

유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

I. 목적

- a. 사명의 일환으로, Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation(이하 "CSMCF"), Huntington Hospital and Huntington Health Physicians(이하 각각 "조직")는 지역 사회 내 모든 환자의 의료 서비스 요구 사항에 부합하고자 하며 다음과 같은 원칙을 고수합니다.
 - i. 모든 사람을 존엄, 존중, 연민을 담아 공정하게 대우합니다.
 - ii. 환자가 비용을 부담할 수 있는지 여부에 관계없이 모든 사람에게 응급 의료 서비스를 제공합니다.
 - ⅲ. 진료 비용의 일부 또는 전부를 부담할 수 없는 환자를 지원합니다.
- b. 본 재정 지원 정책(이하 "정책")은 지역사회 내에서 보험 혜택을 받지 못하는 저소득 환자와 보험 혜택이 충분치 않은 환자를 도움으로써 본원의 사명, 비전, 원칙에 대한 조직의 약속을 실천합니다. 본 약속의 일환으로, 조직은 본 정책에 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.

Ⅱ. 정책

- a. 정의.본 정책에 사용된 대문자 용어는 본 정책의 마지막 부분인 "정의" 섹션에서 또는 처음 사용 시 정의됩니다.
- b. 이 정책의 적용을 받습니다. 본 정책은 본 조직에서 제공하는 서비스와 교수 자격으로 근무하는 교수진 의사, 전문 서비스 계약을 맺은 의료 단체에 고용된 의사를 포함한 CSMCF and Huntington Health 소속 의사, Cedars-Sinai 응급실 의사가 제공하는 서비스에만 적용됩니다. 응급 의료 서비스를 제공하는 Cedars-Sinai 이외의 병원 조직 응급실 의사는 법에 따라 무보험 환자 또는 FPL(Federal Poverty Level) 400% 이하인 고액 의료비 환자에게 할인 혜택을 제공해야 합니다.



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

C. 본 정책의 적용을 받지 않는 시설,의사 및 그 밖의 제공자는 별도의 재정 지원 정책을 가질 수 있습니다. 기관 의료진의 지역사회 구성원(즉, 기관에 속하지 않은 의료 서비스 제공자)도 환자에게 재정 지원을 제공할 수 있습니다. 기관은 웹사이트에 특정 의사(또는 의료 집단)에 관한 정보 목록을 제공하는데, 여기에는 이들이 (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 관하여 모든 적용 가능한 연방법, 주법 및 지방 법률, 규정, 조례 및 명령을 준수하는지 여부가 나타나 있습니다. 조직은 그러한 의사의 재정 지원 프로그램 관리 또는 청구 관행에 대해 책임을 지지 않습니다.

d. 의료비결제 지원 - 자격 기준

- i. **재정 지원.** 자선 진료는 가족 소득 및 자산이 금년도 FPL의 400% 이하인 환자가 이용할수 있습니다. 소득 범위가 금년도 FPL의 401~600%인 환자도 진료비 할인을 받을 수 있습니다. 재정 지원 신청서(이하"신청서")를 작성해야 합니다. 할인 자격 조건을 판단할때 자산은 고려하지 않습니다. 첨부 B에 조직에서 제공하는 재정 지원의 범위에 대한방법론이 설명되어 있습니다.
- ii. 서비스 이용 전 환자(선택적/비응급 진료). 선택적 입원 환자, 비응급 외래 환자로서 비응급 외래 환자로 예약되었거나 퇴원 후 후속 치료를 위해 예약된 환자의 경우, Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer 그 피지명인에게서 사전에 재정 지원 승인을 받아야 합니다. 의학적으로 필요한 시술만 승인을 받을 자격이 있습니다. 조직은 재정 및 임상 자원을 신중하게 배분해야 하는 조직의 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(CountyTrauma Program), Medi-Cal 프로그램, California Health Benefit Exchange (이하 "거래소")를 통해 보장을 제공하는 의료보험과 같은 제 3 자 출처로부터 조직의 서비스에 대한 환급을 받는 데 필요한 절차에 지속적으로 협력하는 데 동의합니다. 환자의 의료 비용에 대해 환자가 제 3 자 보장 신청을 한다고 하여 본 정책에 따른 지원 자격에서 배제되지는 않습니다. 환자는 자선 진료의 조건으로 Medi-Cal, Healthy Families, 카운티 외상 프로그램(CountyTrauma 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. 진료비 할인을 받기 전에 조직에서 환자가 Medi-Cal 자격 조건 심사를 받도록 요청하여 환자가 Medi-Cal 혜택에



