 기타 소득을 더하도록 조정된다. 그러나 신청자가 가장 최근 세금 신고서에 기재된 조정 총소득이 정확하지 않다고 밝히는 경우(예: 신청자가 더 이상 고용된 상태가 아니거나 다른 금액을 지급받고 있는 경우), 가구 소득은 다른 이용 가능한 서류(예: 급여 명세서, 실업 명세서 등)를 기준으로 산정된다. 이때 마찬가지로 자녀 양육비 지급액을 차감하고, 면세 이자 소득, 과세 대상이 아닌 연금 및 연금 지급액, IRA 분배금, 사회 보장 급여, 신청자가 이용할 수 있는 기타 소득을 포함하도록 조정된다. 가구 소득에는 가구의 모든 구성원의 소득이 포함된다.

일리노이 거주자: 일리노이 거주자란 일리노이주에 거주하며, 무기한 일리노이주에 계속 거주할 의도가 있는 환자를 의미한다. 오로지 의료 혜택을 받을 목적으로만 일리노이주로 이주한 경우는 Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act(“HUPDA”)에 따른 거주 요건을 충족하지 않는다. HUPDA 에 따르면 보험 미가입 환자는 일리노이 거주자이어야만 하나, 환자가 미국 내 합법적인 체류자일 필요는 없다. 환자는 HUPD 에 규정된 바에 따라 일리노이 거주 사실을 입증하는 증거를 제공해야 할 수 있다. 오로지 의료 혜택을 받을 목적으로만 일리노이주로 이주한 경우는 본 정의상 거주 요건을 충족하지 않는다.

보험 가입 환자: 건강 보험 정책에 따라 보장되거나 고액 공제 건강 보험 플랜, 산재 보상, 사고 책임 보험 또는 기타 제 3 자 책임을 포함한 공공 또는 민간 건강 보험, 건강 혜택 또는 기타 건강 보장 프로그램의 수혜자인 환자.

의학적으로 필요한: 환자와 동일한 임상적 증상을 가진 수혜자에 대해 연방 사회 보장법 제 XVIII 편에 따라 보장되는 의약품 또는 물품을 포함한 입원 또는 외래 의료 서비스. “의학적으로 필요한” 서비스에는 다음이 포함되지 않는다: (1) 사회적 및 직업적 서비스와 같은 비의료 서비스 또는 (2) 선택적 미용 수술(단, 부상, 질병 또는 선천적 결함 또는 기형으로 인한 기형을 교정하기 위한 성형 수술은 제외).

거절 없는: NMHC의 거절 없음 기준을 충족하는 서비스로, 이는 필요에 따라 수시로 수정될 수 있다.

NMHC 병원 계열사: 병원으로 허가된 NMHC 계열사. 본 정책이 적용되는 NMHC 병원 계열사는 부록 A-2에 나와 있다.

NMHC 의사 계열사: 의사 외래 환경에서 임상 진료를 제공하는 NMHC 계열사. 본 정책이 적용되는 NMHC 의사 계열사는 부록 A-2에 나와 있다.

비거주자: 비거주자는 일리노이 거주자가 아닌 환자를 의미한다.

환자: 서비스를 받는 개인

알기 쉬운 요약문: NMHC 병원 계열사가 재정 지원을 제공한다는 것을 개인에게 알리는 명확하고 간결하며 이해하기 쉬운 서면 안내문으로, 다음 정보를 포함한다: (i) 본 정책에 따른 자격 요건 및 제공되는 지원에 대한 간략한 설명, (ii) 본 정책에 따라 지원을 신청하는 방법에 대한 간략한 요약, (iii) 본 정책 및 재정 지원 신청서 사본을 얻을 수 있는 웹사이트 주소(또는 URL) 및 물리적 위치(방번호 포함) 명시, (iv) 우편으로 재정 지원 정책 및 신청서의 무료 사본을 얻는 방법에 대한 지침, (v) 개인에게 신청 절차에 대한 지원을 제공할 수 있는 사무실 또는 부서의 연락처 정보(전화번호 및 해당하는 경우 물리적 위치 포함), (vi) 번역본 제공 여부, (vii) 재정 지원 자격이 있는 환자에게는 일반 청구 금액을 초과하여 청구되지 않는다는 진술.

본인 부담 패키지 요금 서비스: 여러 개의 서비스를 하나의 묶음으로 제공하면서, 각 개별 서비스의 요금을 모두 합한 금액보다 낮은 한 가지 가격으로 할인 적용하여 제공하는 서비스

보험 미가입 환자: 건강 보험 정책에 따라 보장되지 않거나 고액 공제 건강 보험 플랜, 산재 보상, 사고 책임 보험 또는 기타 제 3자 책임을 포함한 공공 또는 민간 건강 보험, 건강 혜택 또는 기타 건강 보장 프로그램의 수혜자가 아닌 환자.

