

	<b>제목: 환자 재정 서비스</b>  <b>특별 배려에 의한 청구(COMPASSIONATE BILLING) 및 재정 지원 정책 (FAP)</b>
<b>참조 지침서: 환자 계정 정책/절차 지침서</b>	<b>배포: 부서별</b>
<b>추천인: 환자 재정 서비스 이사</b>	<b>승인: 재무 담당 수석 부사장 겸 재무 담당 최고 책임자(CFO)</b>
<b>유효일자: 2000 년 1 월</b>	<b>개정: 2008 년 8 월</b> <b>2015 년 9 월</b> <b>2015 년 11 월</b>

**KOREAN**

**정책**

이 정책의 목적은 모든 환자들이 지불 능력과 상관없이 본 병원 및 관련 기관에서 제공하는 본질적인 응급 및 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스를 받을 수 있도록 하기 위함입니다.

환자는 절대로 지불 능력이나 재정 심사 절차 참여 의향 또는 능력에 의해 필요한 응급 의료 서비스를 거부당할 수 없습니다.

팰리세이즈 메디컬 센터("메디컬 센터")의 정책에 따라 본 센터가 기여하는 지역사회의 모든 주민에게 "특별 배려에 의한 청구(Compassionate Billing)" 혜택을 제공해 드리며 여기에는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스를 필요로 하는 무보험 환자, 보험이 있으나 의료비 상환 프로그램이 적용되지 않는 환자, 본인 부담금(copayment)으로 인해 재정적인 어려움에 처하게 될 환자, 또는 팰리세이즈

메디컬 센터가 네트워크에 비소속 제공자로 간주되는 보험 상품의 수혜자인 환자 등이 모두 포함됩니다.

팰리세이즈 메디컬 센터에서 제공하고 팰리세이즈 메디컬 센터에서 청구하는 응급 및 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스의 경우, 특별 배려에 의한 청구 및 재정 지원 정책("FAP")은 팰리세이즈 메디컬 센터에서 청구하는 서비스에만 국한됩니다. 의료진 등 다른 제공자에 의해 별도로 청구되는 다른 서비스에는 FAP 가 적용되지 않습니다. 이러한 서비스에 대한 전문 요금은 반드시 의사 및 그들의 진료소에 의해 통제되며 환자는 해당 의사 및 진료소와 별도의 재정 협의를 해야 합니다.

병원 시설 이외에, 병원 시설에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 서비스를 제공하는 제공자 목록을 부록 A(Appendix A)에서 찾아보실 수 있으며 FAP 가 적용되는지의 여부도 목록에서 확인하실 수 있습니다. 제공자 목록은 매 분기마다 검토되어 필요한 경우 업데이트됩니다.

FAP 는 여러 정책 및 절차로 이루어져 일관성 있고 공정하게 적용됩니다. 이에 따라 (a) 환자 재정 서비스 부서는 재정 상담가들을 통해 연방 및 주 정부에서 후원하거나 지원하는 의료 지원 프로그램에 가입할 자격이 되는 무보험 환자들을 찾기 위한 절차를 밟고 이러한 환자들이 의료 지원을 받도록 도와야 하며, (b) 연방 또는 주 정부에서 후원하거나 지원하는 프로그램의 혜택을 받을 자격은 되지 않지만 메디컬 센터의 재정 기준과 지불 요구사항에 부합하는 무보험 환자들에게 요금을 할인해주고, (c) 행위별수가제(fee-for-service) 또는 포괄수가제(case-rate basis)로 보통 제 3 의 지불자 프로그램이 적용되지 않는 특정 서비스나 의학적으로 필요하다고 판단되지 않는 서비스를 제공하고 이때 청구되는 요금 및 요율은 할인을 반영할 수 있으며; (d) 재정적 어려움이 입증된 경우 본인 부담금(co-payment)의 삭감 또는 면제를 허용하고; (e) 본 메디컬 센터가 네트워크 비소속 제공자인 제 3 의 지불자 프로그램의 수혜자에게 제공된 서비스에 대한 본인 부담액의 삭감 또는 면제를 허용해 줍니다. 추가 정보를 원하시면 별도로 제공되는 개인 부담 정책(Self Pay Policy)에 제시된 규정을 참조해 주십시오.

