<table>
<tr><td rowspan="3">CHLA</td><td colspan="3">병원 정책 및 절차 매뉴얼</td></tr>
<tr><td colspan="3">제목: 재정 지원(자선 진료 및 할인 진료)</td></tr>
<tr><td>최초 날짜:
04/27/2005

개정일:
12/01/2022</td><td>발효일:
03/01/2023</td><td>승인자: 최고재무책임자(CFO), 품질개선위원회,
의료집행위원회, 이사회</td></tr>
<tr><td>정책 번호: FIN – 006.0</td><td colspan="2">장: 기업 - 재정</td><td>1 / 15페이지</td></tr>
</table>

목적:

Children's Hospital Los Angeles("**CHLA**")는 우리 지역사회의 수많은 사람들이 의학적으로 필요한 의료 서비스를 필요로 하지만 보험에 가입하지 않았거나, 보험이 부족하거나, 정부 의료 프로그램 수혜 자격이 없거나, 의료 서비스 비용을 지불할 적절한 재정 자원이 없다는 사실을 알고 있습니다. CHLA는 재정 능력이 있는 한도 내에서 비용을 지불할 수 없는 사람들에게 의학적으로 필요한 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. CHLA는 자원을 책임감 있게 관리하고 도움이 필요한 사람에게 적절한 수준의 지원을 제공할 수 있도록 하기 위해 자선 진료 및 할인 진료("**재정 지원**") 조항에 대해 다음 지침을 채택했습니다. 따라서 이 정책의 목적은 다음을 설명하는 것입니다.

- 본 정책에 따라 재정 지원을 받기 위한 자격 기준 및 신청 절차;
- 본 정책에 따라 자격이 있는 개인에게 제공되는 응급 또는 기타 의료적으로 필요한 진료에 대해 CHLA가 청구하는 금액에 대한 한도;
- 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 청구되는 금액을 계산하는 기준; 그리고
- CHLA가 병원이 서비스를 제공하는 지역사회 내에서 정책을 홍보하는 방법.

본 정책에 대한 CHLA의 약속은 개인의 책임을 대신할 수 없습니다. 대신, 환자와 그 가족은 재정지원 및/또는 제3자 지불을 받기 위한 CHLA의 절차에 협조하고 지불 능력에 따라 진료 비용에 기여해야 합니다. 의료 서비스에 대한 접근성을 보장하고 개인 자산을 보호하기 위해 재정적 능력이 있는 개인은 건강 보험에 가입하도록 권장해야 합니다.

범위:

본 정책은 CHLA 시설 청구서가 있는 모든 환자/보증인에게 적용됩니다.

*본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

정의:

1. **"자선 진료"**는 CHLA가 제공하는 서비스에 대한 청구 금액 전체에 대한 환자의 재정적 의무를 면제하는 것을 의미합니다.

2. "**연방 빈곤 수준의 적용 가능한 기준**"이란 (i) 자선 진료의 경우 400% 이하 또는 (ii) 할인 진료의 경우 600% 이하를 의미합니다.

3. **"할인 진료"**는 CHLA가 제공하는 서비스에 대해 환자에게 CHLA의 환자 잔액에 대한 할인이 제공됨을 의미합니다.

4. **"응급 의사"**는 병원에서 자격증을 취득하고 병원 응급실에서 응급 의료 서비스를 제공하도록 병원과 계약을 맺은 의사를 의미합니다.

5. **"연방 빈곤 수준"**이란 미국 보건복지부가 연방 관보에 주기적으로 업데이트하는 빈곤 가이드라인을 의미합니다. 현재 가이드라인은 http://aspe.hhs.gov/POVERTY/에서 확인할 수 있습니다.

6. **"월 총 가구 소득"**이란 세금, 공제, 위자료 및 자녀 양육비 지급액을 차감하기 전에 가구가 받는 총 보상을 의미합니다. 이러한 소득에는 고용 또는 자영업에서 받은 급여, 임금 및 보너스, 투자에서 받은 배당금 및 분배금, 부동산 투자에서 받은 임대료 수입, 사업체에서 받은 이익 분배금 등 다양한 출처에서 받은 보상이 포함됩니다. 연 소득은 가족의 연 소득을 연환산하여 결정할 수 있습니다.

