

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

**I. 목적:**

- a. Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, Community Urgent Care Medical Group, Inc.의 Cedars-Sinai 응급실 의사, Cedars-Sinai Medical Care Foundation("CSMCF") 또는 CSMCF와 독점 전문 서비스 계약을 맺은 의료 단체(이하 "기관")가 고용한 교수 또는 의사로서 능력이 있는 Cedars-Sinai 교수급 의사는 다음 원칙에 따라 지역사회 내 모든 환자의 의료관리 요구 사항을 충족하기 위해 노력합니다.
  - i. 모든 사람을 존엄, 존중 및 연민을 담아 공정하게 대우합니다.
  - ii. 환자의 지불 능력에 관계없이 모든 사람의 응급 의료 요구에 서비스를 제공합니다.
  - iii. 진료의 일부 또는 전부에 대해 비용을 지불할 수 없는 환자를 지원합니다.
- b. 본 정책은 지역사회 내에서 보험 혜택을 받지 못하는 저소득 환자와 불충분한 보험 혜택을 받는 환자의 요구를 충족하도록 도움으로써 본원의 사명, 비전 및 원칙에 대한 기관의 약속을 보여줍니다. 본 약속의 일환으로, 기관은 본 정책의 요건에 따라 자격이 있는 환자에게 무상 또는 할인된 비용으로 필요한 의학 서비스를 제공합니다.
- c. 본 정책은 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자를 확인하기 위한 지침을 제공하고 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자를 결정하기 위한 재정 선별심사 기준을 설정합니다. 본 정책에서 제공하는 재정 선별심사 기준은 대부분 미보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services)에서 제정한 연방 빈곤 수준 지침을 기반으로 합니다.
- d. 본 정책은 기관에서 제공하는 모든 응급 진료 및 그 밖의 필요한 의학적 진료에 적용됩니다.
- e. 본 정책은 주법 및 연방법을 준수하기 위한 목적입니다.

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

**II. 정책:**

- a. **정의.** 사용된 용어에 대한 설명은 본 정책 후반부에 있는 "정의" 섹션을 참조해 주십시오. 정의된 용어는 정의 섹션에 대문자로 표기되거나 본 정책의 본문 내에 정의됩니다.
- b. **본 정책이 적용되는 시설, 의사 및 그 밖의 제공자.** 기관이 제공하는 서비스에만 본 정책이 적용됩니다. 정책은 또한 기관과 계약을 맺고 본 정책의 이행에 참여해야 하는 의사에게도 적용됩니다.
- c. **본 정책의 적용을 받지 않는 시설, 의사 및 그 밖의 제공자는 별도의 재정 지원 정책을 가질 수 있습니다.** 그 밖의 기관 의료진 구성원이 환자에게 재정 지원을 제공할 수 있습니다. 기관은 웹사이트에 특정 의사(또는 의료 집단)가 (i) 정책에 명시된 기준에 따라 의사의 전문 진료비에 대해 보험 혜택을 받지 못하는 저소득 환자에게 기관이 제공하는 것과 동등한 할인을 제공하는지 (ii) 환자의 재정 지원 대상 자격에 대한 기관의 결정을 수락하는지 (iii) 소비자 채권 추심에 관한 모든 적용 가능한 연방법, 주법 및 지방 법률, 규정, 조례 및 명령을 준수하는지 여부를 나타내는 해당 의사에 관한 정보 목록을 제공합니다. 기관은 그러한 의사의 재정 지원 프로그램 관리 또는 청구 관행에 대해 책임을 지지 않습니다.
- d. **자격 기준**
  - i. **재정 지원.** 재정 지원은 가족 소득 및 자산이 금년도의 연방 빈곤 수준(FPL) 400% 이하인 환자가 이용할 수 있습니다. 소득 범위가 FPL의 401%~600%에 이르는 환자는 또한 진료비 할인을 받을 수 있습니다. 자산이 재정 지원 신청서(이하 "신청서")에 기재되어 있더라도 이는 할인 자격 결정 시 고려되지 않습니다. 첨부 B는 신청서이고 첨부 C는 기관에서 이용할 수 있는 재정 지원 범위를 설명합니다.
  - ii. **서비스 이용 전 환자(선택적/비응급 진료).** 선택적 입원 환자 또는 비응급 외래 환자로 예약된 환자는 부원장, 재무 및 수익 주기 최고책임자 또는 그 피지명인의 재정 지원에 대한 사전 승인을 필요로 합니다. 의학적으로 필요한 시술만 승인을 받을 자격이 있습니다. 선택적 시술 및 퇴원 후 후속 진료에 대한 재정 지원은 기관의 서비스 제공 지역에 거주하거나 부원장, 재무 및 수익 주기 최고책임자 또는 그 피지명인이 달리 승인한 환자로 제한됩니다. 기관은 재정 및 임상 자원을 신중하게 배분해야 하는 기관의 필요성에 따라 환자의 제안된 비응급 및 비의료적 필수 진료에 대해 예비적 재정 지원을 하지 않을 권리를 보유합니다.
  - iii. **추가 재정 자원 및 필수 환자 협력.** 본 정책에 따라 지원이 승인된 환자는 캘리포니아 범죄피해자(California Victims of Crime) 기금, 카운티 외상 프로그램(County Trauma Program), Medi-Cal 프로그램, 캘리포니아 의료 혜택 거래소(California Health Benefit Exchange)(이하 "거래소")를 통해 보장을 제공하는 의료보험과 같은 제 3 자 출처로부터 기관의 서비스에 대한 환급을 받는 데 필요한 절차에 지속적으로 협력하는 데 동의합니다. 환자의 의료 비용에 대해 환자가 제 3 자 보장 신청을 한다고 해서 본 정책에 따른 지원 자격에서 배제되지 않습니다. 환자는 재정 지원의

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

조건으로 Medi-Cal, Healthy Families 및 카운티 외상 프로그램(County Trauma Program)(해당되는 경우) 및 관련되는 경우 거래소에 따른 보장을 신청해야 합니다. 앞서 기술한 내용은 다른 주에 거주하는 환자와 해당 주 내에서 Medicaid 를 신청하는 경우에도 적용됩니다.

기관은 잠재적 자격을 결정하기 위해 Healthy Families, Covered California, Medi-Cal 또는 그 밖의 프로그램을 비롯한 지역 카운티 기관에 적절한 의뢰를 할 것입니다.