부록 A:
정의

Andrew Scianimanico
부사장, 수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2021년 9월 1일

검토 이력:

작성일: 2015년 3월 3일

검토/개정: 2017년 12월 29일, 2021년 9월 1일

부록 A-1: 연방 빈곤 지침

2025 연방 빈곤 지침

| 가구 규모 | 연방 빈곤선(FPL) | 최대 138% FPL | 최대 250% FPL | 최대 400% FPL | 최대 600% FPL |
|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1 | \$15,650 | \$21,597 | \$39,125 | \$62,600 | \$93,900 |
| 2 | \$21,150 | \$29,187 | \$52,875 | \$84,600 | \$126,900 |
| 3 | \$26,650 | \$36,777 | \$66,625 | \$106,600 | \$159,900 |
| 4 | \$32,150 | \$44,367 | \$80,375 | \$128,600 | \$192,900 |
| 5 | \$37,650 | \$51,957 | \$94,125 | \$150,600 | \$225,900 |
| 6 | \$43,150 | \$59,547 | \$107,875 | \$172,600 | \$258,900 |
| 7 | \$48,650 | \$67,137 | \$121,625 | \$194,600 | \$291,900 |
| 8 | \$54,150 | \$74,727 | \$135,375 | \$216,600 | \$324,900 |
| +1 | \$5,500 | \$7,590 | \$13,750 | \$22,000 | \$33,000 |

참고문헌:

42 USC 9902(2)

부록 A-1:

연방 빈곤 지침

소유자:

제목:

Andrew Scianimanico

부사장,

수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2025 년 2 월 6 일

승인

Marilyn Papson

환자 회계 프로그램 관리자

SBO 본인 부담

승인일: 2025 년 1 월 29 일

검토 이력:

작성일: 2015 년 3 월 3 일

검토/개정: 2017 년 4 월 24 일, 2018 년 2 월, 2019 년 1 월 23 일, 2020 년 1 월 18 일, 2021 년 2 월 9 일, 2021 년 9 월 1 일, 2023 년 7 월 7 일, 2024 년 1 월 17 일, 2025 년 2 월 6 일

부록 A-2: NMHC 계열사

A. 병원 계열사

1. 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
9. NM Huntley, NM McHenry and NM Woodstock Hospitals
10. Palos Community Hospital

B. 의사 계열사

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

부록 A-2:
NMHC 계열사

Andrew Scianimanico
부사장, 수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2022 년 10 월 1 일

검토 이력:

작성일: 2015 년 3 월 3 일

검토/개정: 2016 년 7 월 12 일, 2017 년 12 월 29 일, 2018 년 9 월 1 일, 2019 년 1 월 29 일, 2020 년 9 월 25 일, 2021 년 9 월 1 일,
2023 년 7 월 7 일

부록 B: 보험 가입 환자 무상 및 감면 진료

I. 무상 및 감면 진료

NMHC는 본 부록 B에 규정된 바에 따라 보험 가입 환자에게 무상 진료 및 감면 진료를 제공한다.

II. 서비스

- A. 본 부록의 아래 II.B 항에 규정된 경우를 제외하고, 보험 가입 환자에 대한 무상 진료 및 감면 진료는 모든 의학적으로 필요한 서비스에 대해 제공된다.
- B. 보험 가입 환자에 대한 무상 진료 및 감면 진료는 다음 서비스에는 적용되지 않는다.
 - 1. 의학적으로 필요하지 않은 서비스
 - 2. 네트워크 외 서비스
 - 3. 전문 약국 서비스. 단, NMH에서 C형 간염 양성 공여자의 장기를 이식받은 C형 간염 음성 이식 수혜자에게 투여되는 C형 간염 항바이러스제는 해당 약물에 대한 보험 또는 기타 상환을 확보하기 위한 모든 합리적인 노력이 적시에 이행된 후에 한하여 본 정책에 따라 예외적으로 고려될 수 있다. 이러한 약물의 제공은 Northwestern Specialty Pharmacy를 통해 조정되어야 한다.
 - 4. NMHC 의사 계열사의 경우, 특정 생식 능력 보존 비용을 제외한 불임 치료, 시력 교정 수술(LASIK을 포함하되 이에 국한되지 않음), NMHC 비계열사 실험실에서 실시된 검사, 내구성 의료 장비, 안경, 콘택트렌즈, 보청기
 - 5. 신청자에게 별도 무상 진료 자격이 있는 경우를 제외한 환자 공동 보험금 또는 공제액
 - 6. 본인 부담금
 - 7. 본인 부담 패키지 요금 서비스
- C. 퇴원 시 전환 목적으로 제공되는 비처방 목록 외 의약품은 진료비 기준 할인의 적용을 받는다.