7. **"가구"**란 (i) 18세 이상 환자의 경우 환자와 환자의 환자의 배우자, 동거인[1] 및 동거 여부와 관계없이 21세 미만의 부양 자녀, (ii) 18세 미만 환자의 경우, 해당 환자의 부모, 간병인 친척 및 21세 미만인 부모 또는 간병인 친척의 기타 자녀를 의미합니다.

[1] **"동거인"**은 캘리포니아 가족법 제297조에 정의되어 있습니다.

*본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

절차:

1. **본 정책의 적용 대상 서비스**

A. CHLA는 병원에서 제공하는 다음 범주의 의료 서비스에 대해 재정 지원을 제공합니다.

i. 응급 의료 서비스; 그리고

ii. 의사의 판단에 따라 의학적으로 필요한 서비스.

B. 상반되는 어떠한 규정에도 불구하고, 본 정책에 따른 자격 여부에 관계없이 모든 개인에게 응급 의료 및 적극 출산법(EMTALA)에 명시된 응급 의료 상태에 대한 진료를 차별 없이 제공하는 것이 CHLA의 정책입니다. EMTALA 정책 및 절차는 CHLA의 다른 정책에 더 자세히 명시되어 있습니다. CHLA는 응급실 환자가 응급 의료 상태에 대한 진료를 받기 전에 비용을 지불하도록 요구하거나 차별 없이 응급 의료 제공을 방해하는 채권 추심 활동을 허용하는 등 개인이 응급 의료 서비스를 받는 것을 방해하는 행동에 관여하지 않습니다.

C. CHLA 시설에서 진료를 제공하는 CHLA 자체 이외의 제공자는 본 정책을 따르지 않습니다. Children's Hospital Los Angeles Medical Group("CHLAMG") University of Southern California("USC") 및 USC Care에 의사, 외과의사 및 기타 제공자는 CHLA의 직원이 아니며, 이들의 서비스는 CHLA 정책에 따라 재정 지원을 받을 수 없지만, CHLAMG의 해당 정책에 따라 재정 지원을 제공할 수 있습니다. 또한 CHLAMG는 무보험 환자 또는 고액의 의료비를 부담하는 환자를 위한 응급 의사 서비스 할인에 관한 자체 정책을 시행하고 있습니다. 본 정책에 대한 자세한 내용은 소아 관리 그룹 고객 서비스 (323) 361-2336으로 문의하십시오. CHLAMG, USC 및

*본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

USC Care 이외의 CHLA 시설에서 진료를 제공하는 제공자는 본 정책의 부록 A에 나열되어 있습니다. 부록은 https://www.chla.org/financial-assistance에서 확인할 수 있으며, 실제 사본은 4650 Sunset Blvd, Los Angeles, CA 90027에 위치한 병원 정문 근처에 위치한 응급실 등록 구역 내 입원 구역 또는 환자 비즈니스 서비스에 (800) 404-6627로 전화하여 구할 수 있습니다.

2. 환자 자격 기준

의학적으로 필요한 진료 비용의 전부 또는 일부를 지불할 수 없는 환자는 자격이 될 수 있습니다. 재정 지원(자선 진료 및 할인 진료)에 대한 자격은 본 정책에 따라 환자의 재정적 필요성에 대한 개별적인 평가를 기반으로 결정됩니다. CHLA는 자격을 결정할 때 연령, 성별, 인종, 사회적 또는 이민자 신분, 성적 지향 또는 종교적 신념을 고려하지 않습니다.