기관은 제 3 자 책임의 출처를 비롯하여 환자에게 보장을 제공하는 제 3 자 보험사에 청구할 권리가 있습니다. 기관이 본 정책에 따라 환자의 청구서 전부 또는 일부를 면제한 경우에도 의료보험사와 의료보험은 기관에 대한 청구 환급을 축소하는 것이 금지됩니다.

iv. **자기부담 환자.** 기관은 과거 경험과 현재의 보험 환경을 바탕으로 보험이 없는 환자는 보험에 가입할 여력이 없다고 가정하고 있습니다. 기관은 이들 환자가 재정 지원 프로그램을 받을 자격이 있는 대상이라고 간주하고 이러한 모든 환자에게 다음과 같은 지원을 제공할 것입니다. 단, 환자가 기관에서 제공하는 서비스에 대해 별도의 조치를 취하는 경우는 제외합니다.

1. 자기부담 환자는 적용 가능한 입원 환자 서비스, 응급실 서비스 또는 외래 환자, 비응급 서비스에 대한 기관의 AGB 비율에 총 요금을 곱하여 결정된 할인 금액을 자동으로 청구받습니다.
2. 자기부담 환자는 신청서를 제출하지 않고도 이러한 할인을 적용받을 자격이 있습니다. 본 재정 지원은 선택적 시술에 확대 적용되지 않습니다. 단, 기관과 환자 간에 특정 합의가 이루어지는 경우는 제외합니다.

v. **의료적으로 빈곤한(Medically Indigent) 환자(별도의 자격 없음).** 의료적으로 빈곤하지만 본 정책에 따라 별도의 재정 지원을 받을 자격이 없는 환자도 본 정책에 명시된 절차에 따라 재정 지원을 요청할 수 있습니다. 의료적 빈곤으로 인한 재정 지원 요청은 해당 재량에 따라 부원장, 재무 및 수익 주기 최고책임자 또는 그 피지명인의 승인을 받아야 합니다.

e. **재정 지원 프로그램.** 본 프로그램은 재정 지원을 위해 하나의 통합 환자 신청서를 사용합니다. 절차는 각 신청자에게 자격이 될 수 있는 최대 재정 지원 혜택을 받을 수 있는 기회를 제공하도록 고안되었습니다. 재정 지원을 요청하는 모든 환자는 신청서를 작성하도록 요청받습니다.

i. **재정 지원 신청 시작.** 환자 재정지원 부서(Patient Financial Advocates)에 310-423-5071 번으로 연락하거나 patient.billing@cshs.org 로 이메일을 보내는 경우 환자 또는 기관의 모든 직원이 신청 절차를 시작할 수 있습니다. 본 절차에는 다음이 포함됩니다.

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

1. 환자에게 신청서, Medi-Cal 신청서 및 신용 상담 관련 정보가 제공됩니다.
2. 신청자는 Cedars-Sinai South Tower, Street Level, Room1740 에 있는 환자 재정지원 부서로부터 양식 작성에 대한 도움을 받습니다.
3. 신청서는 기관 직원의 도움을 받아 구두로 작성할 수 있지만 항상 환자 또는 대리인이 신청서에 서명해야 합니다.

ii. 신청서 검토

1. **결정.** 자격 지침은 현재 FPL 을 자격 기준으로 사용하여 산정됩니다.
2. **계열사 및 승인된 지역사회 파트너의 결정.** 기관의 특정 계열사 또는 지역사회 파트너가 최근 재정 지원 신청을 승인한 환자는 기관의 재량에 따라 신속히 기관의 승인을 받을 수 있습니다. 기관은 그러한 신속 승인이 가능한 경우 재정 지원을 신청하는 환자에게 이를 알립니다.
3. **자산.** 자격을 판단할 때 자산을 고려하는 것은 본 정책에 정의된 내용으로 제한됩니다.
4. **소득.** 연간 환산된 데이터를 사용해 일부 기간이 워크시트에 포함됩니다.
5. **공제.** 생활비 및 필수 타당한 지출을 비롯한 그 외 불가피한 재정적 의무는 참작될 것입니다.
6. **환자의 최대 본인부담금.** 본 정책이 적용되는 서비스에 대한 환자의 지불액은 AGB 이하로 제한됩니다.
7. **재평가.** 다음 중 하나가 발생하는 경우 기관에서 자격을 재평가할 수 있습니다.
  - a. 환자 소득 변경
  - b. 환자 가족 규모 변경
  - c. 재정 지원 신청서의 일부 내용이 허위이거나 오해의 소지가 있다고 판단되면 초기 재정 지원을 소급하여 거부할 수 있습니다.

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- iii. **필수 문서 제출.** 기관은 자격을 입증하기 위해 재정 지원을 신청하는 환자에게 다양한 문서를 요청합니다. 문서에는 다음이 포함될 수 있지만 이에 국한되지 않습니다.
1. 작성 완료한 신청서
  2. 소득 증명 문서에는 다음이 포함될 수 있습니다.
    - a. 당기 급여 명세서
    - b. 전년도 세금 신고서 또는
    - c. 서면 설명서
  3. 자산 문서에는 다음이 포함될 수 있습니다.
    - a. 전월 은행 입출금 내역서 사본(모든 페이지)
    - b. 단기금융시장(Money Market) 계좌 명세서
    - c. 주식
    - d. 채권
    - e. 예금증서
    - f. 중개 계정(은퇴 플랜, 이연 보상 플랜(미국 국세법에 따라 적격 및 비적격 모두 해당)과 관련된 문서 제외) 및
    - g. 실업, 사회보장 혜택 또는 장애 수당 기록
- iv. **작성 완료한 신청서 제출.** 환자가 신청 기간 동안 작성 완료한 신청서를 제출하는 경우 기관은 다음 조치를 수행합니다.
1. 진료비 수령을 위해 환자에게 취해진 모든 ECA 를 일시 중지하거나 취소하기 위해 합리적으로 이용할 수 있는 모든 조치를 즉시 취합니다. 이러한 합리적으로 이용할 수 있는 조치에는 일반적으로 추심 기관에 추심 활동을 중단하도록 알림, 환자에 대한 모든 불리한 판결을 무효화하는 조치, 환자의 재산에 대한 부과금 또는 유치권 해제, 환자의 신용 보고서에서 소비자 신고 기관 또는 신용 조사 기관에 보고된 불리한 정보 삭제가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.
  2. 합당한 기간 내에 자격을 결정하거나 신청서가 미비하거나 추가 정보가 필요한지 확인합니다.
  3. 해당되는 경우 환자가 받을 자격이 있는 지원 및 결정 근거를 포함하여 자격 여부 결정을 서면으로 환자에게 즉시 통지합니다.