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

관한 정보를 받아볼 수 있도록 조치할 수 있습니다. 하지만 Medi-Cal 에 가입하지 않아도 할인을 받을 수 있습니다.

조직은 Healthy Families, Covered California, Medi-Cal 또는 그 밖의 프로그램 등 지역 카운티 조직에 의뢰하여 그러한 프로그램의 대상자 여부를 결정합니다.

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

- iv. 자기부담 환자. 조직은 과거 경험과 현재의 보험 환경을 바탕으로 보험이 없는 환자는 보험에 가입할 여력이 없다고 가정하고 있습니다. 조직은 이들 환자가 재정 지원 프로그램을 받을 자격이 있는 대상이라고 간주하고 이러한 모든 환자에게 다음과 같은 지원을 제공합니다. 단, 환자가 조직에서 제공하는 서비스에 대해 별도의 조치를 취하는 경우는 제외합니다. 환자에게 청구되지 않은 할인 금액은 Centers for Medicare & Medicaid Services(Medicare & Medicaid 서비스 센터)의 Provider Reimbursement Manual(제공자 환급 매뉴얼) 챕터 15-2 섹션 4012의 지침에 따라 조직에서 보고할 비보상 치료입니다.
 - 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, 조직과 환자 간에 특정 합의가 이루어지는 경우는 제외합니다.
- v. 의료 빈곤층(Medically Indigent) 환자(그 외에는 할인 수혜 자격 없음) 의료 빈곤층이지만 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 Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer 또는 그 피지명인의 승인을 받아야 합니다.



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

- e. **재정 지원 관리.**조직은 재정 지원을 위해 통합된 환자 신청서 1 종을 사용합니다. 이 절차는 각 신청자가 받을 자격이 있는 재정 지원 혜택을 최대한 받을 기회를 부여하고자 고안되었습니다. 재정 지원을 요청하는 환자는 누구나 신청서를 작성해야 합니다.
 - i. 신청 방법.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 절차의 내용은 다음과 같습니다.
 - 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 조직 직원의 도움을 받아 구두로 작성할 수 있지만 항상 환자 또는 대리인이 신청서에 서명해야 합니다.

ii. 신청서 검토

- 1. 결정.자격 지침은 현재 FPL을 자격 기준으로 사용하여 산정됩니다.
- 2. 계열사 및 승인된 지역사회 파트너의 결정. 조직의 특정 계열사 또는 지역사회 파트너가 최근 재정 지원 신청을 승인한 환자는 조직의 재량에 따라 신속히 조직의 승인을 받을 수 있습니다. 조직은 그러한 신속 승인이 가능한 경우 재정지원을 신청하는 환자에게 이를 알립니다.
- 3. 자산.자선 진료나 진료비 할인 자격을 판단할 때 자산은 고려하지 않습니다.
 - 소득. 자선 진료나 진료비 할인 자격을 판단하기 위한 소득 증빙 서류는 환자의 최근 급여 명세서나 세금 신고서 또는 조직이 요청하는 경우 환자 가족의 같은 서류로 제한합니다. 조직은 여타 양식의 소득 증빙 서류를 수락할 수는 있지만, 그러한 여타 양식은 필수가 아닙니다.
- 4. **공제.** 필수 생계비 및 합당하고 필수적인 성격의 여타 물품을 위한 지출 등 그 외불가피한 재정적 의무는 참작됩니다.