A. 환자가 제3자 민간 건강 보험을 사용하지 않고 대신 현금 지불로 처리하기로 선택한 경우, 재정 지원을 받을 자격이 없습니다.

B. 환자는 변제자력조사를 받게 됩니다. 월 총 가구 소득은 문서화된 소득 증명 또는 전자 확인 도구를 통해 확인됩니다. 소득 기준은 다음과 같습니다.

   i. FPL의 400% 이하 소득: 이러한 환자는 해당 기간 동안 환자 책임 100%로 전액 재정 지원 및/또는 약국 면제를 받을 자격이 있습니다.

   ii. FPL의 400% 초과, 600% 미만의 소득: 이러한 환자는 의료 서비스에 대한 보상 기간 동안 환자 책임에 대한 할인을 받을 자격이 있습니다.

   iii. 월 총 가구 소득이 연방 빈곤 수준의 해당 기준에 미치지 못하는 환자는 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 수 없습니다.

본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

C. 그럼에도 불구하고 CHLA는 단독 재량으로 각 사례의 사실과 상황에 따라 본 정책에 의거하여 자격이 없는 환자에게 재정 지원을 제공할 수 있습니다.

3. 신청 절차

A. CHLA의 인간 존엄성과 선량한 관리자의 가치관은 신청 절차, 재정적 필요성 결정 및 재정 지원금 지급에 반영되어야 합니다.

B. 재정 지원 신청서를 제출하려면 작성된 신청서와 필요 서류를 CHLA의 입원 부서에 직접 제출하거나 환자 비즈니스 서비스, Mailstop 26, Children's Hospital Los Angeles, 4650 Sunset Boulevard, Los Angeles, California 90027로 우편 발송해야 합니다. 별첨 FIN - 006.1 CHLA 재정 지원 신청서를 참조하십시오. 신청은 관련 개인정보 보호법에 따라 환자 또는 환자의 가족, 친한 친구 또는 동료가 할 수 있습니다. 신청서 자체와 CHLA의 재정 지원 정책에 대한 추가 정보는 CHLA의 환자 비즈니스 서비스 사무소 담당자에게 (800) 404-6627로 문의하여 받을 수 있습니다. **CHLA 직원은 재정 지원 신청서 작성을 도와드릴 수 없지만, 로스앤젤레스 건강 소비자 센터에서 신청서 작성에 대한 도움을 받으실 수 있습니다. 이 비영리 단체의 주소는 13327 Van Buys Boulevard, Pacoima, CA 91331이며 전화 번호는 (800) 896-3203입니다.**

C. 의료적으로 필요한 비응급 서비스를 제공하기 전에 자선 진료 또는 할인 진료 요청과 재정적 필요성 판단이 이루어지는 것이 바람직하지만 필수는 아닙니다. 그러나 자격 결정은 수집 주기의 어느 시점에서든 이루어질 수 있습니다. 재정 지원 자격은 마지막 재정 평가가 완료된 지 1년이 넘었거나 환자의 자격과 관련된 추가 정보가 알려지면 이후 서비스를 받을 때마다 재평가됩니다.

D. 환자의 재정 지원에 대한 자격 여부 결정은 CHLA가 본 정책 또는 재정 지원 신청서에 명시된 모든 정보 및 서류를 접수할 때까지 지연될 수 있습니다. 신청자는 본 정책 및 신청서에 따라 요구되는 정보를 CHLA에 제공하기 위해 모든 합리적인 노력을 기울여야 합니다. 신청자는 30일 이내에

*본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

필요한 모든 서류를 제출해야 합니다. 신청이 완료되지 않은 경우, 환자 비즈니스 서비스에서 필요한 정보를 얻기 위해 신청자에게 전화로 연락을 시도합니다. 환자 비즈니스 서비스에서 1주일 동안 신청자에게 전화로 연락할 수 없는 경우, 신청자의 마지막으로 알려진 주소로 신청자에게 필요한 정보를 요청하는 서신을 발송합니다. 서신은 영어와 환자 가족이 사용하는 언어로 작성됩니다. 누락된 정보를 요청하는 서신을 발송한 후 30일 이내에 신청자로부터 응답이 없는 경우, CHLA는 신청이 포기된 것으로 간주하고 신청을 거부할 수 있습니다.

i. 자선 진료 또는 할인 진료 신청자는 모두 최근 급여 명세서 및/또는 소득세 신고서를 제출해야 할 수 있습니다. CHLA는 다른 소득 증빙을 요구하지 않습니다.

ii. 재정 지원 신청서에 명시된 대로 기타 서류가 필요할 수 있습니다. CHLA는 재정 지원을 희망하는 환자(또는 그 대리인) 이외의 출처에서 얻은 정보를 사용하여 본 정책에 따른 환자의 재정 지원 자격에 관한 결정을 내리지 않습니다.