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

4. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 경우 기관은 환자에게 자격, 이용할 수 있는 지원, 결정 근거 및 서비스 적용일을 서면으로 통지해야 합니다.

a. 환자의 책임이 없는 경우 "환불" 섹션에 제공된 대로 지불한 금액을 환불하는 것 외에 추가 조치는 필요하지 않습니다. 잔액이 남아 있는 경우 기관은 환자에게 환자가 진료비로 지불해야 하는 금액을 서면으로 통지하고 환자가 추가 계정 정보를 얻을 수 있는 방법을 설명합니다.

b. 환자가 재정 지원 승인을 받을 경우, 승인 기간 동안 응급 또는 그 밖의 의학적으로 필요한 진료에 대해 본 정책에 설명된 AGB 를 초과하는 비용을 환자에게 청구하지 않습니다.

c. 기관에서 특별히 권한을 부여받은 개인만 자격 여부를 승인 할 수 있습니다. 해당 개인은 부원장, 재무 및 수익 주기 최고책임자 또는 그 피지명인입니다.

v. **신청서 정보가 제한된 환자.** 기관에서 이용할 수 있는 환자 재정 데이터가 없다고 해서 재정 지원 자격 대상에서 제외되는 것은 아닙니다. 환자의 임상적, 개인적, 인구통계학적 상황 및 대체 문서(기타 자선 단체에서 제공할 수 있는 정보 포함)와 관련된 모든 요소를 평가하여 기관은 환자의 소득에 관해 합당한 추정을 하여 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 결정할 수 있습니다.

vi. **미비한 신청서.** 환자가 불완전하게 작성한 신청서를 제출하는 경우 기관은 신청에 필요한 추가 정보 및/또는 문서를 설명하고 신청서 처리를 위한 연락처 정보를 포함하는 서면 통지를 환자에게 즉시 제공해야 합니다. 이후에 환자가 신청 기간(또는 기관에서 연장한 기간) 동안 필요한 정보를 기재하여 신청서를 작성하는 경우 신청서가 완료된 것으로 간주됩니다.

vii. **미비한 신청서를 작성 완료한 경우.** 신청 기간 동안 불완전하게 작성한 신청서를 제출한 환자가 이후에 추가 정보 및/또는 문서 요청에 응답할 수 있는 합당한 기간 내에 신청서 작성을 완료하는 경우, 환자는 작성 완료된 신청서를 제출한 것으로 간주되며, 작성 완료된 신청서와 관련하여 기관은 본 정책에서 요구하는 별도의 단계를 환자가 수행하는 경우에만 재정 지원 자격 여부를 결정하기 위해 합당한 노력을 기울일 것입니다.

viii. **의심스러운 정보가 포함된 신청서에 대한 남용 방지 규칙.** 기관은 신뢰할 수 없거나 부정확하다고 믿을 만한 사유가 있는 정보 또는 압력이나 강압적 조치를 통해 환자로부터 얻은 정보를 기반으로 환자가 재정 지원을 받을 자격이 없다고 결정하지 않습니다. 강압적 조치에는 지연되거나 거부되는 진료에 대해 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 요청받은 정보를 제공할 때까지 환자에 대한 응급 진료를 지연 또는 거부하는 것이 포함됩니다.

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- ix. **미비한 신청서의 처리.** 기관은 재정 지원 결정을 내릴 때 합리적이고 필요한 문서를 제공하지 않은 환자를 고려할 수 있습니다. 다만, 기관은 합리적으로 행동하고 이용할 수 있는 정보로 최선의 결정을 내릴 것입니다.
- x. **추정 자격.** 기관은 환자에게 일반적인 신청 절차에서 요구하는 모든 정보를 제공하도록 요청하거나 의료 보험이 없다는 사실과 관계 없이 이미 획득하거나 평가한 정보를 통해 환자가 현재 서비스에 대해 재정 지원을 받을 수 있는지 결정할 수 있습니다. 기관의 결정은 이전에 기관이 내린 결정, 환자의 다른 의료 제공자가 제공한 정보 또는 기관의 직원이 이용할 수 있는 정보에 대한 일반적인 평가에 의존할 수 있습니다. 그러한 경우 기관은 (a) 추정 자격 결정의 근거와 환자가 본 정책에 따라 이용할 수 있고, 더 관대한 지원에 신청할 수 있는 방식을 환자에게 통지, (b) 환자에게 더 관대한 지원을 신청할 수 있는 120 일의 기간을 제공해야 합니다. 그리고 환자가 더 관대한 지원을 요청하는 신청서를 완료하여 제출하는 경우, 환자가 더 관대한 할인을 받을 수 있는지 여부를 결정하고 작성 완료된 신청서와 관련하여 본 정책에서 요구하는 별도의 조치를 수행합니다. 본 정책에 설명된 할인을 받는 자기부담 환자는 명세서에 인쇄된 일반 언어 요약(첨부 A 참조)을 통해 해당 통지를 받아야 합니다.
- xi. **환자의 권리 포기**로 인해 기관의 합당한 노력 의무가 경감되는 것은 아닙니다. 환자가 본 정책에 따라 지원을 신청하거나 환자에게 제공되는 정보를 받을 의향이 없다는 내용을 포함한 서명된 진술서 등 환자로부터 구두 또는 서면 상으로 권리 포기를 받는 것은 그 자체로 환자가 자격 대상이 아니라는 결정으로 간주되지 않으며, 환자가 ECA 참여 전에 자격이 있는지 여부를 결정하기 위한 합당한 노력에 대한 요구 사항을 충족하지 않습니다.
- xii. **지불 계획.** 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단되고 잔액이 남아 있는 경우, 예정된 기간 납입 계획을 통해 지불할 수 있습니다. 기관은 환자와 지불 계획 옵션을 논의하고 일반적으로 12 개월을 초과하지 않는 무이자 납입 계획을 마련합니다.
- xiii. **분쟁 해결.** 재정 지원 자격과 관련하여 분쟁이 발생하는 경우, 환자는 기관에 재고를 요청하는 서면 이의제기를 제출할 수 있습니다. 서면 이의제기는 분쟁의 근거를 설명하고 증빙 문서를 포함해야 합니다. 기관의 부원장, 재무 및 수익 주기 최고책임자 또는 그 피지명인은 이의제기를 즉시 검토하고 환자에게 서면 결정을 제공합니다. 환자가 1 차 이의제기 후에도 분쟁의 소지가 남아 있다고 생각하는 경우, 환자는 최종 서면 결정을 검토하고 제공하는 기관의 부원장, 재무 및 수익 주기 최고책임자 또는 그 피지명인의 검토를 서면으로 요청할 수 있습니다.
- xiv. **신청서 정보의 기밀성.** 기관은 본 정책에 따라 지원 자격을 요청하는 환자로부터 받은 모든 정보를 기밀 정보로 유지해야 합니다. 신청 및 승인 절차의 일부로 얻은 소득 및 자산에 관한 정보는 미지급 금액을 징수하는 데 사용할 수 있는 정보와 별도의 파일에 보관해야 합니다.