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

- 5. **환자의 최대 자기부담금.** 본 정책이 적용되는 서비스에 대한 환자의 부담액은 AGB 이하로 제한됩니다.
- 6. 재평가.다음 중 하나가 발생하는 경우 조직에서 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.
- iii. 필수 문서 제출.조직은 자격을 입증하기 위해 재정 지원을 신청하는 환자에게 다양한 문서를 요청합니다. 문서에는 다음이 포함될 수 있지만 이에 국한되지 않습니다.
 - 1. 작성이 완료된 신청서 환자는 언제든 자선 진료나 진료비 할인을 신청할 수 있습니다.
 - 2. 소득 증빙 서류에는 급여 명세서나 세금 신고서를 포함할 수 있습니다
 - 3. 기타 문서의 예를 들면 다음과 같습니다.
 - a. 금년도 가용 잔액이 표시된 건강 저축 계좌 명세서.
 - b. 조직에서는 환자가 Medi-Cal 자격 조건 심사를 받도록 요청하여 Medi-Cal 보험 상품의 혜택에 관한 정보를 받아보도록 조처할 수 있습니다.
 - c. 조직은 환자가 진료비 할인을 위해 심사를 받거나 할인을 제공받기 전에 Medicare, Medi-Cal 또는 여타 보험 상품을 신청하라고 요청해서는 안 됩니다. 진료비 할인 자격 조건을 심사할 때는 조직에서 환자에게 Medi-Cal 자격 심사에 참여하라고 요청할 수 있습니다.
- iv. 작성을 완료한 신청서 제출. 환자가 작성을 마친 신청서를 제출하면 조직이 해야 할 일은 다음과 같습니다.
 - 1. 진료비 수령을 위해 환자에게 취해진 모든 ECA 를 일시 중지하거나 취소하기 위해 합리적으로 취할 수 있는 모든 조치를 즉각적으로 실행합니다. 그러한 조치에는 일반적으로 추심 기관에 추심 활동을 중단할 것을 요청하거나 환자에게 불리한 모든 판결을 무효화하거나 환자 재산에 부과금을 설정하거나 유치권 해제, 환자의 신용 보고서에서 소비자 신고 기관 또는 신용 조사 기관에 보고된 불리한



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

정보를 삭제하는 것이 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.
- 4. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 경우 조직은 환자에게 자격, 이용할 수 있는 지원, 결정 근거 및 서비스 적용일을 서면으로 통지해야 합니다.
 - a. 환자의 책임이 없는 경우 이 정책의 "Refunds"("환불") 섹션에 명시된 대로 납부한 금액을 환불하는 것 외에 추가 조치는 필요하지 않습니다. 잔액이 남아 있는 경우 조직은 환자에게 환자가 진료비로 부담해야 하는 금액을 서면으로 통지하고 환자가 추가 계정 정보를 얻을 수 있는 방법을 설명합니다.
 - b. 환자가 재정 지원 승인을 받을 경우 응급 또는 그 밖의 의학적으로 필요한 진료에 대해 AGB 를 초과하는 비용을 환자에게 청구하지 않습니다.
 - c. 조직에서 특별히 권한을 부여받은 개인만 자격 여부를 승인할 수 있습니다. 해당 개인은 현재 Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer 또는 그 피지명인입니다.
- v. **결정서.** 환자가 작성된 신청서를 제출하고 필수 서류를 제출하면 조직은 승인 또는 부적격 결정을 나타내는 서신을 발송할 것입니다. 서신에는 다음 사항이 포함됩니다.
 - 1. 환자의 재정 지원 자격 결정에 대한 명확한 설명.
 - 2. 환자가 재정 지원을 받을 자격이 없는 경우, 환자가 거부된 이유를 설명하는 명확한 설명.
 - 3. 의학적으로 필요하지 않은 서비스로 인해 환자에게 자격이 없는 경우 해당 서비스를 담당한 주치의는 거부되기 전에 이를 증명하는 내용.
 - 4. 환자가 진료비 할인을 승인받은 경우, 금액이 감소된 청구서에 대한 명확한



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

설명과 환자가 합리적인 지불 계획에 관한 추가 정보를 얻을 수 있는 방법에 대한 지침(해당하는 경우).