III. 거주 요건

- A. 일리노이 거주자이며 의학적으로 필요한 서비스를 받는 보험 가입 환자는 무상 진료 및 감면 진료 대상이 된다. 단, 전술한 내용에도 불구하고 응급 서비스를 받는 보험 가입 신청자에 대해서는 거주 요건이 적용되지 않는다.
- B. 응급 서비스를 받는 보험 가입 환자를 제외하고, 비거주자(타주 외부 전원을 포함하되 이에 국한되지 않음)이며 의학적으로 필요한 서비스를 받는 보험 가입 환자는 무상 진료 대상이 아니다.

IV. 무상 및 감면 진료의 산정

NMHC는 적절한 보험 가입 환자에게 “보험 가입자 소득연동 감면제도” 및 “보험 가입자에 대한 재난적 지원”의 두 가지 방법을 통해 무상 진료 및 감면 진료를 제공한다. 신청자가 두 제도 모두의 요건을 충족하는 경우 NMHC는 신청자에게 가장 유리한 방법을 적용한다. 단, 두 제도 중 어느 방식으로든 자격을 충족함에도 불구하고, 신청자가 신청자의 가구 규모에 적용되는 당시 현행 연방 빈곤 지침의 600%를 초과하는 금액의 자산을 보유하고 있으며, 이를 의료 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 사용할 수 있다고 합리적으로 판단되는 경우, NMHC는 신청자에게 해당 자산에 대한 정보를 제공하도록 요구할 수 있다. 또한, 무상 진료 위원회는 무상 진료 또는 감면 진료 제공 여부 및 그 범위를 결정함에 있어 해당 자산을 고려할 수 있다.

A. 보험 가입자 소득연동 감면제도

보험 가입자 소득연동 감면 신청에 따른 지원은 다음과 같은 방식으로 산정된다.

1. 무상 진료: 보험에 가입한 일리노이 거주자로서 신청자의 가구 소득이 해당 가구 규모에 대한 현행 연방 빈곤 지침의 250% 이하인 경우, 100% 할인 대상이 된다. 할인은 공동 보험금 및 공제액뿐만 아니라 보험에서 보장되지 않는 의학적으로 필요한 서비스에 적용된다.
2. 감면 진료: 보험이 보장하지 않는 의학적으로 필요한 서비스의 경우, 보험에 가입한 일리노이 거주자로서 신청자의 가구 소득이 해당 가구 규모에 적용되는 당시 현행 연방 빈곤 지침의 250% 초과 및 600% 이하인 경우, 일반 청구 금액 할인 이상의 할인 대상이 된다.

B. 보험 가입자에 대한 재난적 지원

1. 무상 진료 또는 감면 진료 자격을 만족한 보험 가입 환자로서 신청자의 가구 소득이 해당 가구 규모에 적용되는 당시 현행 연방 빈곤 지침의 250% 초과~600% 이하인 경우, 12 개월 기간 동안의 총 지급액은 신청자의 가구 소득의 25%를 초과하지 않아야 한다.
2. NMHC 는 재난적 지원 산출 시 신청자가 NMHC 병원 계열사 및 NMHC 의사 계열사에 부담하는 총 지불액을 포함하며, 해당 금액은 각각의 미지급 잔액 비율에 따라 비례하여 배분된다.

부록 B:
무상 및 감면 진료

Andrew Scianimanico
부사장, 수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2023 년 7 월 18 일

검토 이력:

작성일: 2015 년 3 월 3 일

검토/개정: 2016 년 8 월 17 일, 2017 년 12 월 29 일, 2019 년 7 월 18 일, 2021 년 9 월 1 일, 2023 년 7 월 7 일

부록 C: 보험 미가입 환자 무상 및 감면 진료

I. 보험 미가입 무상 및 감면 진료

NMHC는 본 부록 C에 규정된 바에 따라 보험 미가입 환자에게 무상 진료 및 감면 진료를 제공한다.

II. 서비스

A. 본 부록의 아래 II.B 항에 규정된 경우를 제외하고, 보험 미가입 환자에 대한 무상 진료 및 감면 진료는 모든 의학적으로 필요한 서비스에 대해 제공된다.

B. 보험 미가입 환자에 대한 무상 진료 및 감면 진료는 다음 서비스에는 적용되지 않는다.

1. NMH 전문 약국 서비스
2. NMHC 의사 계열사의 경우, 특정 생식 능력 보존 비용을 제외한 불임 치료, 시력 교정 수술(LASIK 을 포함하되 이에 국한되지 않음), NMHC 비계열사 실험실에서 실시된 검사, 내구성 의료 장비 및 물품, 안경, 콘택트렌즈, 보청기

III. 거주 요건

무상 진료 및 감면 진료는 일리노이 거주자인 보험 미가입 환자에게 제공된다. 보험 미가입 환자인 비거주자는 무상 진료 또는 감면 진료 대상이 아니다. 단, 전술한 내용에도 불구하고 응급 서비스를 받는 보험 미가입 신청자에 대해서는 거주 요건이 적용되지 않는다.