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- xv. **신청 완료 기간(이하 "신청 기간")**. 환자가 신청서를 작성하는 데는 240 일이 주어집니다. 신청 기간은 신청 대상인 진료가 처음 제공된 날짜부터 시작됩니다(서비스 날짜가 복수로 적용되는 경우 마지막 치료 과정의 시작일이 기준).

**f. 기한**

- i. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자의 승인에 대한 첫 재정 지원은 신청서가 완료된 날짜로부터 6개월 동안 유효합니다. 첫 승인 기간 종료 시 환자의 요청에 따라 자격을 재평가할 수 있습니다. 기관의 선택에 따라 새로운 신청서 제출 없이 새로 6개월의 승인 기간이 부여될 수 있습니다. 12개월 후 환자는 새로운 신청서를 작성해야 합니다. 최종 신청서가 승인된 날짜부터 자격을 갖춘 개설 계정은 제공 받은 지원 수준에 따라 재정 지원에서 탕감됩니다. 향후 6개월 동안 자격을 갖춘 계정은 재정 지원 탕감을 받을 자격이 있습니다.

**g. 통지, 서면 통신 및 진술**

- i. 기관은 재정 지원에 관한 다음의 통지 및 정보를 제공합니다.

**d. 본 정책**

- b. 본 정책의 일반 언어 요약. 일반 언어 요약은 기관이 본 정책에 따라 재정 지원을 제공한다는 사실을 환자 및 그 밖의 개인에게 알리는 명확하고 간결하며 이해하기 쉬운 문서여야 합니다. 일반 언어 요약은 본 정책에 따라 제공되는 지원 및 자격 요건과 같은 주법 및 연방법에서 요구하는 정보, 본 정책에 따른 지원 신청 방법에 대한 간략한 요약, 다양한 언어로 된 사본을 포함하여 추가 정보 및 지원을 얻기 위한 정보를 비롯하여 관련 정보를 설명하는 방식으로 작성되어야 합니다.

**c. 기관의 환자에게 재정 지원을 제공할 수 있는 제공자 목록**

**d. 신청서**

**e. 기관의 부채 추심 정책**

- ii. 해당 자료는 다음과 같은 다양한 방법으로 제공됩니다.

- a. **웹사이트**. 본 기관의 웹사이트에는 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 및 재정 지원 정책의 일반 언어 요약이 있습니다. 해당 자료에 대한 링크도 웹사이트에 게시됩니다.



**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- b. **이메일 또는 종이 사본.** 본 정책에서 언급된 자료의 사본은 323-866-8600 번으로 고객센터에 요청하거나 patient.billing@cshs.org 로 이메일을 보내거나 웹사이트 <https://www.cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html> 에서 이용할 수 있습니다.
- c. **안내문 게시.** 일반 언어 요약은 응급 부서, 입원 부서, 청구 부서, 중앙 집중식 및 분산식 등록 구역 및 관찰실을 포함한 그 밖의 외래 환자 환경에 게시되어야 합니다.
- iii. **등록 및 청구 고지.** 환자는 등록 및 청구 관련 소통에서 다양한 정보와 통지를 받게 됩니다. 예를 들어 기관의 부채 추심 정책을 참조해 주십시오.
- iv. **지역사회에 알림.** 기관은 대상 지역사회 조직에 정보를 배포하거나 기관의 재정 지원 프로그램을 이용할 수 있음을 지역사회에 알리는 그 밖의 수단을 통해 재정 지원 프로그램을 널리 홍보하기 위한 다양한 노력을 기울여야 합니다.
- h. **번역.** 환자 소통은 기관의 요건을 준수해야 합니다. 앞서 기술한 내용을 제한하지 않고 본 정책에 따른 통지, 공식 통신 및 안내문은 영어와 주법 및 연방법에서 요구하는 추가 언어로 작성됩니다. 해당 추가 언어는 페르시아어, 러시아어 및 스페인어입니다.
- i. **의학적 필요성/임상적 결정.** 모든 환자의 의학적 치료 필요성에 대한 평가는 보험이나 재정 상태에 관계없이 임상적 판단을 기반으로 합니다. 응급 의료 상황이 존재하는 경우, 재정 조정에 대한 평가는 적절한 의료 선별 검사를 실시하고 해당 주법 및 연방법에 따라 필요한 안정화 서비스를 제공한 후에만 이루어집니다.
- j. **환불.** 기관은 지불된 이자를 포함하여 연 10%의 비율로 본 정책에 따라 지불해야 하는 금액을 초과하여 지불한 금액을 환자에게 상환합니다. 환자에게 지불해야 할 금액이 \$5.00(또는 국세청 (Internal Revenue Service)에서 정한 그 밖의 금액) 미만인 경우 기관은 환자에게 상환하거나 이자를 지불할 필요가 없습니다. 기관은 30 일 이내에 환자에게 환불해야 합니다.
- k. **추심.** 추심 조치에 대한 추가 정보는 부채 추심 정책을 참조해 주십시오.
- l. **보고.** 기관은 본 정책을 2 년마다 1 월 1 일이나 그 이전 또는 본 정책이 개정된 날로부터 30 일 이내에 의료 접근 및 정보 부서(Department of Health Care Access & Information, 이하 "HCAI")에 제출합니다. 이전에 정책이 제출된 이후 변경 사항이 없는 경우, 기관은 기관의 다음 격년 보고 날짜인 1 월 1 일 이전 30 일 이내에 HCAI 에 통지해야 합니다.

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

m. 관련 정책 및 계획

i. 부채 추심 정책

ii. 미국병원협회(American Hospital Association) 환자 청구 지침

n. 연락처 정보. 본 정책에 관한 궁금한 사항은 부원장, 재무 및 수익 주기 최고책임자 또는 그 피지명인에게 문의해야 합니다.

**III. 이사회 승인 및 지속적인 검토.** 본 정책, 부채 추심 정책 및 이러한 정책에 대한 모든 중요한 변경 사항은 기관 이사회의 승인을 받아야 합니다. 기관은 본 정책을 부채 추심 정책 및 추심 활동 상태와 함께 정기적으로 검토하여 환자와 지역사회에 최상의 서비스를 제공하도록 해야 합니다.