- 5. 부서, 연락처 이름, 환자가 조직 결정에 대해 이의를 제기할 수 있는 곳을 포함한 조직의 연락처 정보.
- 6. Department of Health Care Access and Information (HCAI)의 의료비 불만 처리 프로그램에 대한 정보.
- 7. Health Consumer Alliance 에 대한 정보.
- vi. 신청서 정보가 제한된 환자. 조직에서 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 조직은 환자의 소득에 관해 합당한 추정을 하여 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 결정할 수 있습니다.
- vii. 미비한 신청서. 환자가 완전히 작성되지 않은 신청서를 제출하는 경우 조직은 신청에 필요한 추가 정보 및/또는 문서를 설명하고 신청서 처리를 위한 연락처 정보를 포함하는 서면 통지를 환자에게 즉시 제공해야 합니다. 환자가 이후 신청서를 작성하면 해당 신청서는 작성이 완료된 것으로 간주합니다.
- viii. 의심스러운 정보가 포함된 신청서 남용 방지 규칙. 조직은 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 조치의 일환으로 지연되거나 거부되는 진료에 대해 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 요청받은 정보를 제공할 때까지 환자에 대한 응급 진료를 지연 또는 거부할 수 있습니다.
- ix. 미비한 신청서의 처리. 조직은 재정 지원 결정을 내릴 때 합리적이고 필요한 문서를 제공하지 않은 환자를 고려할 수 있습니다. 다만, 조직은 합당하게 조치하고 가용한 정보를 토대로 최선의 결정을 내립니다.
- x. 추정 자격.조직은 환자에게 일반적인 신청 절차에서 요구하는 모든 정보를 제공하도록 요청하거나 의료보험이 없다는 사실과 관계없이 이미 획득했거나 평가한 정보를 통해



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

환자가 현재 서비스에서 재정 지원을 받을 수 있는지 결정할 수 있습니다. 조직의 결정은 이전에 조직이 내린 결정, 환자의 다른 의료 제공자가 제공한 정보 또는 조직의 직원이 이용할 수 있는 정보에 대한 일반적인 평가에 의존할 수 있습니다. 이 경우 조직은 (a) 대상 여부 결정의 근거, 그리고 환자가 본 정책에 따라 이용할 수 있는 상급 지원 제도의 이용 요령을 환자에게 통지하고 (b) 환자에게 언제든 신청서를 제출할 수 있다고 알려서비스에 대해 상급 지원을 받을 자격이 되는지 검토받도록 해야 합니다. 또한 환자가 상급 지원 신청서를 제출하는 경우, 환자가 더 큰 폭의 할인을 받을 수 있는지를 결정하고 작성 완료된 신청서와 관련해 본 정책에 따라 필요한 여타 조처를 수행합니다. 본 정책에 설명된 할인을 받는 자기부담 환자는 명세서에 인쇄된 일반 언어 요약(첨부 A 참조)을통해 해당 통지를 받아야 합니다.