E. 재정 지원 신청서는 즉시 처리되어야 하며 CHLA는 신청서 접수 후 30일 이내에 신청자가 자선 진료 또는 할인 진료를 받을 자격이 있는지 여부를 신청자에게 서면으로 고지합니다.

F. 환자 비즈니스 서비스에서 신청자에 대한 재정 지원을 거부하는 경우, 신청자는 환자 재정 서비스 책임자에게 연락하여 해당 결정에 대한 검토를 요청할 수 있으며, 해당 책임자는 CHLA의 최고 재무 책임자와 해당 사안을 검토할 것입니다. 신청자의 자격에 대한 최고 재무 책임자의 결정이 최종 결정입니다.

G. 환자가 CHLA에서 자선 진료 또는 할인 진료를 신청할 당시 다른 건강 보험 프로그램을 신청했거나 신청이 보류 중이라는 사실은 두 프로그램 모두에 대한 자격을 제한하지 않습니다.

*본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

4. 재정 지원 금액

본 정책에 따라 적격 환자에게 제공되는 재정 지원의 유형은 다음과 같습니다.

A. 자선 진료: 월 총 가구 소득이 연방 빈곤 수준의 400% 이하이고 본 정책의 다른 요건을 충족하는 환자는 자선 진료(CHLA가 제공하는 서비스에 대한 총 서비스 요금 전액에 대한 환자의 재정적 의무 면제)를 받을 자격이 있습니다.

B. 할인 진료: 월 총 가구 소득이 연방 빈곤 수준의 400%를 초과하지만 600% 이하이고 본 정책의 다른 요건을 충족하는 환자는 할인 후 환자 책임 금액이 보험 환자에게 일반적으로 청구되는 금액("**일반적으로 청구되는 금액 또는 AGB**")을 초과하지 않도록 할인된 금액으로 CHLA로부터 서비스를 받을 수 있습니다. AGB 계산에 대한 자세한 내용은 본 정책의 부록 B에 포함되어 있습니다. 부록은 https://www.chla.org/financial-assistance에서 확인할 수 있으며, 실제 사본은 4650 Sunset Blvd, Los Angeles, CA 90027에 위치한 병원 정문 근처에 위치한 응급실 등록 구역 내 입원 구역의 X 또는 환자 비즈니스 서비스에 (800) 404-6627로 전화하여 구할 수 있습니다.

5. 재정 지원 발효일

A. 재정 지원 프로그램 발효일은 신청서가 승인된 날부터 시작되며, 1년 동안의 서비스 날짜에 대해 소급 적용됩니다.

6. 청구 정책과의 관계

A. 입원 부서는 각 환자 또는 그 대리인으로부터 민간 또는 공공 건강 보험 또는 후원이 CHLA가 환자에게 제공하는 치료 비용을 전액 또는 부분적으로 충당할 수 있는지 여부에 대한 정보를

본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

얻어야 하며, 여기에는 민간 건강 보험, California Health Benefit Exchange, Medicare, Medi-Cal, Healthy Families Program, California Children's Services Program 또는 건강 보험을 제공하기 위해 설계된 기타 카운티 또는 주정부 지원 프로그램을 포함하되 이에 국한되지 않습니다. 입원 부서는 또한 개인이 근무하거나 거주하는 카운티 병원에 CHLA 대신 병원 서비스를 제공할 수 있는 병원이 있는지 여부를 결정할 수 있도록 도와야 합니다.

B. 본인 부담 환자에게는 CHLA가 예정된 병원 서비스를 제공하기 전에 서면으로 가격 견적을 제공해야 합니다. 서면 견적서는 환자의 가족이 사용하는 언어로 작성해야 합니다. 응급 서비스에 대해서는 견적을 제시할 필요가 없습니다.