**IV. 정의**

a. **일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, 이하 "AGB")**은 26 연방규칙(Code of Federal Regulations, C.F.R.) §1.501(r)-5(b)에 따라 결정된 응급 또는 의학적으로 필요한 진료를 보장하는 보험이 있는 환자에게 해당 진료와 관련해 일반적으로 청구하는 금액을 의미합니다. 기관의 AGB 산정 방법에 대한 추가 정보 및 연간 AGB 효율 업데이트는 본 정책의 첨부 D 에 명시되어 있으며, 캘리포니아주 의료 접근 및 정보 부서(Department of Health Care Access and Information) 웹사이트 <https://syfphr.hcai.ca.gov/>에서 일반에게 제공하는 기록물에 포함됩니다.

b. **신청**이란 기관의 재정 지원 신청을 의미합니다.

c. **자산**은 "금전적 자산"만을 의미합니다. 여기에는 은행 계좌 및 상장 주식과 같이 쉽게 현금으로 전환할 수 있는 자산이 포함됩니다. 은퇴 플랜, 이연 보상 플랜(미국 국세법에 따라 적격 및 비적격 모두 해당)은 고려되지 않습니다. 다음은 자산에서 제외됩니다: 환자의 금전적 자산 중 최초 일만 달러(\$10,000) 및 최초 일만 달러(\$10,000)를 초과하는 환자의 금전적 자산의 오십 퍼센트(50%)

d. **자격**이란 환자가 본 정책에 따른 재정 지원 요건을 충족한다는 의미입니다.

e. **필수 생계비**는 다음 중 하나에 대한 비용입니다: 임대료 또는 주택 지불 및 유지 관리, 식료품 및 가정용품, 공과금 및 전화, 의복, 의료 및 치과 지불, 보험, 학교 또는 보육, 자녀 또는 배우자 부양비, 교통 및 자동차 비용(보험, 가스비, 수리비 포함), 할부 요금, 세탁 및 청소비, 그 밖의 특별 경비.

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- f. **특별 추심 조치(Extraordinary Collection Action, 이하 "ECA")**는 추심 활동을 의미하며 기관은 본 정책에 따라 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 대상인지 여부를 결정하기 위한 합당한 노력을 기울이기 전에 이를 수행하지 않습니다. ECA는 부채 추심 정책에 구체적으로 설명되어 있습니다.
- g. **가족**이란 다음을 의미합니다. (1) 18세 이상인 경우, 배우자, 동거인 및 21세 미만의 부양 자녀(동거 여부와 무관) (2) 18세 미만인 경우, 부모, 돌봄 친척 및 그들의 21세 미만 다른 자녀.
- h. **연방 빈곤 수준(Federal Poverty Level, 이하 "FPL")**은 미국 내 빈곤을 결정하는 데 사용되는 측정법으로 보건복지부(Department of Health and Human Services, 이하 "DHHS") 웹사이트 <http://www.dhhs.gov/poverty>에 주기적으로 게시됩니다.
- i. **재정적으로 자격이 있는 환자**는 기관에 재정 지원을 요청하고 신청서를 작성하여 제출한 환자입니다. 신청서 검토는 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 대상이고 본 정책에 따라 신청서가 승인되었거나 환자가 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 있다고 기관에서 추정하여 결정했음을 보여줍니다.
- j. **재정 지원**은 환자에게 무상 또는 할인된 비용으로 의료서비스를 제공하기 위한 본 정책에 따른 조치입니다. 인화된 비용은 일반적으로 지불 계획 또는 자기부담 환자에 대한 자동 할인에 따릅니다.
- k. **높은 의료 비용**은 가족 소득이 재정 지원에 대한 기관의 한계를 초과하는 환자의 연간 본인부담 비용과 관련됩니다. 다음 중 하나에 해당하는 경우 이러한 비용으로 간주됩니다. (i) 기관의 병원에 있는 환자에게 발생한 비용으로 환자의 현재 가족 소득 또는 지난 12개월 동안의 가족 소득 중 더 적은 금액을 초과하는 비용 또는 (ii) 환자 가족 소득의 10%를 초과하는 본인부담 의료비(환자가 지난 12개월 동안 환자 또는 환자의 가족이 지불한 환자의 의료비에 대한 문서를 제공하는 경우).
- l. **의료적 빈곤**은 예상치 못한 높은 비용의 진료로 인해 서비스 비용을 지불할 수 없지만 본 정책에 따른 재정 지원 자격 대상이 아닌 환자를 말합니다.
- m. **환자**는 기존 또는 예비 환자를 의미합니다.
- n. **지불 계획**은 기관과 환자 사이의 서면 계약으로 필수 생계비에 대한 공제를 제외하고 한 달 동안 환자 가족 소득의 10%를 초과하지 않는 월 지불액으로 채무를 갚을 수 있는 기회를 기관이 제안하고 환자가 이를 수락함으로써 이루어집니다.
- o. **주법 및 연방법**에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

**Title: Financial Assistance Policy**

제목: 재정 지원 정책

**Home Department: Patient Financial Services**

담당 부서: 환자 재정 서비스

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(Policy and Procedure Manager, PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- i. 미국 국세법(Internal Revenue Code) 제 501(r)(3)항
- ii. 캘리포니아 보건안전법(California Health & Safety Code) 제 127400-127462 항(병원 공정 가격 정책 및 응급 의사 공정 가격 정책(Hospital Fair Pricing Policies and Emergency Physician Fair Pricing Policies))
- iii. 캘리포니아 의회 법안(California Assembly Bill) 1020: 의료 관리 부채 및 공정 청구(Health Care Debt and Fair Billing), 2022년 1월 1일 발효
- iv. 캘리포니아 의회 법안(California Assembly Bill) 532: 공정청구정책(Fair Billing Policies), 2022년 1월 1일 발효
- v. 무보험 및 불충분 보험 환자에 대한 재정 지원에 관한 보건복지부 총무실(Office of General, Department of Health and Human Services, "OIG") 안내와 IRS 규정
- vi. 앞서 기술한 내용과 관련된 시행 규정 및 기관 안내

**첨부 목록**

- A. 재정 지원 정책 요약 - 일반 언어 요약
- B. 재정 지원 신청서
- C. 재정 지원 할인
- D. 일반 청구 금액

내역:

최초 발행: 2003/05/01

정책 버전 발효일:

최종 검토일: 2022/10/13, 2020/11/20, 2019/11/16, 2016/05/23, 2014/12/30, 2011/02/14, 2010/09/01, 2009/12/28, 2009/09/30, 2007/12/01, 2006/12/12, 2006/06/21, 2006/01/11, 2005/11/10, 2005/08/29

**Attachment A**  
**첨부 A**

**Summary of Financial Assistance Policy – Plain Language Summary**  
**재정 지원 정책 요약 - 일반 언어 요약**



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS**

재정 지원 및 예상치 못한 청구  
보호책 요약

우리 임무의 일부로서, Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital 및 Cedars-Sinai Medical Care Foundation("기관")은 지역사회를 위해 양질의 의료서비스를 이용하도록 제공하고, 존엄, 공감, 존경을 담아 모든 환자를 대우할 것을 약속합니다. 이는 재정 지원 정책("정책")이 정한 바에 따라 진료 비용을 지불할 수 없고 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자에게 무료 서비스 또는 할인 서비스를 제공하는 것을 포함합니다. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 없더라도 본원은 환자의 재정적 필요성을 충족시키기 위해 다양한 지불 계획 및 옵션을 제공합니다. 이 문서는 일반 언어로 작성된 정책의 요약("요약")입니다.