- xi. 환자의 권리 포기로 자격 여부를 확인해야 하는 기관의 합당한 노력 의무가 경감되는 것은 아닙니다. 환자가 본 정책에 따라 지원을 신청하거나 환자에게 제공되는 정보를 받을 의향이 없다는 내용이 포함된 서명 진술서 등 환자가 구두 또는 서면상으로 권리를 포기한다고 해서 그 자체로 환자가 자격 대상이 아니라고 결정하지 않으며 환자가 ECA 참여 전에 자격이 있는지 여부를 결정하기 위한 합당한 노력이라 간주되지 않습니다.
- xii. 지불계획.환자가 재정 지원을 통해 진료비 할인을 받을 자격이 있다고 인정되고 잔액이 남아 있다면, 예정된 기간 납부 계획을 통해 납부할 수 있습니다. 조직은 환자와 계획 선택지를 논의하여 기간별 지불 계획을 수립합니다. 지불 계획은 이자를 부과하지 않습니다. 조직은 지불 계획 약관을 정립할 때 건강 저축 계좌를 고려할 수 있습니다. 추가적인 세부 정보는 조직의 부채 추심 정책을 참조하십시오.
- xiii. 분쟁 해결. 재정 지원 자격과 관련하여 분쟁이 발생하는 경우, 환자는 조직에 재고를 요청하는 서면 이의제기를 제출할 수 있습니다. 서면 이의 제기 시 분쟁의 근거를 설명하고 증빙 문서를 함께 제출해야 합니다. 기관의 Manager of Customer Service and Operations 또는 그 피지명인은 이의제기를 즉시 검토하고 결정 사항을 환자에게 서면으로 제공합니다. 환자가 1 차 이의제기 후에도 분쟁의 소지가 남아 있다고 생각하는 경우, 환자는 최종 서면 결정을 검토하고 제공하는 기관의 Vice President, Finance



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

and Chief Revenue Cycle Officer 또는 그 피지명인의 검토를 서면으로 요청할 수 있습니다.

xiv. 신청서 정보의 기밀성. 조직은 본 정책에 따라 지원 자격을 요청하는 환자로부터 받은 모든 정보를 기밀 정보로 유지해야 합니다. 신청 및 승인 절차의 일부로 얻은 소득 관련 정보는 미지급 금액을 징수하는 데 사용할 수 있는 정보와 별도의 파일에 보관해야 합니다.

d. 기한

i. 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자로 승인을 받은 후 재정 지원 개시는 신청서가 완료된 날짜로부터 6 개월 동안 유효합니다. 첫 승인 기간 종료 시 환자의 요청에 따라 자격을 재평가할 수 있습니다. 조직의 선택에 따라 새로운 신청서 제출 없이 새로 6 개월의 승인 기간이 부여될 수 있습니다. 12 개월 후 환자는 새로운 신청서를 작성해야 합니다. 최종 신청서가 승인된 날짜부터, 개설된 유자격 계정은 제공 받은 지원 수준에 따라 재정 지원에서 제각됩니다. 향후 6 개월 동안 자격을 갖춘 계정은 재정 지원 제각을 받을 자격이 있습니다.

e. 통지,서면 통신 및 진술

- i. 조직은 재정 지원에 관하여 다음과 같은 통지와 정보를 제공합니다.
 - a. 본정책
 - b. 본 정책의 일반 언어 요약. 일반 언어 요약은 조직이 본 정책에 따라 재정지원을 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



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

- d. 신청서
- e. 조직의 부채 추심 정책
- ii. 해당 자료는 다음과 같이 다양한 방법으로 제공됩니다.
 - a. 웹사이트. 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서, 일반 언어로 작성된 재정 지원 정책 요약본이 본 조직 웹사이트(<u>cedars-sinai.org/billing-</u> insurance/help-paying-your-bill.html)에 기재되어 있습니다.
 - b. 이메일 또는 종이 사본. 본 정책에서 언급된 자료의 사본은 Patient Services 담당 부서에 323-866-8600 번으로 요청하거나 patient.billing@cshs.org 로 이메일을 보내면 받아볼 수 있습니다.
 - c. **안내문 게시**. 일반 언어 요약은 Emergency Department, Admitting Department, 모든 Billing Department (일반에 공개된 경우), 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 조직의 부채 추심 정책을 참조해 주십시오.
- iv. 지역사회에 알림.조직은 대상 지역사회 조직에 정보를 배포하거나 그 외에 조직의 재정 지원 프로그램을 지역사회에 알리는 수단을 통해 재정 지원 프로그램을 널리 알려야 합니다.
- f. 번역 및 통역 서비스. 환자 소통은 조직의 요건을 준수해야 합니다. 앞서 기술한 내용을 제한하지 않고 본 정책에 따른 통지, 공식 통신 및 안내문은 영어와 주법 및 연방법에서 요구하는 추가 언어로 작성해야 합니다. 추가 언어는 스페인어, 페르시아어, 러시아어, 아르메니아어, 중국어, 한국어, 베트남어, 아랍어와 체코어입니다. 또한, 환자는 다른 외국어 및 미국 수화(American Sign Language, ASL)로 된 정책 관련 문서를 전달하고 번역하기 위해 통역사 서비스를 이용하고자 조직에 연락할 수 있습니다. 환자 담당 서비스 부서에 요청하면 이러한 문서의 사본을 큰 활자 및 오디오로 제공할 수도 있습니다.