본 메디컬 센터는 보험 가입 상태와 개인의 가족 소득에 기반해 자격을 결정합니다. 메디컬 센터의 FAP 에 재정 지원을 신청하는 방법이 포함돼 있습니다.

### **공정한 청구 관행/FAP 관련 지원:**

메디컬 센터는 실제로 제공된 서비스에 대해서만 환자 또는 제 3 자에게 청구를 합니다. 질문이 있거나 혼자 신청 절차를 밟을 수 없는 개인들에게 도움을 제공해 드립니다. 이러한 도움이 필요하신 분은 팰리세이즈 메디컬 센터의 환자 재정 서비스 부서(7600 River Road, North Bergen, NJ 07047)를 방문하시거나 201-854-5092 로 문의해 주십시오.

### **신청서:**

FAP 는 입원 또는 외래 환자 서비스를 포함하여 메디컬 센터에서 제공하고 청구한 모든 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스에만 적용됩니다. FAP 는 다른 서비스나 메디컬 센터 시설 내에서 제공된 서비스에 대해 의사, 진료소 또는 다른 제공자가 청구하고 수급하는 전문가 비용에는 적용되지 않습니다. 예를 들어 방사선 전문의, 마취 전문의, 응급실 의료진 및 병리학자 등과 같이 병원에 기반한 의료진이 제공하는 서비스는 이에 해당되지 않습니다. 병원 시설 이외에 병원 시설에서 응급 및 기타 의학적으로 필요한 의료 서비스를 제공하는 제공자 목록을 부록 A에서 찾아보실 수 있으며 FAP 가 적용되는지의 여부도 명단에서 확인하실 수 있습니다.

### **신청 방법/광범위한 홍보:**

FAP, 쉽게 작성한 요약본("PLS") 및 관련 신청서("신청서")는 다음과 같은 방식으로 공개적으로 제공될 것입니다:

- 팰리세이즈 메디컬 센터 웹사이트 (<https://www.palisadesmedical.org>)에서 문서를 다운로드 받으십시오.
- FAP 서류 사본과 신청서 및 쉽게 작성한 요약본("PLS")을 무료로 우편으로 보내달라고 요청하실 수 있으며, 메인 접수처, 응급실, 환자 재정 서비스 부서 등 메디컬 센터 여러 곳에서도 제공되고 있습니다.

- 메디컬 센터 환자 재정 서비스 부서(201-854-5092)로 전화해서 문서를 우편으로 보내달라고 요청하십시오.

- 직접 방문 (1 층 - 로비):

HackensackUMC Palisades  
Patient Financial Services Department  
7600 River Road  
North Bergen, New Jersey 07047

- 완성된 신청서를 (신청서 설명서에 명시된 모든 서류/정보와 함께) 다음의 주소로 발송해 주시거나 직접 전달해 주십시오:

HackensackUMC Palisades  
Patient Financial Services Department  
7600 River Road  
North Bergen, New Jersey 07047

- 메인 접수처, 응급실 데스크, 환자 재정 서비스 부서를 포함하여 여러 공공 장소에 환자들을 위한 재정 지원 가능성에 대해 알려드리는 표지판 및 전시물이 게시될 것입니다.

- PLS 가 환자 접근/접수 과정의 일부로 모든 환자들에게 제공될 것입니다.

신청자에게 가족 소득을 입증할 자료가 없는 경우, 신청자는 환자 재정 서비스 부서에 연락해 재정 지원 자격을 입증하기 위해 다른 어떤 서류를 제출할 수 있는지 논의할 수 있습니다.