**자격 - 전체 할인 및 감액**

재정 지원은 의학적으로 필요한 시술을 받고 수입 및 금전적 자산(총칭 "소득")이 올해 연방 빈곤 수준(FPL)의 400% 이하인 환자의 경우 이용할 수 있을 것입니다. 소득 범위가 FPL의 401%~600%에 이르는 환자는 진료비 할인을 받을 자격이 있습니다. 환자가 이용할 수 있는 할인은 가족 규모, 소득 수준, 보험 상태에 따라 차등적으로 적용될 것입니다. 선택 서비스 약정에 대해 재정 지원을 받고 싶은 환자는 환자 재정 서비스부(Patient Financial Services)의 부원장 또는 그 피지명인의 사전 승인을 받아야 합니다. 의학적으로 필요한 시술만 승인을 받을 자격이 있습니다. 선택적 시술 및 퇴원 후 후속 진료에 대한 재정 지원은 기관의 서비스 지역에 거주하는 환자에게만 제한됩니다. 환자가 전적으로 무료 서비스를 받을 자격은 없지만 정책에 따라 할인을 받을 자격이 있다면, 해당 환자에게 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료를 위해 기관이 일반적으로 청구하는 금액 이상을 청구하지 않을 것입니다.

**의사 및 서비스**

정책은 기관이 제공하는 서비스에만 적용되며, Community Urgent Care Medical Group, Inc.의 Cedars-Sinai 응급 부서 의사, Cedars-Sinai Medical Care Foundation(CSMCF) 또는 CSMCF와 독점 전문 서비스 계약을 맺은 의료 그룹이 고용한 교수 또는 의사로서 능력이 있는 Cedars-Sinai 교수급 의사가 제공하는 경우에만 의사 서비스를 포함합니다.

계속

**Attachment A (Continued)**

**첨부 A(계속)**



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS**

재정 지원 및 예상치 못한 청구  
보호책 요약

**재정 지원 신청하기**

정책에 따라 무료 또는 할인 진료를 받고자 하는 환자는 재정 지원 신청서("신청서")를 작성하고 필요한 서류를 제출해야 합니다. 신청서와 서류는 기관이 평가 절차에 따라 검토할 것입니다.

**신청서, 정책 또는 추가 정보를 받기 위한 연락처 정보**

이 요약서, 정책 또는 신청서의 무료 사본은 영어, 페르시아어, 러시아어, 스페인어로 이용할 수 있습니다. 사본을 요청하거나, 재정 지원 절차에 관한 질문을 포함하여 추가 정보가 필요한 경우 다음과 같이 할 수 있습니다. 사본을 요청하거나, 재정 지원 절차에 관한 질문을 포함하여 추가 정보가 필요한 경우 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 접수 또는 입원 데스크 담당자에게 문의.
- 환자 재정 서비스부(Patient Financial Services)에 323-866-8600번으로 전화.
- 기관의 웹사이트([cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance/financial-assistance.html))를 방문.

**자기부담 약정**

정책에 따라 무료 또는 할인 진료를 받을 자격이 없는 환자는 기관의 다른 유용한 프로그램을 찾을 수 있습니다. 보험이 부족한 환자는 본원이 관리형 의료 보험 플랜(Managed-care insurance plans)에 제공하는 할인과 유사한 상당한 할인을 받을 수 있습니다. 자격이 있는 서비스에는 통원, 응급, 입원 서비스가 포함됩니다.

**추심에 관한 규제적 통지**

본원은 일부 연체 금액을 제 3 자 추심 기관에 의뢰합니다. 해당 추심 기관은 모든 캘리포니아주 및 연방 법률을 준수하며 기관의 정책 및 절차를 따라야 합니다. 부채 추심 활동에 관한 자세한 정보가 필요한 경우 연방 거래 위원회(Federal Trade Commission)에 877-FTC-HELP (877-382-4357)번으로 전화할 수 있습니다. 귀하의 계좌가 추심 기관에 의뢰되어 어려움을 겪는 경우, 환자 재정 서비스부(Patient Financial Services)에 323-866-8600 번으로 연락하여 도움을 받을 수 있습니다.

계속

**Attachment A (Continued)**

**첨부 A(계속)**



**SUMMARY OF FINANCIAL ASSISTANCE  
AND SURPRISE BILLING PROTECTIONS**

재정 지원 및 예상치 못한 청구  
보호책 요약

**예상치 못한 의료비 청구를 위한 보호책.**

모든 환자는 예상치 못한 의료비 청구에 대해 보호를 받을 수 있습니다. “환자 통지서 - 예상치 못한 의료비 청구서에 대한 귀하의 권리 및 보호책(Notice to Patients – Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills)”을 웹사이트([cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html](http://cedars-sinai.org/patients-visitors/resources/patient-rights.html))에서 확인하거나 사본을 요청하십시오.

**청구, 요율, 비용 투명성에 관한 추가 자원 및 정보:**

- 환자는 Medi-Cal과 같은 정부 지원 프로그램을 이용할 자격이 있거나 캘리포니아 의료 혜택 거래소(California Health Benefit Exchange)(Covered California)를 통해 보조금을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이러한 프로그램, 보장 및 지원할 수 있는 다른 기관에 관한 질문이 있는 경우 환자 재정지원 부서(Patient Financial Advocates)에 310-423-5071번으로 연락하십시오.
- 상업용 의료보험 본인부담 비용과 관련한 질문이 있는 경우, 800-233-2771번으로 전화하십시오.
- 기관의 가격 책정 및 구매 가능 서비스 들에 관한 정보가 필요한 경우 웹사이트([cedars-sinai.org/billing-insurance.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance.html))를 방문하십시오.
- 보건 소비자 연맹(Health Consumer Alliance, HCA)은 의료 보장을 받거나 유지하고 의료보험에 대한 문제를 해결하는 데 도움이 필요한 환자에게 무료 지원을 제공합니다. 자세한 정보가 필요한 경우 [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)를 방문하십시오.

**Attachment B****첨부 B****Financial Assistance Application**

## 재정 지원 신청서

**FINANCIAL ASSISTANCE**

## 재정 지원 신청서

작성 완료한 신청서와 증빙 서류를 다음 주소로 제출해 주십시오.

Cedars-Sinai Medical Center  
Financial Assistance Processing Unit  
1801 W. Olympic Blvd.  
Pasadena, CA 91199-1688

운영시간: 오전 8 시~오후 5 시(주중)  
전화번호: 323-866-8600 파일 1688  
24 시간 이용 가능한 팩스: 323-866-3077  
이메일: Patient.Billing@cshs.org

## 재정 지원 필수 증빙 재정 문서

아래에 요청된 재정 문서를 제공해 주십시오. 누락되거나 첨부되지 않은 문서가 있는 경우 신청이 지연되거나 거부됩니다. 특정 문서를 제공할 수 없는 경우 사유서를 제출해 주십시오.