IV. 무상 및 감면 진료의 산정

NMHC는 Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act에 따라 보험 미가입 환자에게 무상 및 감면 진료를 제공한다. NMHC는 적절한 보험 미가입 신청자에게 “보험 미가입자 소득연동 감면제도” 및 “보험 미가입자에 대한 재난적 지원”의 두 가지 방법을 통해 무상 진료 및 감면 진료를 제공한다. 신청자가 두 제도 모두의 요건을 충족하는 경우 NMHC는 신청자에게 가장 유리한 방법을 적용한다. 단, 두 제도 중 어느 방식으로든 자격을 충족함에도 불구하고, 신청자가 신청자의 가구 규모에 적용되는 당시 현행 연방 빈곤 지침의 600%를 초과하는 자산을 보유하고 있으며, 이를 의료 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 사용할 수 있다고 합리적으로 판단되는 경우, NMHC는 신청자에게 해당 자산에 대한 정보를 제공하도록 요구할 수 있다. 또한, 무상 진료 위원회는 무상 진료 또는 감면 진료 제공 여부 및 그 범위를 결정함에 있어 해당 자산을 고려할 수 있다.

A. 보험 미가입자 소득연동 감면제도

1. 무상 진료: 신청자의 가구 소득이 해당 가구 규모에 대한 현행 연방 빈곤 지침의 250% 이하인 경우, 무상 진료 대상이 된다.
2. 진료비 기준 할인: 신청자의 가구 소득이 해당 가구 규모에 대한 현행 연방 빈곤 지침의 250% 초과~600% 이하인 경우, 진료비 기준 할인 대상이 된다.

B. 보험 미가입자에 대한 재난적 지원

1. 위 IV.A.2 항에 따라 지원 자격이 있는 신청자의 경우, 12 개월 기간 동안 총 지급액은 환자의 가구 소득의 20%를 초과할 수 없다.

| | | |
|---------------------------------|--------------|--------------------|
| 제목: 재정 지원 부록 C: 보험 미가입 환자 할인 | 페이지 16/25 | 정책 번호 FIN 03.0012C |
|---------------------------------|--------------|--------------------|

2. NMHC 는 재난적 지원 산출 시 환자가 NMHC 병원 계열사 및 NMHC 의사 계열사에 부담하는 총 지불액을 포함하며, 해당 금액은 각각의 미지급 잔액 비율에 따라 비례하여 배분된다.

V. 참고문헌

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

부록 C:
보험 미가입 환자 할인

Andrew Scianimanico
부사장,
수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2023 년 7 월 18 일

검토 이력:

작성일: 2015 년 3 월 3 일

검토/개정: 2016 년 8 월 17 일, 2017 년 12 월 29 일, 2019 년 8 월 1 일, 2021 년 9 월 1 일

부록 D: 추정적 자격

I. 추정적 자격

아래 III 항 및 IV 항의 요건 및 기준을 충족하는 보험 미가입 환자는 본 *부록 D*에 따라 무상 진료를 받을 자격이 있는 것으로 간주된다. 자격이 있는 것으로 간주되는 환자는 재정 지원 신청서를 작성하지 않아도 된다. 단, 환자는 아래 III 항 및 IV 항의 요건 및 기준을 충족함을 입증해야 한다.

II. 정의

Illinois Fair Patient Billing Act 에 따라 본 *부록 D*에 적용되는 정의는 다음과 같다.

- A. “환자”는 NMHC로부터 서비스를 받는 개인 또는 해당 서비스 비용의 지급을 보증하는 개인을 의미한다.
- B. “추정적 자격”은 환자의 재정적 필요성을 입증하는 추정적 자격 기준에 따라 재정 지원 자격이 인정되는 것을 의미한다.
- C. “추정적 자격 기준”은 재정적 필요성을 입증하는 범주를 의미한다.
- D. “추정적 자격 정책”은 환자의 재정적 필요성을 판단하기 위한 추정적 자격 기준을 명시하고, NMHC가 추가 심사 없이 환자를 재정 지원 자격이 있는 것으로 간주하는 데 사용하는 서면 문서를 의미한다. 본 *부록 D*는 NMHC의 추정적 자격 정책을 구성한다.

III. 거주 요건

추정적 자격은 모든 일리노이 거주자에게 적용된다. 비거주자에게는 추정적 자격이 적용되지 않는다.

IV. 기준

다음 추정적 자격 기준은 NMHC의 재정 지원 프로그램에 따라 NMHC의 추정적 자격 정책에 대한 지침을 수립한다. 다음 프로그램 중 하나 이상에 따라 자격을 입증하는 보험 미가입 환자는 무상 진료를 받을 자격이 있는 것으로 간주되며, 해당 재정 지원에 대한 추가 지원 서류를 제출하지 않아도 된다.