모든 신청서는 퇴원 후 청구서가 발행된 날짜부터 12 개월 안에 제출해야 합니다. 메디컬 센터에서 완성되지 않은 신청서를 접수한 경우, 환자 또는 지불 책임자에게 문서로 이를 통보하고 FAP 자격 결정을 위해 어떤 추가 정보 그리고/또는 서류를 제출해야 하는지 알려드립니다. 환자 또는 지불 책임자는 30 일 이내 또는 신청이 가능한 남은 일수(첫

퇴원 후 청구서 발행일부터 365 일) 중 더 늦은 날짜까지 팰리세이즈 메디컬 센터에서 요청한 추가 정보와 함께 완성된 신청서를 제출할 수 있습니다.

팰리세이즈 메디컬 센터는 본 센터가 기여하는 지역 인구 중 5% 또는 1000 명 (둘 중 낮은 수에 기반)이 영어 이외의 언어를 모국어로 사용하는 경우 해당 언어로 FAP, FAP 신청서, FAP 를 쉽게 작성한 요약본을 번역해 제공하고 있습니다. FAP 번역본은 상기의 주소를 직접 방문하여 요청하시거나 팰리세이즈 메디컬 센터 웹사이트([www.palisadesmedical.org](http://www.palisadesmedical.org))에서 찾아보실 수 있습니다.

### **목적:**

FAP 는 종종 의료 서비스를 받는데 걸림돌이 되는 재정적인 어려움을 겪고 있는 환자들을 돕기 위해 만들어졌습니다. FAP 는 메디케이드(Medicaid), 패밀리 케어(Family Care), 및 자선 진료(Charity Care) 프로그램을 포함한 정부에서 후원하거나 지원하는 의료 지원 프로그램 자격조건 결정을 요구하고, 보험 적용이 되지 않는 서비스와 네트워크 비소속 혜택 등과 같이 일부 반복되는 상황의 경우 적용되는 비용 및 할인 기준을 제공하며, 케이스에 따라 타당하게 재정적 어려움이 입증된 경우 비용 할인을 허용해주는 절차를 통해 실행됩니다. 모든 경우, FAP 는 메디컬 센터가 재정적인 책임을 다하고 모든 적용되는 연방 및 주법을 준수하는 동시에 환자 재정 서비스 부서에 이 지역사회의 필요를 존중할 수 있는 기회를 제공하기 위한 의도로 개발되었습니다.

### **뉴저지 자선 진료(Charity Care):**

의료 보험이 없거나 병원비의 일부만 지불하는 보험을 소지한 경우;

- 사보험 및 정부 후원 보험에 가입할 자격이 안 되는 경우;
- 주에서 정한 소득 및 자산 자격요건 모두 충족하는 경우.

뉴저지 자선 진료는 뉴저지 주 정부 프로그램으로 다음과 같은 뉴저지 주민들에게 제공됩니다:

자선 진료 프로그램에 가입하기 위한 추가 자격요건:

- 가족 소득이 연방 빈곤 수준("FPL")의 200% 이하인 환자의 경우 비용의 100%, 가족 소득이 FPL 의 200 에서 300% 사이인 환자의 경우 비용의 일부를 보조해드리는 자선 진료 프로그램에 환자가 가입할 자격이 되는지 심사합니다. 전액 무료 또는 비용 일부 지원 결정은 뉴저지 보건부의 요금 스케줄에 따라 결정됩니다.
- 자선 진료 프로그램에 가입하려면 개인의 자산이 \$7,500, 가족 자산이 \$15,000 을 초과할 수 없습니다.
- 이 섹션에서 의미하는 가족 자산이란 N.J.A.C 10:52-11.8(a)에 정의된 모든 법적으로 책임이 있는 가족 구성원들의 자산을 뜻합니다.