## 주요 문서:

- 소득 및 비임금 소득 증빙(위에서 설명한 대로)
  - 2개월 전의 고용주 수표 또는 급여명세서
  - 2개월 전의 실업, 사회보장 또는 장애 인증 진술서 등
- 연방세 환급
  - 연방세 신고서를 제출하지 않은 경우 가장 최근의 W2 또는 1099를 포함하십시오.
  - 세금 신고 지연, 일시적 장애 또는 실적으로 인해 세금 신고 정보를 제공할 수 없는 경우 비신고 세금 양식을 제공하십시오. 사본은 1-800-908-9946 번으로 전화하거나 [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript) 를 방문해 얻을 수 있습니다(양식 4506-T 또는 4506T-EZ 사용).
- 모든 당좌예금, 저축예금 및 신용조합 계좌에 대한 2개월 이전의 은행 입출금 내역서(모든 페이지 포함)
- 임대료 또는 주택담보대출 인증

## 추가/기타 문서:

- 비임금 소득 증빙:
  - 위자료 소득 명세서
  - 사업 소득 명세서
  - 자녀 양육비 소득 명세서
- 결혼했거나 시민 결합(Civil Union)을 한 경우: 배우자/파트너에 관한 다음 해당 문서를 제공해 주십시오.
  - 소득 및 비임금 소득 증빙(위에서 설명한 대로)
  - 연방세 환급
    - 연방세 신고서를 제출하지 않은 경우 가장 최근의 W2 또는 1099 를 포함하십시오.
    - 세금 신고 지연, 일시적 장애 또는 실적으로 인해 세금 신고 정보를 제공할 수 없는 경우 비신고 세금 양식을 제공하십시오. 사본은 1-800-908-9946 번으로 전화하거나 [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript) 를 방문해 얻을 수 있습니다(양식 4506-T 또는 4506T-EZ 사용).
  - 모든 당좌예금, 저축예금 및 신용조합 계좌에 대한 가장 최근 명세서(2개월 이전)

## 작성 완료한 신청서:

- 날짜와 서명을 기재하여 작성 완료한 신청서



**Attachment B (Continued)**

**첨부 B(계속)**

| 환자 정보   |        |                             |      |
|---|--------|-----------------------------|------|
| 환자 이름   | 사회보장번호 | 생년월일                        |      |
| 주택 주소   | 시      | 주                           | 우편번호 |
| 주택 전화번호   | 휴대전화번호 | 이메일 주소                      |      |
| 선호하는 연락 수단<br><input type="checkbox"/> 미국 우편 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 주택 전화 <input type="checkbox"/> 휴대전화                              |        | 연간 가계 소득: \$                |      |
| 혼인 상태: <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 별거<br><input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별               |        | 가구 내 구성원 수(세금 신고서에 보고된 대로): |      |
| 고용 상태<br><input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애<br><input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근무일: |        |                             |      |
| 고용주 이름  | 전화번호   |                             |      |
| 고용주 주소  | 시      | 주                           | 우편번호 |

| 배우자/동거인/부모/보증인 정보   |        |      |      |
|---|--------|------|------|
| 관계<br><input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 보증인 <input type="checkbox"/> 기타:               |        |      |      |
| 이름  | 사회보장번호 | 생년월일 |      |
| 고용 상태<br><input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애<br><input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근무일: |        |      |      |
| 고용주 이름  | 전화번호   |      |      |
| 고용주 주소  | 시      | 주    | 우편번호 |
| 의료보험명(COBRA를 포함하여 고용주가 제공)<br><input type="checkbox"/> 의료보험 미제공   |        |      |      |

| 보험 보장                             |                            |                              |  |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------------------|--|
| 1. 의료보험 보장을 받을 자격이 있습니까?          |                            |                              |  |
| <input type="checkbox"/> 의료보험     | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |  |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |  |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |  |
| <input type="checkbox"/> 재향군인협회   | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |  |
| <input type="checkbox"/> 외국 보험    | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |  |
| 예인 경우, 다음 정보를 제공해 주십시오.           |                            |                              |  |
| 보험 계약자                            | 보험사                        | 보험증서 번호                      |  |
| 보험 계약자                            | 보험사                        | 보험증서 번호                      |  |

**Attachment B (Continued)**

**첨부 B(계속)**

| 선별심사 질문  |    |     |    |
|--|----|-----|----|
| 1. 제공된 치료가 다음과 관련이 있습니까?<br><input type="checkbox"/> 사고 <input type="checkbox"/> 범죄 <input type="checkbox"/> 직장 상해 <input type="checkbox"/> 기타:  |    |     |    |
| 2. 변호사를 고용했거나 부상이나 질병에 대한 청구를 하고 있습니까?<br>a. 예인 경우 다음을 제공해 주십시오.<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____</span> <span>_____</span> </div><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>변호사 이름</span> <span>변호사 전화번호</span> </div>   |    |     |    |
| 3. 이미 Medi-Cal을 신청하셨습니까? (귀하가 신청하도록 본원이 요청할 수 있습니다)<br><br><input type="checkbox"/> 예 - 승인 대기 중 <input type="checkbox"/> 예 - 부적격 <input type="checkbox"/> 아니요<br><br>a. 아니요인 경우, 아래에 해당 사항을 모두 체크해 주십시오.<br><input type="checkbox"/> 19세 이하<br><input type="checkbox"/> 65세 이상<br><input type="checkbox"/> 맹인<br><input type="checkbox"/> 당뇨병, 고혈압 또는 발작을 조절하기 위해 약 복용 중<br><input type="checkbox"/> 사회보장국(Social Security Administration)의 결정에 따른 장애인<br><input type="checkbox"/> 임산부<br><input type="checkbox"/> 19세 미만의 자녀와 함께 거주 |    |     |    |
| 비용 및 자산 정보   |    |     |    |
| 현재 월 소득  | 환자 | 배우자 | 총계 |
| 총 급여   | \$ | \$  | \$ |
| 자영업 순소득  | \$ | \$  | \$ |
| 이자 및 배당금   | \$ | \$  | \$ |
| 부동산 또는 임대 부동산  | \$ | \$  | \$ |
| 사회보장/은퇴/장애   | \$ | \$  | \$ |
| 위자료, 부양비 지원금   | \$ | \$  | \$ |
| 기타   | \$ | \$  | \$ |
| <b>총 월 소득</b>  | \$ | \$  | \$ |
| 필수 생계비   | 환자 | 배우자 | 총계 |
| 임대료 또는 주택담보대출  | \$ | \$  | \$ |
| 부동산세   | \$ | \$  | \$ |
| 공과금 및 전화   | \$ | \$  | \$ |