C. CHLA에 의해 환자가 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있다고 결정되고 해당 환자가 본 정책에 따라 자격을 유지하는 한, 환자는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 할인되지 않은 총 청구액에 근거한 청구서를 받지 않습니다. 대신에 그러한 환자에게는 일반적으로 청구되는 금액을 초과하지 않는 금액이 청구됩니다.

D. 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 신청자에게는 신청자의 재정 상황(월 총 가구 소득 및 필수 생활비 포함) 및 기타 관련 요인을 바탕으로 CHLA와 신청자가 협의한 조건에 따라 무이자 연장 지불 플랜이 제공됩니다. 연장 지불 플랜의 최소 기간은 12개월입니다. 신청자와 CHLA가 상호 수용 가능한 지불 계획을 협상할 수 없는 경우, CHLA는 필수 생활비를 공제한 후 월 지불액이 환자의 월 총 가구 소득의 10%를 초과하지 않는 지불 계획을 신청자에게 제안합니다.

환자가 90일 동안 지불해야 할 모든 금액을 연속해서 지불하지 않으면 CHLA는 연장된 지불 계획을 더 이상 운영하지 않는다고 선언할 수 있습니다. 플랜이 더 이상 작동하지 않는다고 선언하기 전에 CHLA 또는 그 징수 대행사 또는 양수인은 환자 또는 책임 당사자에게 전화로 연락하고 연장된 지불 계획이 작동하지 않을 수 있으며 연장된 지불 계획을 재협상할 기회가

본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

있음을 서면으로 고지하기 위해 합리적인 노력을 기울여야 합니다. 또한 플랜이 작동하지 않는 것으로 선언되기 전에 CHLA 또는 그 징수 대행사 또는 양수인은 환자 또는 책임 당사자가 요청하는 경우 불이행된 플랜의 조건에 대한 재협상을 시도합니다. CHLA와 그 징수 대행사 또는 양수인은 연장된 지불 계획이 더 이상 운영되지 않는다고 선언되기 전에 지불 계획에 따른 미납에 대해 소비자 신용 평가 대행사 또는 신용 조사 기관에 불리한 정보를 보고해서는 안 됩니다. 본 항의 목적상, 환자에게 고지 및 전화 통화를 하는 경우 환자의 마지막으로 알려진 전화번호 및 주소로 할 수 있습니다.

E. 신청자에게 달리 통보하지 않는 한, 본 정책에 따라 제공되는 재정 지원은 결정이 내려진 달의 첫 번째 날부터 1년 동안 유효합니다. CHLA는 신청자의 재정 상태의 변화가 의심되는 경우 해당 기간 동안 신청자의 재정 지원 자격을 재평가할 권리를 보유합니다.

F. CHLA의 청구서에는 개인에게 재정 지원이 제공될 수 있음을 알리고 연락 부서와 연락처 전화번호가 기재되어 있습니다.

G. 진료가 제공될 당시 또는 퇴원 시 제3자가 보장 증명서를 제공하지 않은 환자에게 CHLA가 비용을 청구하는 경우, 해당 청구의 일부로 다음 사항을 모두 포함하는 명확하고 눈에 잘 띄는 서면 고지서를 영어 및 환자의 가족이 사용하는 언어로 환자에게 제공해야 합니다.

   i. CHLA가 제공하는 서비스에 대한 요금 명세서;
   ii. 환자 또는 대리인이 캘리포니아 건강 보험 거래소, 메디케어, 건강한 가족, 메디칼 또는 기타 보장을 포함하여 환자에게 건강 보험 혜택이 있는 경우 CHLA에 알려달라는 요청서, 환자가 건강 보험 혜택이 없는 경우 California Health Benefit Exchange 또는 주 또는 카운티 기금 보장, Medicare, Healthy Families, Medi-Cal, California Children's Services Program 또는 본 재정 지원 정책을 통해 제공되는 보장에 대한 자격이 있을 수 있다는 진술;