- A. 노숙 상태
- B. 유산이 없는 사망자
- C. 대리인이 없으며 의사결정 능력이 없는 경우
- D. Medicaid 자격이 있으나 서비스 제공일 또는 비보장 서비스에 해당하는 경우
- E. 다음과 같은 저소득층 지원 프로그램에 등록되어 있으며, 당시 현행 연방 빈곤 지침의 250% 이하의 자격을 충족하는 경우:
 - 1. 여성, 영유아 및 아동 영양 프로그램(WIC)
 - 2. 영양 보충 지원 프로그램(SNAP)
 - 3. 일리노이주 무료 점심 및 조식 프로그램
 - 4. 저소득층 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP)

5. 회원 자격 기준으로서 저소득층 재정 상태를 평가 및 기록하여 의료 서비스에 대한 접근을 제공하는 지역사회 기반 프로그램에 등록된 경우
 6. 의료 서비스 보조금 수혜자인 경우
- F. 환자가 서비스를 받은 후 가능한 한 신속히, 그리고 청구서 발행 전에 NMHC가 환자의 청구서에 재정 지원을 적용할 수 있도록 하기 위해 환자는 가능한 한 신속히, 바람직하게는 재정 지원 신청 절차 중에 NMHC에 추정적 자격 및 증빙 서류를 통지해야 한다. 환자의 통지 없이도 해당 자격 정보를 사용할 수 있는 경우, NMHC는 해당 정보를 사용하여 추정적 자격을 적용해야 한다. 또한, 청구 절차가 시작된 후 환자가 통지 및 증빙 서류를 제공하는 경우라도 NMHC는 NMHC 서비스에 대한 추정적 자격을 적용한다.

V. 참고문헌

Fair Patient Billing Act [210 ILCS 88/27]

부록 D:
추정적 자격

Andrew Scianimanico
부사장,
수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2021 년 9 월 1 일

검토 이력:

작성일: 2013 년 12 월

검토/개정: 2014 년 12 월(이전 버전 부록 A에서 NMHC 03.0012 v 1.0 – 2011 년 6 월 1 일), 2016 년 8 월, 2017 년 12 월 29 일,
2021 년 9 월 1 일

부록 E: 일반 고지—NMHC 병원 계열사

I. NMHC 병원 계열사의 구체적 고지 조치

환자와 보증인 및 그 가족 구성원과 보다 넓은 범위의 지역사회가 NMHC의 재정 지원 프로그램을 인식할 수 있도록, NMHC 병원 계열사는 본 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서, 재정 지원 신청 절차에 대한 설명, 그리고 본 재정 지원 정책의 “알기 쉬운 요약문”(본 부록 E의 목적상 “자료”로 통칭함)을 NMHC가 서비스를 제공할 지역사회 내에서 널리 알릴 수 있는 조치를 취해야 한다. 구체적인 고지 조치는 다음과 같다.

- A. NMHC 병원 계열사 웹사이트 및 NMHC 웹사이트에서 자료를 다음과 같은 방법을 통해 쉽게 이용할 수 있도록 한다.
 - 1. 완전한 자료의 최신 버전을 눈에 잘 띄는 위치에 게시한다.
 - 2. 인터넷을 사용할 수 있는 모든 개인은 특수 컴퓨터 하드웨어 또는 소프트웨어(일반 대중이 수수료 지불 없이 쉽게 이용할 수 있는 소프트웨어 제외)를 요구하지 않고, NMHC 또는 NMHC 병원 계열사에 수수료를 지불하지 않고 계정을 만들거나, 개인 식별 정보를 제공하도록 요구되지 않으면서 자료에 접근, 다운로드, 보기 및 인쇄본을 인쇄할 수 있어야 한다.
 - 3. NMHC 및 NMHC 병원 계열사는 온라인에서 자료에 접근하는 방법을 묻는 모든 개인에게 자료가 게시된 웹 페이지의 직접 웹사이트 주소 또는 URL을 제공해야 한다.
- B. 자료의 인쇄본은 우편 및 NMHC 병원 계열사의 접수 또는 등록 구역과 응급실을 포함한 공공장소 모두에서 요청 시 무료로 제공되어야 한다.
- C. 각 NMHC 병원 계열사의 접수 및 등록 구역과 응급실에는 다음 문구를 포함한 표지판을 눈에 띄게 게시해야 한다. “귀하는 병원에서 자격 요건을 충족하는 환자에게 제공하는 재정 지원을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 [병원 재정 지원 담당자 연락처 삽입]에 문의하십시오.” 이 표지판은 영어로 작성되어야 하며, NMHC 병원 시설이 서비스를 제공하는 지역사회 또는 NMHC 병원 계열사가 영향을 미치거나 접하게 될 가능성이 있는 인구 중 1,000명 또는 5% 중 적은 비율에 해당하는 인구의 주 언어로 번역되어야 한다.
- D. 각 NMHC 병원 계열사가 서비스를 제공하는 지역사회 구성원에게 본 정책, 신청 절차에 대한 추가 정보, 자료 사본을 어떻게 또는 어디서 얻을 수 있는지를 지하고 알려야 한다. 고지 방식은 재정 지원이 필요할 가능성이 가장 높은 지역사회 구성원에게 도달할 수 있도록 합리적으로 설계된 방식이어야 한다. “합리적으로 설계된” 방식이란, HC 병원 계열사가 서비스를 제공하는 지역사회 거주자가 사용하는 주요 언어뿐만 아니라 지역사회 및 NMHC 병원 계열사의 기타 속성을 고려한 방식을 의미한다.
- E. NMHC 병원 계열사를 통해 치료를 받은 환자들에게 본 정책, 신청 절차에 대한 추가 정보, 자료 사본을 어떻게 또는 어디서 얻을 수 있는지를 지하고 알려야 한다. 구체적으로, 각 NMHC 병원 계열사는 다음을 수행해야 한다.
 - 1. 접수 또는 퇴원 절차의 일환으로 정책의 알기 쉬운 요약문의 인쇄본을 제공한다.
 - 2. 본 정책에 따른 재정 지원의 이용 가능성에 대해 수령자에게 고지 및 안내하고, 본 정책 및 신청 절차에 대한 정보를 제공할 수 있는 NMHC 병원 계열사 사무실 또는 부서의 전화번호와 본 정책, 신청서 및 본 정책의 알기 쉬운 요약문 사본을 얻을 수