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

- g. 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 실시합니다.
- h. **환불**.조직은 납입된 본 정책에 따라 납부해야 하는 금액을 초과하여 납입된 금액이 있다면 이자를 포함하여 연 10% 금리로 환자에게 반환합니다. 환자에게 부담해야 할 금액이 \$5.00(또는 국세청(Internal Revenue Service)에서 정한 그 밖의 금액) 미만인 경우 조직은 환자에게 상환하거나 이자를 부담할 필요가 없습니다. 조직은 30 일 이내에 환자에게 환불해야 합니다.
- i. 추심.추심 조치에 대한 추가 정보는 부채 추심 정책을 참조해 주십시오.
- j. 보고.조직은 본 정책을 2 년마다 1 월 1 일까지 또는 본 정책이 개정된 날로부터 30 일 이내에 HCAI 에 제출합니다. 이전에 정책이 제출된 이후 중요한 변경 사항이 없는 경우, 기관은 기관의다음 격년 보고 기한인 1 월 1 일 이전 30 일 이내에 HCAI 에 통지해야 합니다. 중요한 변경사항에는 할인된 지불 자격이나 연방 및 주 요구 사항에 명시된 기타 보호책에 환자가 접근하는 데영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 포함됩니다. HCAI 에 제출하는 각 정책에는 다음 사항 등 인증진술서(첨부 D 참조)를 첨부해야 하며, 사실이 아닐 시 위증죄로 처벌받습니다. (i) 제출자가 정책을 제출할 수 있는 정당한 권한을 부여받았다는 인증서. (ii) 제출된 정책은 조직 정책의 진실하고 정확한 사본입니다.
- III. 의료비 불만 처리 프로그램. 환자가 재정 지원이 부당하게 거부되었다고 생각하는 경우에는 캘리포니아주 의료비 불만 처리 프로그램에 불만을 제기할 수 있습니다. 자세한 정보를 알아보거나 불만을 제기하려면 HCAI 웹사이트나 HospitalBillComplaint Program.hcai.ca.gov 를 방문하십시오.
- IV. 기타 지원. 청구 금액 결제 지원이 필요한 환자의 경우 청구 및 결제 절차를 이해하는 데 무료로 도움을 제공하는 소비자 옹호 단체가 있습니다. 환자는 Health Consumer Alliance 에 888-804-3536 번으로 전화하거나 해당 웹사이트(healthconsumer.org)에서 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다.



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

V. 기록 보관. 조직은 환자나 보증인이 지불해야 하는 자금에 대한 모든 기록을 5 년간 보관해야 하며, 여기에는 다음을 포함하고 이에 국한하는 것은 아닙니다. (a) 조직이 제기한 소송과 관련한 문서, (b) 조직이 채무를 제삼자에게 양도하는 계약서 및 중요 관련 기록, (c) 당사자의 이름과 연락처 정보를 포함한 다음과 같은 모든 관계자의 명단(최소 연 1 회 업데이트): (i) 조직이 의료비 부채를 양도한 채무추심 기관, (ii) 조직을 대신해 환자가 지불해야 하는 채무를 받고자 소송을 제기하도록 조직이 고용한 인물.