N.J.A.C. 10:52 병원 서비스 매뉴얼의 자선 진료 섹션에 의거하여 요구되는 서류에는 다음이 포함됩니다:

- 적절한 환자 및 가족 신분 증명서. 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다: 운전 면허증, 사회보장카드, 외국인 등록증, 출생 증명서, 급여 명세서, 여권, 비자 등
- 서비스가 제공된 날짜를 기준으로 뉴저지 주민임을 증명하는 서류 (참고: 응급 치료는 주민 요구사항에서 제외됨). 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다: 운전 면허증, 유권자 등록 카드, 노조 회원 카드, 보험 또는 웰페어 플랜 ID 카드, 학생증, 공과금 고지서, 연방 소득세 신고서, 주 소득세 신고서 또는 실업수당 명세서.
- 총 소득 증명 서류. 환자의 총 소득을 파악하기 위해 병원에서 요구하는 내역(다음 중 하나)이 포함되어야 합니다:
  - 서비스를 받기 이전 12 개월 간의 실제 총소득
  - 서비스를 받기 이전 3 개월 간의 실제 총소득
  - 서비스를 받기 바로 전달의 실제 총소득
- 서비스 제공 날짜 현재 자산 증명 서류. 바로 현금화될 수 있는 자산을 뜻합니다.

가족 소득이 보고되지 않은 경우 생필품을 어떻게 충당하는지를 증명하는 자료를 제출해야 합니다. 가끔 자격 조건을 확인하기 위해 추가 서류가 요구될 수 있습니다. 이러한 서류로는 혼인 증명서와 이혼 증명서가 포함되나 이에 국한되지는 않습니다.

### **뉴저지 무보험자 할인:**

#### **N.J.S.A. 26:2H-12.52 에 의거하여 의료비 할인 혜택을 받을 수 있는 자격요건:**

뉴저지 주민으로 가족 소득이 FPL 의 500% 이하인 무보험자는 할인된 진료를 받을 자격이 있습니다. 상기에 언급된 자선 진료 프로그램의 서류 요구사항이 이 섹션의 자격 결정에 적용됩니다. 하지만 개인 및 가족 자산 한도액은 이 섹션의 할인된 진료 자격 결정에 적용되지 않습니다. 이러한 경우, FAP 의 할인 진료를 받을 자격이 있다고 결정된 환자에게는 일반청구금액(AGB)과 메디케어의 115% 중 더 낮은 금액이 청구됩니다.

### **절차:**

#### **1. 재정 심사**

등록 절차 시 모든 환자는 필요로 하는 신분 증명서와 별도로 보험 서류를 제출하도록 요구될 것입니다. 연방 또는 주 정부에서 후원하는 의료비 상환 프로그램 등을 포함하여 참여하고 있는 보험 서류를 제출할 수 없는 환자는 메디컬 센터에서 재정 심사를 하는데 필요한 정보를 제공하도록 권고됩니다. 재정 심사는 뉴저지 병원비 지원 프로그램에 준하여 실시됩니다.

재정 심사는 환자가 메디케이드, 패밀리 케어, 자선 진료 또는 기타 다른 정부 후원 또는 지원 프로그램을 통한 의료 지원이나 FAP 에 따라 메디컬 센터에서 제공하는 개인 부담 요금 스케줄(self-pay fee schedule)의 적용을 받을 자격이 되는지 결정하기 위해 실시됩니다.

메디컬 센터는 응급 또는 특정 상황으로 인해 불가피한 경우를 제외하고 모든 환자에게 서비스가 제공되기 전에 재정 심사에 필요한 정보를 제출하도록 권장해 드립니다. 응급 또는 특정 상황으로 인해 미리 심사를 받을 수 없거나 환자가 처음에 심사를 거부한 경우, 서비스가 제공된 후에 언제든지 재정 심사가 실시될 수 있습니다. 재정 상담가는 무보험 환자에게 서비스를 받은 후에라도 재정 심사에 참여하도록 권고해야 합니다.