있는 직접 웹사이트 주소(또는 URL)를 포함하는 눈에 띄는 서면 고지서를 청구서에 포함한다.

3. 최소한 응급실 및 접수 구역을 포함하여 NMHC 병원 계열사의 공공장소에서 환자에게 본 정책에 대해 고지하고 정보를 제공하는 눈에 띄는 공공 게시물(또는 환자의 관심을 끌도록 합리적으로 설계된 기타 조치)을 설치한다.
- F. 자료는 영어로 작성되어야 하며, NMHC 병원 시설이 서비스를 제공하는 지역사회 또는 NMHC 병원 계열사가 영향을 미치거나 접하게 될 가능성이 있는 인구 중 1,000 명 또는 5% 중 적은 비율에 해당하는 인구의 주 언어로 번역되어야 한다.
- G. 각 계열사 자체 이외의 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료를 제공하는 의료 제공자 목록 및 해당 의료 제공자가 본 정책의 적용을 받는지 여부는 재정 상담 부서에서 관리하며, 본 문서에 참조로 포함된다.

II. 참고문헌

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

부록 E:
고지

Andrew Scianimanico
부사장,
수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2021 년 9 월 1 일

검토 이력:

작성일: 2015 년 3 월 3 일

검토일: 2021 년 9 월 1 일

부록 F: 적용 기간 및 개별 환자 고지 요건—NMHC 병원 계열사

I. 청구 기간

Illinois Fair Patient Billing Act 에 따라, 환자는 퇴원 또는 외래 진료를 받은 후 둘 중 더 긴 기간을 기준으로 육십(60)일 이내에 재정 지원을 신청하도록 안내받아야 하며, NMHC 는 해당 육십(60)일 기간이 경과할 때까지 보험 미가입 환자에게 청구서를 발송해서는 안 된다. NMHC 는 60 일이 경과한 이후에도 환자에게 청구서를 발송할 수 있으나, 신청 기간 동안에는 언제든지 접수된 신청서를 처리해야 한다.

II. 특별 추심 조치 시행 전 자격 확인을 위한 노력 요건

A. 고지의 필요성

NMHC 병원 계열사는 특별 추심 조치(ECA)를 시행하기 전에 본 부록 F에 명시된 절차에 따라 합리적인 노력을 통해 개인이 재정 지원 자격이 있는지 확인해야 한다. 구체적으로, NMHC 병원 계열사가 개인에게 제공한 모든 진료와 관련하여 NMHC 병원 계열사는 다음 조치를 취해야 한다.

1. 진료 비용을 받기 위한 ECA 를 개시하기 전에 본 부록 F에 기술된 바에 따라 재정 지원 프로그램에 대해 개인에게 고지하고, NMHC 병원 계열사가 진료에 대한 퇴원 후 첫 번째 청구서를 발송한 날짜로부터 최소 120 일 동안 그러한 ECA 를 시작하는 것을 자제한다(본 부록 F의 II.C 항에 기술된 ECA 는 예외).
참고: 여러 건의 진료가 통합되어 처리되는 경우, 120 일 기간은 통합된 진료 중 가장 최근 진료에 대한 퇴원 후 첫 번째 청구서가 발송된 날로부터 시작된다.
2. 신청 기간 동안 불완전한 신청서를 제출한 개인의 경우, 신청서를 작성하는 방법에 대해 개인에게 고지하고 본 부록 F의 II.D 항에 기술된 바에 따라 개인에게 신청서를 작성할 수 있도록 할 합리적인 기회를 제공한다.
3. 신청 기간 동안 완전한 신청서를 제출한 개인의 경우, 본 부록 F의 II.E 항에 기술된 바에 따라 해당 개인이 진료에 대한 재정 지원 자격이 있는지 여부를 결정한다.