VI. 이사회의 승인 및 지속적인 검토. 본 정책, 부채 추심 정책 및 이러한 정책에 대한 모든 중요한 변경사항은 조직 이사회의 승인을 받아야 합니다. 조직은 본 정책을 부채 추심 정책 및 추심 활동 상태와함께 정기적으로 검토하여 환자와 지역사회에 최상의 서비스를 제공하도록 해야 합니다. 그러나 본정책의 섹션 VII 에서 명시된 첨부 사항을 경영상 변경하는 일은 해당 변경 사항이 본 정책과 충돌하지않는 한 이사회 승인 없이 경영진에 의해 이루어질 수 있습니다(예: 언어 설명, 정책을 시행하는 운영프로세스를 반영하기 위한 변경, 해당 법률, 규정 또는 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 지침의 변경을 준수하기 위한 업데이트, 최신 연방 빈곤 지침을 반영하기 위한 업데이트).

VII. 정의

- a. 일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, 이하 "AGB")이란 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. 조직의 AGB 산정 방법에 개한 추가 정보는 본 정책의 첨부 C 에 명시해야 하며, 캘리포니아주 Department of Health Care Access and Information 웹사이트(syfphr.hcai.ca.gov/)를 통해 일반에 공개되는 제출 서류에 포함됩니다.
- b. 신청은 조직의 재정 지원 신청을 의미합니다.
- c. 자산은 "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 고려 대상이 아닙니다.
- d. 자선 진료는 무료 진료를 의미합니다.
- e. 지역사회 파트너는 다른 지역사회 기관과의 지원 관계를 의미합니다. 예를 들어 Planned Parenthood 또는 Saban Community Clinic 이 있습니다.
- f. 진료비 할인 또는 할인 진료비는 인하되었지만 무료가 아닌 진료비를 의미합니다.



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

- g. **필수 생계비**란 임대료 또는 주택 및 유지 관리, 식료품 및 가정용품, 공과금 및 전화, 의복, 의료 및 치과비, 보험, 학교 또는 보육, 자녀 또는 배우자 부양비, 교통 및 자동차 비용(보험, 주유, 수리비 포함), 할부 요금, 세탁 및 청소비, 기타 부담경비 등을 의미합니다.
- h. 특별 추심 조치(Extraordinary Collection Action, 이하 "ECA")는 추심 활동을 의미하며 조직은 본 정책에 따라 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있는 대상인지 여부를 결정하기 위한 합당한 노력을 기울이기 전에 이를 수행하지 않습니다. ECA 는 부채 추심 정책에 구체적으로 설명되어 있습니다.
- i. 연방 빈곤 수준(Federal Poverty Level, 이하 "FPL")은 미국 내 빈곤을 결정하는 데 사용되는 측정법으로 Department of Health and Human Services ("DHHS") 웹사이트(aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines)에 주기적으로 게시됩니다.
- j. **재정 지원 유자격 환자**란 조직에 재정 지원을 요청하고 신청서를 작성하여 제출한 환자를 말합니다. 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.
- k. **재정 지원**은 본 정책에 따라 환자에게 무상 또는 할인된 비용으로 의료서비스를 제공하기 위한 조치입니다. 인하된 비용은 일반적으로 부담 계획 또는 자기부담 환자에 대한 자동 할인에 따릅니다.
- I. 건강 저축 계좌는 환자나 환자 가족 구성원이 개설한 계좌(세전)로, 환자나 다른 사람의 특정 의료비 지불에 사용할 수 있습니다.
- m. 높은 의료 비용이란 가족 소득이 재정 지원에 대한 조직의 한계를 초과하는 환자의 연간 자기부담 비용을 의미합니다. 이러한 비용에는 다음과 같은 항목을 포함할 수 있습니다.
 (1) 조직 산하 병원에서 환자에게 발생한 연간 자기부담 비용 중 환자의 현재 가족 소득이나 이전 12 개월의 가족 소득의 10%를 초과하는 비용 (2) 환자 가족 소득의 10%를 초과하는 연간



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

자기부담 비용(환자가 이전 12 개월간 환자 본인이나 환자 가족이 지급한 환자 의료비 서류를 제시하는 경우) 또는 (3) 본 정책에 때때로 명시되는 그보다 낮은 수준에 따른 비용.