본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

iii. 환자가 California Health Benefit Exchange 또는 주 또는 카운티 지원 건강 보험, Medicare 프로그램, Medi-Cal 프로그램, Healthy Families Program 및 California Children's Services를 통해 보험 적용을 위한 신청서를 받을 수 있는 방법과 병원이 이러한 신청서를 제공하겠다고 명시한 진술. 환자가 제3자 지불인의 보험 적용을 명시하지 않거나 할인 가격 또는 자선 진료를 요청하는 경우, 병원은 환자에게 Medi-Cal 프로그램, Healthy Families Program 또는 기타 정부 프로그램 신청서를 제공해야 합니다. 이 신청서는 환자가 입원한 경우 퇴원 전에 제공되어야 하며 응급 또는 외래 치료를 받는 환자에게 제공되어야 합니다.

iv. 다음을 포함한 재정 지원 신청 관련 정보:

a. 환자가 보험이 없거나 불충분하고 특정 저소득 및 중간 소득 요건을 충족하는 경우 할인 진료 또는 자선 진료를 받을 자격이 있을 수 있다는 진술;

b. 환자가 병원의 재정 지원 정책에 대한 정보를 얻을 수 있는 CHLA 직원 또는 사무실의 이름과 전화번호, 그리고 재정 지원 신청 방법;

c. 환자가 자선 진료 또는 할인 진료를 신청할 당시 다른 건강 보장 프로그램을 신청했거나 신청이 계류 중이라는 사실이 두 프로그램 중 하나에 대한 자격을 배제하지 않는다는 진술; 그리고

v. 환자가 법률 서비스 사무소에 있는 지역 소비자 지원 센터에 의뢰할 권리가 있다는 진술 또는 해당 소비자 지원 센터의 목록.

본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

7. 징수 정책과의 관계

A. 모든 징수 활동은 CHLA 또는 징수 대행사와 같은 지정된 CHLA 협력업체가 수행합니다. CHLA 또는 이를 대리하는 징수 대행사는 병원비를 지불하지 않은 환자 또는 기타 책임이 있는 개인에 대한 부정적 정보를 소비자 신용 평가 대행사 또는 신용 조사 기관에 보고할 수 있습니다. 그러나 CHLA와 그 대리인은 환자가 관련 서비스에 대한 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 CHLA가 합당한 노력(아래 정의)을 기울일 때까지 그러한 정보를 신용 평가 대행사나 신용 조사 기관에 보고하지 않습니다. "**합리적인 노력**"이란 CHLA가 다음 중 하나를 수행했음을 의미합니다: (i) 퇴원 후 하나 이상의 커뮤니케이션을 통해 환자 및/또는 가족에게 재정 지원의 이용 가능성에 대해 고지(구두 커뮤니케이션을 통한 고지 시도 및 환자가 재정 지원을 신청할 수 있는 방법을 나타내는 청구 명세서와 함께 본 정책에 대한 일반 언어 요약본을 제공하고 30일 후 CHLA가 신용 평가 대행사에 환자를 보고할 의사가 있음을 환자에게 고지하는 것을 포함)하고 환자가 재정 지원을 신청할 수 있도록 퇴원 후 첫 번째 청구서로부터 최소 **180**일 동안 제공하며 해당 기간 동안 환자로부터 받은 모든 신청서를 적시에 처리함(해당 기간 이후 환자의 신청 자격을 제한하지 않음); 또는 (ii) 완전한 신청서를 바탕으로 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 결정함. 환자가 서비스 보장에 대해 보류 중인 불만 사항, 독립 의료 검토, 공정한 청문회 또는 기타 보류 중인 이의 제기가 있는 경우, 환자가 해당 이의 제기의 진행 상황에 대해 CHLA와 소통하기 위해 합리적인 노력을 기울이는 한 이의 제기에 대한 최종 결정이 내려질 때까지 **180**일 기간이 연장됩니다. CHLA의 환자 비즈니스 서비스 사무소는 소비자 신용 대행사 또는 신용 조사 기관에 보고하기 전에 CHLA가 본 정책에 따라 환자가 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 합당한 노력을 기울였는지 여부를 결정할 최종 책임이 있습니다.