B. 일반 고지

NMHC 병원 계열사는 진료 비용을 받기 위해 하나 이상의 ECA 를 최초로 시작하기 최소 30 일 전에 다음 조치를 취함으로써 환자 및/또는 보증인에게 재정 지원 프로그램에 대해 일반적으로 고지해야 한다.

1. 적절한 개인에게 재정 지원을 이용할 수 있음을 나타내고, NMHC 병원 계열사(또는 기타 승인된 당사자)가 진료 비용을 받기 위해 시작하려는 ECA 를 식별하며, 해당 ECA 가 개시될 수 있는 기한이 서면 고지일로부터 최소 30 일 이후임을 명시하는 서면 고지서를 개인에게 제공한다.
2. 위에 설명된 서면 고지와 함께 재정 지원 프로그램에 관한 알기 쉬운 요약문을 개인에게 제공한다.

3. 재정 지원 프로그램 및 개인이 신청 절차에 대한 도움을 받을 수 있는 방법에 대해 개인에게 구두로 고지하기 위한 합리적인 노력을 기울인다.

C. 이전 진료비 미납으로 인한 진료 연기 또는 거부

이전 진료비 미납으로 인해 진료를 연기하거나 거부하는 형태의 ECA 를 시행하는 경우, NMHC 병원 계열사는 다음 요건을 충족하는 한 해당 ECA 를 개시하기 30 일 전에 개인에게 재정 지원 프로그램에 대해 고지할 수 있다.

1. 본 부록 F II.B 항의 요건을 충족하되 II.B 항에 기술된 고지 대신, 신청서와 적절한 개인은 재정 지원을 이용할 수 있음을 나타내고, NMHC 병원 계열사가 문제의 이전에 제공된 진료에 대해 개인이 제출한(또는 해당하는 경우 작성한) 신청서를 더 이상 접수하고 처리하지 않을 수 있는 기한(있는 경우)을 명시하는 서면 고지를 개인에게 제공한다. 이 기한은 서면 고지가 제공된 날짜로부터 30 일 또는 이전에 제공된 진료에 대한 퇴원 후 첫 번째 청구서가 제공된 날짜로부터 240 일 중 늦은 날짜보다 빠르지 않아야 한다.
2. 개인이 위에 설명된 기한 또는 그 이전에 앞서 제공된 진료에 대한 신청서를 제출하는 경우(또는 NMHC 병원 계열사가 개인에게 해당 기한을 제공하지 않은 경우 언제든지), 신청서를 신속하게 처리한다.

D. 불완전한 신청서

개인이 신청 기간 동안 불완전한 신청서를 제출하는 경우, NMHC 병원 계열사는 다음을 수행해야 한다.

1. 모든 ECA 를 보류한다.
2. 신청서를 완성하기 위해 필요한 추가 자료가 무엇인지에 대한 서면 고지를 개인에게 제공한다. 이 서면 통지에는 재정 지원 프로그램에 관한 알기 쉬운 요약문과 재정 지원 프로그램에 대한 정보를 제공할 수 있는 NMHC 병원 계열사 사무실 또는 부서 및 신청 절차에 대한 지원을 제공할 수 있는 사무실 또는 부서의 전화번호 및 물리적 위치를 포함해야 한다. 개인은 신청 기간 종료 또는 고지를 수령한 날로부터 30 일 이내 중 늦은 시점까지 추가 자료를 제공해야 하며, 특별한 상황이 있는 경우에는 이에 대한 예외가 인정된다.

E. 완전한 신청서

개인이 신청 기간 동안 완전한 신청서를 제출하는 경우, NMHC 병원 계열사는 다음을 수행해야 한다.

1. 해당 개인에 대한 모든 ECA 를 보류한다.
2. 개인이 재정 지원 자격이 있는지 여부에 대한 결정을 내리고 문서화한다.
3. 해당하는 경우 개인이 자격을 갖춘 재정 지원 및 결정 근거를 포함하여 자격 결정에 대해 내용을 개인에게 서면으로 고지한다.

4. 개인이 재정 지원 자격이 있는 경우, NMHC 병원 계열사는 다음을 수행해야 한다.