**환자는 절대로 지불 능력이나 재정 심사 참여 의향 또는 능력에 따라 필요한 응급 의료 서비스를 거부당할 수 없습니다.**

2. 메디케이드; 패밀리 케어; 자선 진료

환자가 메디케이드, 패밀리 케어 또는 기타 정부 후원 의료비 상환 프로그램 가입에 필요한 재정 및 기타 자격요건에 부합하는 경우, 재정 상담가는 환자가 해당되는 프로그램 등록을 위해 적절한 신청서와 요구되는 추가 서류를 작성하고 제출하도록 제공하고 도와드릴 것입니다. 환자가 메디케이드, 패밀리 케어 또는 기타 정부 후원 의료비 상환 프로그램에 가입할 자격이 있는 경우, 메디컬 센터의 비용과 이러한 비용의 청구 및 수금 업무는 해당 프로그램(들)에 의해 통제됩니다.

환자가 메디케이드, 패밀리 케어 또는 기타 정부 후원 의료비 상환 프로그램에 가입할 자격이 없는 경우, 자선 진료 지원을 받을 자격이 있는지에 대한 결정이 내려질 것입니다. 자선 진료 지원을 받을 자격이 되는 경우, 메디컬 센터는 뉴저지 자선 진료 지원 프로그램(NJ Charity Care Assistance program)의 정책 및 절차에 따라 제공된 서비스에 대한 수수료 및 요금을 할인 또는 면제해 드립니다.

**보험 적용이 되지 않는 서비스:**

1. 보험 적용이 되지 않는 서비스 확인

메디컬 센터는 환자들이 종종 주어진 정부나 주 후원 또는 민간 의료비 상환 프로그램이 적용되지 않는 의료 서비스를 찾거나 필요로 하는 경우가 있음을 인정하고 있습니다. 환자 재정 서비스 부서는 일반적으로 의료비 상환 플랜이 적용되지 않지만 메디컬



센터가 기여하는 지역의 주민들이 찾는 특정 서비스나 서비스 카테고리를 파악할 수 있습니다. 이하에 이러한 서비스를 편의상 "보험 적용이 되지 않는 서비스"라고 지칭합니다.

이 정책을 채택한 이래, 환자 재정 서비스 부서에서는 보험 적용이 되지 않는 서비스로써 의학적으로 필요하다고 여겨지지 않는 여러 서비스와 시술을 파악하여 이에 대한 요금을 설정했습니다. 일반적으로 이러한 서비스는 의학적으로 필요하지 않지만 예외는 있을 수 있습니다.

## 2. 입원 환자 및 외래 환자 지불 요구사항

지불 조항을 포함하여 개인 부담 정책에 지정된 보험 적용이 되지 않는 모든 서비스에 대해 적용됩니다.

### 환자 본인 부담금

일반적으로 모든 환자의 본인 부담금을 청구하고 수금하는 것이 메디컬 센터의 정책이며 여기에는 건강관리기구(HMOs)에서 서비스 제공일에 수금하도록 요구하는 환자 본인 부담금, 일반 보험 플랜 또는 네트워크 비소속 혜택의 공제액(deductibles) 또는 해당되는 연방 및 주 정부 후원 또는 민간 의료비 상환 프로그램에서 요구되는 공동보험(co-insurance) 등이 포함됩니다.

메디컬 센터는 환자의 본인 부담금이 의료 서비스를 받는 데 걸림돌이 되거나 이로 인해 환자가 재정적인 어려움에 처할 수 있음을 이해하고 있습니다. 따라서 FAP 를 촉진하고 본 메디컬 센터가 기여하는 지역의 모든 주민들이 메디컬 센터의 의료 서비스를 제공받을 수 있도록 하기 위해 환자 재정 서비스 부서는 아래에 명시된 절차를 엄격히 준수하여 일부 환자들의 본인 부담금을 할인 또는 면제해드릴 수 있습니다.