B. CHLA는 제3자 책임 합의, 불법 행위자 또는 기타 법적 책임 당사자로부터 배상 및 집행 구제책을 추구할 수 있습니다.

**본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.*

C. CHLA는 각 징수 대행사가 CHLA의 징수 기준과 실행 범위를 준수하기 위해 서면으로 동의할 것을 요구합니다.

D. 개인이 본 정책에 따른 지원 자격을 얻으려고 하거나 합리적인 지불 계획을 협상하거나 합리적인 금액의 정기적인 지불을 통해 CHLA와 미납 청구서를 선의로 해결하려고 시도하는 경우, CHLA는 해당 기관이 캘리포니아 병원 공정 가격 법령(캘리포니아 보건 및 안전법 제127400조 이하)을 준수하기로 동의하지 않는 한 미납 청구서를 징수 대행사나 기타 양수인에게 보내지 않습니다.

E. 징수 대행사에 회부되는 금액에는 본 정책에 따라 개인이 받을 수 있는 모든 감면 요율이 반영됩니다.

F. 재정 지원을 받을 자격이 있는 개인이 자신의 재정적 책임 총액을 초과하여 지불하는 경우, CHLA는 초과 지불을 인지한 날로부터 **30일** 이내에 초과 지불금에 대해 CHLA가 해당 개인의 지불금을 수령하고 크레딧으로 확인된 날부터 현행법에 명시된 이자율에 따라 발생하는 이자와 함께 환불합니다. 그러나 지불해야 할 금액이 5달러 미만인 경우 CHLA는 과오납금을 환불하거나 이자를 지불할 의무가 없습니다.

G. 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에 대한 추심 활동을 위협하거나 시작하기 전에 CHLA, CHLA의 양수인 또는 징수 대행사를 포함한 기타 환자 채권자는 환자에게 공정 추심 고지 문구, 해당 지역에서 이용 가능한 비영리 소비자 신용 상담 서비스에 관한 정보가 포함된 서면 고지서를 제공해야 합니다. 이 고지는 징수 활동이 발생할 수 있음을 나타내는 모든 문서와 함께 제공되어야 합니다.

**본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.*

공정 추심 고지 문구: "주 및 연방법에 따라 채권추심자는 회원님을 공정하게 대우해야 하며, 채권추심자가 허위 진술이나 폭력 위협, 외설적이거나 모욕적인 언어 사용, 회원님의 고용주를 포함한 제3자와의 부적절한 연락을 금지합니다. 특별한 경우를 제외하고 채권추심자는 오전 8시 이전이나 오후 9시 이후에는 채무자에게 연락할 수 없습니다. 일반적으로 채권추심자는 채무자의 변호사나 배우자가 아닌 다른 사람에게 채무에 관한 정보를 제공할 수 없습니다. 채권추심자는 귀하의 위치를 확인하거나 판결을 집행하기 위해 다른 사람에게 연락할 수 있습니다. 채권 추심 활동에 대한 자세한 내용은 1-877-FTC-HELP(382-4357)로 전화하거나 온라인(www.ftc.gov)으로 연방거래위원회에 문의할 수 있습니다.

8. 본 정책의 커뮤니케이션

A. 본 정책과 관련된 모든 고지 양식, 서신, 신청서 또는 기타 문서는 영어, 스페인어 및 CHLA가 서비스를 제공할 가능성이 있는 인구의 5% 또는 1,000명 중 적은 수가 사용하는 기타 언어로 제공되어야 합니다. CHLA는 또한 번역 보조 도구 및 번역 가이드를 제공하거나 자격을 갖춘 이중 언어 통역사를 통해 영어 문서를 작성하고 영어 문서를 이해하는 데 도움을 제공할 수 있습니다.