- a. 무상 진료를 제외한 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 판정된 개인에게 재정 지원을 받을 자격이 있는 개인으로서 납부해야 할 금액을 나타내고, 그 금액이 어떻게 산정되었는지 기술하며, 진료에 대한 일반 청구 금액에 관한 정보를 개인이 얻을 수 있는 방법을 명시하거나 설명하는 청구서를 한다.
- b. 신청서에 포함된 진료에 대해 개인이 이전에 지불한 금액 중 재정 지원 자격이 있는 개인으로서 납부해야 할 결정된 금액을 초과하는 금액을 환불한다(단, \$5.00 미만 또는 Internal Revenue Bulletin 에 게시된 고지 또는 기타 지침에 의해 설정된 금액은 제외함).
- c. 모든 ECA 를 철회한다(채무 매각은 제외함).

F. NMHC 병원 계열사는 본 부록 F에 명시된 모든 고지 요건을 문서화해야 한다.

G. 본 부록의 시행은 26 C.F.R. 1.501(r)-6 을 준수해야 한다. 본 부록 F의 내용이 26 C.F.R. 1.501(r)-6 과 상충되거나 26 C.F.R. 1.501(r)-6 에 본 부록 F의 시행에 대해 추가적인 세부사항이 제공되는 경우, 26 C.F.R. 501(r)-6 이 우선 적용된다.

III. 참고문헌

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

부록 F:
적용 기간

Andrew Scianimanico
부사장,
수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2021 년 9 월 1 일

검토 이력:

작성일: 2015 년 3 월 3 일

검토일: 2021 년 9 월 1 일

부록 G: 제공자 목록

I. 본 정책의 적용 또는 비적용 대상 제공자 목록

- A. 재정 상담 부서는 각 NMHC 병원 계열사를 대신하여, NMHC 병원 계열사 자체 이외에 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료를 제공하는 모든 제공자의 목록을 관리하고 이들이 본 정책의 적용을 받는지 여부를 표시해야 한다.
- B. 해당 목록은 NMHC 병원 계열사 웹사이트에서 요청 시 열람할 수 있어야 한다. 해당 목록의 인쇄본은 재정 상담 부서에서 무료로 제공되어야 한다.
- C. 해당 목록은 최소 분기별로 업데이트되어야 한다.

II. 참고문헌

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

부록 G:
제공자 목록

Andrew Scianimanico
부사장,
수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2021 년 9 월 1 일

검토 이력:

작성일: 2015 년 3 월 3 일

검토/개정: 2016 년 8 월 17 일, 2021 년 9 월 1 일

부록 H: 실험실 검사 재정 지원

I. 실험실 검사 재정 지원에 관한 설명

- A. NMHC는 NMH의 부서인 NM Lab 및 Central DuPage Hospital의 부서인 HealthLab을 통해 실험실 검사 서비스에 대한 접근을 제공하기 위해 최선을 다한다. 실험실 검사 재정 지원은 의사 진료실에서 채혈하여 NM Lab 및 HealthLab으로 보낸 검체 또는 NM Lab 및 HealthLab 채혈 센터를 통해 얻은 검체에 대한 NM Lab 및 HealthLab의 검사 서비스로 인한 환자 잔액으로 제한된다.
- B. NMHC는 NM Lab 및 HealthLab 환자가 지불해야 할 잔액에 대해 환자의 재정 지원을 평가한다.
- C. 실험실 검사 재정 지원은 정부 프로그램 수혜자(Medicare Advantage 및 Medicaid 관리 의료 플랜 포함)에게는 제공되지 않는다.
- D. 실험실 검사 재정 지원은 NMHC 환자 회계 서비스에서 자동화된 환자 청구서 발행 절차를 통해 관리되며 적절한 환자 잔액에 자동으로 적용된다.

II. 서비스

- A. NM Lab 및 HealthLab을 통해 제공되는 병원 및 전문의의 의학적으로 필요한 실험실 검사가 해당된다.
- B. 재정 지원은 클라이언트 청구 서비스에는 적용되지 않는다. 클라이언트 청구 서비스란 NM Lab 또는 HealthLab이 실험실 서비스를 수행하고, 보험사나 환자가 아닌 의사(클라이언트)에게 직접 청구하는 경우를 의미한다. 클라이언트 청구 서비스에 해당하는 경우, 환자는 NM Lab 또는 HealthLab이 아닌 해당 클라이언트로부터 청구서를 받는다.

III. 거주 요건

실험실 검사 재정 지원에는 거주 요건이 적용되지 않는다.

IV. 실험실 검사 재정 지원 산출

- A. NMHC는 600% FPL 미만 환자의 경우 칠십오 달러(\$75)를 초과하는 나머지 환자 잔액에 대해 90% 할인을 적용하고, 250% FPL 미만 환자의 경우 모든 미결제 잔액에 대해 100% 할인을 적용한다.
- B. 실험실 검사 재정 지원 이후 추가 할인이 적용될 수 있다.

부록 H:
실험실 검사 재정 지원

Andrew Scianimanico
부사장,
수익 주기 관리 최고 책임자

발효일: 2022년 9월 1일

검토 이력:

작성일: 2017년 6월 3일

검토/개정: 2021년 9월 1일, 2022년 9월 1일