### 1. 정부가 지불자인 경우

메디컬 센터는 메디케어와 메디케이드를 포함하여 본 센터가 참여하고 있는 정부 후원 의료비 상환 프로그램에서 요구하는 모든 의무 사항을 준수해야 합니다. 따라서 메디컬 센터는 이러한 프로그램의 모든 수혜자로부터 공제액과 공동보험 금액을 포함한 환자의 본인 부담금을 수금하기 위해 선의의 노력을 다할 것입니다. 메디컬 센터는 아래에 명시된 재정난에 의한 면제(hardship waiver) 절차를 통해서가 아니라면 이러한 프로그램의 환자 본인 부담금을 면제 또는 할인해드릴 수 없습니다.

## 2. 비정부 지불자인 경우

메디컬 센터는 건강관리기구(HMO), 민간 보험사, 선택의료기구(PPO) 및 기타 비정부 의료비 상환 프로그램과의 계약 의무를 이행할 것입니다. 따라서 메디컬 센터는 이러한 프로그램에서 요구하는 대로 이러한 프로그램의 모든 수혜자로부터 공제액과 서비스 선택권(point-of-service) 플랜 본인부담금 및 공동보험 금액을 포함한 환자의 본인 부담금을 수금하기 위해 선의의 노력을 다할 것입니다. 메디컬 센터와 제 3의 지불자 사이의 해당 참여 협정이나 다른 계약사항에 명확하게 허용되지 않은 경우, 메디컬 센터는 아래에 명시된 재정적 어려움으로 인한 면제 절차를 제외하고는 이러한 프로그램의 환자 본인 부담금을 면제 또는 할인해드릴 수 없습니다. 재정난에 의한 면제의 경우, 이러한 면제는 해당 참여 협정이나 기타 계약 조건에 금지되지 않거나 FAP 에 따라 재정 지원을 받을 자격이 되는 환자인 경우에만 해당됩니다.

## 3. 재정난에 의한 면제

개개인의 사례에 따라 환자 재정 서비스 부서에서 특정 환자의 재정적 어려움을 고려하여 본 센터가 참여하고 있는 정부 후원 의료비 상환 프로그램이나 민간 의료비 상환 프로그램에서 요구하는 본인부담금을 면제해줄 수 있습니다. 그러기 위해서는 다음의 절차가 모두 완료되어야 합니다. (i) 메디컬 센터에서 청구 및 수금 절차에 따라 환자에게 청구서를 보내 본인 부담금을 청구합니다, (ii) 환자의 계정 상태가 일반적으로 메디컬 센터의 수금 절차에 따라 체납 계정으로 간주됩니다, (iii) 환자나 지불 책임자가 재정난에 의한 면제를 요청하고 환자 재정 서비스 부서에서 재정 심사 정책에 따라 재정 심사를 하는데 필요한 정보와 자료를 제공합니다, (iv) 재정 심사 정보 분석 결과

환자가 미지불된 본인부담금을 지불할 능력이 되지 않음이 입증됩니다, (v) 앞서 언급된 절차들이 상세히 기록되고 환자의 재무 기록과 함께 보관됩니다, (iv) CFO 또는 그의 피지명자와의 협의를 거쳐 재정 계획 매니저가 면제 결정을 승인합니다.

#### 4. 네트워크 비소속 서비스에 대한 조정

환자 재정 서비스 부서는 본 센터가 기여하는 지역사회의 상당수가 참여하지만 본 센터가 네트워크 소속 제공자가 아닌 비정부 의료비 상환 프로그램을 파악할 수 있습니다. 환자 재정 서비스 부서는 이러한 비정부 지불자와 협정을 체결하는 게 바람직하다고 볼 수 있으나, 메디컬 센터는 이 정책에 의해 참여하거나 참여하기 위해 불리한 조건을 수락하도록 강요되지 않습니다.