B. 모든 환자 또는 그 대리인은 입원 환자로 입원할 때 자선 진료 및 할인 진료의 이용 가능 여부에 대한 정보가 포함된 서면 고지서를 받아야 합니다. 고지서에는 본 정책에 대한 정보와 함께 환자 또는 대리인이 본 정책에 대한 추가 정보를 얻을 수 있는 병원 직원 또는 사무실의 연락처 정보가 포함되어야 합니다. 응급 또는 외래 진료를 받고 해당 진료에 대한 청구서를 받을 수 있지만 입원하지 않은 환자에게도 동일한 고지를 제공해야 합니다. 고지서는 영어와 가능한 경우 환자의 가족이 사용하는 언어로 제공되어야 합니다.

**본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.*

C. 본 정책에 관한 고지는 응급실, 원무과 사무실, 입원실, 외래 진료실 등 일반인이 볼 수 있는 장소에 명확하고 눈에 잘 띄게 게시됩니다(단, 이에 국한되지 않음). 이 게시된 고지는 CHLA가 보험에 가입하지 않았거나 보험이 부족한 개인에게 재정 지원을 포함한 다양한 옵션을 제공한다는 사실을 설명합니다. 이러한 고지에는 본 재정 지원 정책에 대한 자세한 정보를 얻고 재정 지원을 신청하기 위해 개인이 전화할 수 있는 연락처와 전화번호가 포함됩니다.

D. 연락처를 포함한 본 정책의 고지는 환자 청구서에 고지서를 게시하는 것을 포함하되 이에 국한되지 않는 다양한 다른 방법으로도 CHLA에 의해 배포됩니다. CHLA는 본 자선 진료 정책의 요약을 웹사이트, 환자가 접근 가능한 장소 및 병원이 서비스를 제공하는 지역사회 내 기타 장소에 CHLA가 선택하는 대로 브로셔에 게시합니다.

E. CHLA 직원 중 개인이 병원 서비스 비용을 지불할 능력이 없다고 합리적으로 판단하는 사람은 해당 개인에게 재정 지원을 받을 수 있음을 알리고 본 정책에 설명된 고지 사항을 안내해야 합니다. 재정 지원 신청서는 CHLA가 이용하는 모든 외부 징수 대행사에 제공되어 징수 대행사가 재정 지원 자격이 있다고 판단하는 개인에게 배포할 수 있습니다.

9. 기밀성

A. CHLA는 본 정책에 따라 재정 지원을 원하는 신청자로부터 받은 모든 정보를 기밀 정보로 유지합니다. 재정 지원 신청 및 승인 절차의 일부로 획득한 금전적 자산에 관한 정보는 CHLA에 지불해야 할 금액을 징수하는 데 사용될 수 있는 정보와는 별도의 파일에 보관됩니다. 이러한 파일의 모든 정보는 채권 추심과 관련된 담당자가 사용할 수 없습니다. 그러나 본 정책의 어떠한 조항도 재정 지원 신청 절차와 무관하게 CHLA, 그 징수 대행사 또는 양수인이 획득한 정보를 채권 추심 절차에서 사용하는 것을 금지하지 않습니다.

*본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.

별첨:

1. FIN – 006.1 CHLA 재정 지원 신청서(영어)
2. FIN – 006.2 CHLA 재정 지원 신청서(스페인어)
3. FIN – 006.3 부록 A 제공자 목록
4. FIN – 006.4 부록 B 일반적으로 청구되는 금액 계산
5. FIN – 006.5 부록 C 자격 기망행위 시트

참조:

1. California Health & Safety Code, Sections 127400 to 127446
2. California Family Code, Section 297
3. California Health & Safety Code, Section 1339.585
4. 26 U.S.C. 501(r)
5. Hospital Fair Pricing Policies (HFPP) Law - AB 774
6. Emergency Physician Fair Pricing Policies (EPFPP) Law
7. CHLA Policy COMP - 023.0 EMTALA (Screening, Stabilization, and Management of Emergency Transfers)

정책 소유자:

최고재무책임자(CFO)

**본 정책이 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 인쇄되거나 다른 방식으로 배포된 후에는 통제 대상 문서로 간주되지 않습니다. 본 정책은 최신 버전이 아닐 수 있으므로 CHLA 정책 및 절차 라이브러리에서 본 정책의 전자 버전을 검토하시기 바랍니다.*