**Attachment B (Continued)**  
**첨부 B(계속)**

| 재정 지원 신청서               |    |     |    |
|-------------------------|----|-----|----|
| 필수 생계비                  | 환자 | 배우자 | 총계 |
| 위자료, 부양비 지원금            | \$ | \$  | \$ |
| 자동차 대출/임대 지불            | \$ | \$  | \$ |
| 교육                      | \$ | \$  | \$ |
| 학교/보육(미성년 부양자녀)         | \$ | \$  | \$ |
| 식료품                     | \$ | \$  | \$ |
| 보험                      | \$ | \$  | \$ |
| 기타 비용                   | \$ | \$  | \$ |
| 총 월 비용                  | \$ | \$  | \$ |
| 현재 의료 부채                | 환자 | 배우자 | 총계 |
| 미지급 의료 부채(Cedars-Sinai) | \$ | \$  | \$ |
| 기타 의료 부채                | \$ | \$  | \$ |
| 자산(은퇴 계정 제외)            | 환자 | 배우자 | 총계 |
| 당좌/저축/신용조합 계좌           | \$ | \$  | \$ |
| 주식 및 채권                 | \$ | \$  | \$ |
| 단기금융시장/중개 계정            | \$ | \$  | \$ |
| 예금 증서                   | \$ | \$  | \$ |
| 총 자산                    | \$ | \$  | \$ |

본인은 본인이 인지하고 있는 범위 내에서 본 신청서 상의 정보가 사실이고 정확함을 증명합니다. 본인은 병원 및 전문 청구서 비용을 경감하기 위해 본인이 자격 대상이 될 수 있는 모든 지역, 주 및 연방 지원을 신청하는 데 동의합니다. 본인은 제공한 정보를 Cedars-Sinai Medical Center 및/또는 Marina Del Rey Hospital에서 검증할 수 있음을 이해하며, 본 신청서에 제공한 정보의 정확성을 입증하기 위해 CSMC/MDRH가 제3자에게 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 고의로 잘못된 정보를 제공했거나 신청서에 중대한 오류 또는 누락이 있는 경우 더 이상 재정 지원을 받을 수 있는 대상이 아님을 이해합니다. 이전에 본인에게 재정 지원이 제공된 경우 해당 시점에서 취소될 수 있으며, 본인은 미지급 잔액에 대한 책임을 지게 됩니다.

재정 지원 신청자의 서명 \_\_\_\_\_  
배우자/동거인/보증인 서명(해당되는 경우) \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_  
날짜 \_\_\_\_\_

**Attachment C**  
**첨부 C**

**Financial Assistance Discount**  
**재정 지원 할인**  
**2022 Federal Poverty Guidelines**  
**2022 년 연방 빈곤 지침**

|           |             |            |            |            |            |
|-----------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| 무보험 할인    | <u>100%</u> | <u>95%</u> | <u>90%</u> | <u>85%</u> | <u>85%</u> |
| 불충분 보험 할인 | <u>100%</u> | <u>90%</u> | <u>80%</u> | <u>70%</u> | <u>60%</u> |

| 가족 단위 규모     | 2022 FPL 연봉 |           |           |           |           |           |
|--------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1            | \$13,590    | \$54,360  | \$61,155  | \$67,950  | \$74,745  | \$81,540  |
| 2            | \$18,310    | \$73,240  | \$82,395  | \$91,550  | \$100,705 | \$109,860 |
| 3            | \$23,030    | \$92,120  | \$103,635 | \$115,150 | \$126,665 | \$138,180 |
| 4            | \$27,750    | \$111,000 | \$124,875 | \$138,750 | \$152,625 | \$166,500 |
| 5            | \$32,470    | \$129,880 | \$146,115 | \$162,350 | \$178,585 | \$194,820 |
| 6            | \$37,190    | \$148,760 | \$167,355 | \$185,950 | \$204,545 | \$223,140 |
| 7            | \$41,910    | \$167,640 | \$188,595 | \$209,550 | \$230,505 | \$251,460 |
| 8            | \$46,630    | \$186,520 | \$209,835 | \$233,150 | \$256,465 | \$279,780 |
| 1 인 추가 시 더하기 | \$4,720     |           |           |           |           |           |
|              |             | 400%      | 450%      | 500%      | 550%      | 600%      |

참고: 명세서 최종 수정일 2022/2/8

**Attachment D**

**첨부 D**

**Amounts Generally Billed**

**일반 청구 금액**

일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, 이하 "AGB")은 26 연방규칙(Code of Federal Regulations, C.F.R.) §1.501(r)-5(b)에 따라 결정된 응급 또는 의학적으로 필요한 진료를 보장하는 보험이 있는 환자에게 해당 진료와 관련해 일반적으로 청구하는 금액을 의미합니다.

기관은 평균 Medicare 및 상용 입원환자 환급률을 사용하여 자격이 있는 입원환자에게 청구할 최대 금액을 결정하기 위해 룩백 방법(Look-Back Method)을 사용합니다(첨부 D 참조). 자격이 있는 입원 환자에게 추가 혜택을 제공하기 위해 기관은 자격이 있는 환자의 책임을 결정할 때 본 진료 사례에 대해 AGB 또는 Medicare MS-DRG 환급 금액 중 낮은 금액을 사용합니다.

기관은 평균 Medicare 및 상용 외래환자 환급률을 사용하여 자격이 있는 외래 환자에게 청구할 최대 금액을 결정하기 위해 룩백 방법(Look-Back Method)을 사용합니다.

기관은 평균 Medicare 및 상용 응급실 환급률을 사용하여 자격이 있는 응급실 환자에게 청구할 최대 금액을 결정하기 위해 룩백 방법(Look-Back Method)을 사용합니다. 입원 환자, 외래 환자 및 응급실 환급률은 지난 12 개월 동안 가장 최근에 폐쇄된 Medicare 계정을 사용하여 최소 일년에 한 번 산정됩니다.

|   | 무보험 자기부담<br>할인 <sup>(1)</sup> | AGB 환급 % |
|---|-------------------------------|----------|
| <b>Cedars-Sinai Medical Center</b>          |                               |          |
| 응급실   | 81%                           | 19%      |
| 입원환자  | 84%                           | 16%      |
| 외래환자  | 83%                           | 17%      |
|   |                               |          |
| <b>Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital</b> |                               |          |
| 응급실   | 78%                           | 22%      |
| 입원환자  | 82%                           | 18%      |
| 외래환자  | 81%                           | 19%      |

참고: 유효일 2021/12/01