메디컬 센터가 기여하는 지역사회의 보험 가입자와 무보험자들을 포함한 모든 주민들에게 FAP의 혜택을 확대하고 이 지역 내의 의료 서비스에 대한 접근을 개선하기 위해 메디컬 센터는 본 센터와 계약되지 않은, 즉 본 메디컬 센터가 네트워크 소속 제공자가 아닌 비정부 후원 또는 지원 의료비 상환 플랜 수혜자의 본인부담금을 면제 또는 할인해드릴 수 있습니다. 이러한 자유재량에 의한 면제 또는 할인 조정은 환자 재정 서비스 부서에서 재정 심사나 재정난 입증 없이 신청할 수 있습니다. 하지만 다음과 같은 원칙이 엄격하게 준수됩니다.

a. 아래 언급된 경우를 제외하고 자유재량에 의한 면제나 할인 조정은 메디컬 센터의 재량에 의해 결정됩니다; 메디컬 센터와 환자, 환자를 대표하는 조직, 고용주, 의료진 또는 의료 제공자 사이에 네트워크 비소속 혜택과 관련하여 본 센터가 본인부담금을 면제 또는 할인하도록 강요하는 협정 또는 계약이 제의되거나 체결될 수 없습니다. 하지만 메디컬 센터는 직접 해당되는 제 3의 지불자와 본 센터가 계속 네트워크 비소속 제공자로 남으면서 네트워크 수혜자들에게 특정 면제 또는 할인 조정을 해주는 협상을 체결할 수 있습니다.

b. 자유재량에 의한 면제 또는 할인 조정은 CFO와의 협의 하에 크레딧 부서에서 승인해야 합니다. 재량에 의한 면제 또는 할인 조정이 반복되어 적용되거나 적용될 것이거나 적용될 수 있는 경우, CEO와의 협의 하에 CFO의 승인이 내려져야 합니다.

c. 재량에 의한 면제 또는 할인 조정이 반복되어 적용되거나 적용될 것이거나 적용될 수 있는 경우, 메디컬 센터는 면제 또는 할인 의도를 해당 지불자에게 서면으로 통지해야 합니다. 이러한 통지는 지불자에게 본 센터의 의도를 충분히 전달하는 실질적인 형식이어야 합니다. 예를 들어 이러한 통지는 각 보험금 청구 문서에 첨부되거나 각 전자 청구의 의견란에 삽입된 진술서 또는 지불자 측의 충분한 권한이 있는 담당자가 수락하고 응답하도록 제공된 일반 통지 형식일 수 있습니다. 이러한 진술서나 통지서는 CEO와의 협의를 통해 CFO가 승인을 내려야 합니다.

d. 재량에 의한 면제 또는 할인 조정은 정부 제공 혜택이 1차적이든 2차적이든 상관없이 환자의 의료 혜택 중 일정 부분도 메디케어와 같은 정부 후원 의료비 상환 프로그램에 의해 조달되거나 지불되지 않는 경우에만 제공될 수 있습니다.

### **일반 청구 금액("AGB")**

메디컬 센터는 각 병원 시설에 대한 AGB %를 계산하기 위해 과거 기록 이용 방법(Look-Back method), 메디케어 행위별 수가제 및 민간 의료 보험사들을 활용했습니다. 메디컬 센터는 이 방법을 이용하여 FAP 자격이 있는 환자에게 제공되는 응급 또는 의학적으로 필요한 의료 서비스에 대한 총 청구 금액에 총 청구 금액 비율을 곱하여 AGB를 산정했습니다. AGB 비율은 매년 메디케어 행위별 수가제 및 민간 의료 보험사에 의해 지난 12개월 동안 허용되었던 모든 청구금액을 이러한 청구와 관련된 총 요금의 합으로 나누어 산정합니다.

이에 따른 AGB 비율은 18.72%입니다.

메디컬 센터는 AGB 비율에 총 요금을 곱해 환자가 부담해야 하는 최대 비용을 산정합니다. 총 요금이란 계약상의 수당, 할인액, 공제액을 적용하기 전에 메디컬 센터에서 환자에게 청구하는 이미 확정된 의료 서비스 요금을 의미합니다.

위에 명시된 재정 지원 프로그램에 지원할 자격이 된다고 결정된 환자는 AGB나 자격이 되는 지원 프로그램을 통해 제공되는 할인율 중 더 낮은 비율이 청구됩니다.