- n. **의료 빈곤층**이란 예상치 못한 높은 비용의 진료로 인해 서비스 비용을 부담할 수 없지만 본 정책에 따른 재정 지원 자격 대상이 아닌 환자를 말합니다.
- o. 의학적으로 필요함이란 일반적으로 인정되는 의료 관행 표준에 따라 환자를 평가, 진단 또는 치료하는 데 필요하고, 임상적으로 적절하며, 주로 환자나 서비스 제공자의 편의를 위한 것이 아닌 의료 서비스를 의미합니다.
- p. **자기부담 비용**이란 보험사나 건강 보험 프로그램(건강 저축 계좌 포함)을 통해 환급되지 않는 각종 진료비를 의미합니다. 자기부담 비용에는 Medicare 공동 부담액이나 Medi-Cal 비용 분담금 등이 있습니다.
- q. 환자 가족의 의미: 18 세 이상인 인물의 경우 배우자, 동거인, 21 세 미만의 부양 자녀(장애가 있는 경우 연령 불문)(같은 집에 거주 여부 불문), 18 세 미만인 인물의-경우 또는 18~20 세 부양 자녀의 경우 부모, 보호자 친인척, 부모 또는 보호자 친인척의 다른 21 세 미만 부양 자녀(장애가 있는 경우 연령 불문).
- r. 지불계획은 기관과 환자 사이의 계약으로 필수 생계비에 대한 공제를 제외하고 한 달 동안 환자 가족 소득의 10%를 초과하지 않는 월 부담액으로 채무를 갚을 수 있는 기회를 기관이 제안하고 환자가 이를 수락하면 성립합니다.
- s. **불충분 보험 환자**란 건강 보험에 가입했지만 보험료가 비싸거나 자기부담 비용이 많아 본인 몫의 비용을 충당할 수 없는 환자를 의미합니다.
- t. **무보험 환자**란 민간 건강 보험 업체, Medicare, Medicaid 또는 여타 정부 지원 플랜을 통해 건강 보험에 가입되지 않은 환자를 의미합니다.

VII. 참조.이 정책 개발 시 참조한 주 및 연방법은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다.



유효일:

2025년 1월 1일

제목: Financial Assistance Policy

금융 지원 정책

담당 부서: Patient Services

중요 공지:

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

- a. 미국 국세법(Internal Revenue Code) 제 501(r)(3)항
- b. 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))
- c. 캘리포니아 의회 법안(California Assembly Bill) 1020: 의료 관리 부채 및 공정 청구(Health Care Debt and Fair Billing).
- d. 캘리포니아 의회 법안(California Assembly Bill) 532: Fair Billing Policies(공정 청구 정책).
- e. 무보험 및 불충분 보험 환자에 대한 재정 지원에 관한 Department of Health and Human Services 총무실(Office of General, "OIG") 안내와 IRS 규정
- f. 앞서 기술한 내용과 관련된 시행 규정 및 조직 안내

VⅢ. 첨부 목록

- A. 재정 지원 정책 요약 일반 언어 요약
- B. 연방 빈곤 지침에 따른 자선 진료 또는 진료비 할인 재정 지원
- C. 일반 청구 금액
- D. 인증 진술서

내역:

최초 발행: 2003 년 1 월 5 일

정책 버전 발효일: 2025 년 1월 1일

마지막 검토일: 2024 년 1월 1일



Attachment A Summary of Financial Assistance Policy – Plain Language Summary

As part of our mission, Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation, Huntington Hospital, and Huntington Health Physicians (each separately, the "Organization") are committed to providing access to quality healthcare for the community and treating all of our patients with dignity, compassion and respect. This includes providing services without charge, or at significantly discounted prices, to eligible patients who cannot afford to pay for care as provided by our financial assistance policy (the "Policy"). We also offer our patients a variety of options to meet their financial needs, even if they do not qualify for assistance. This document is our plain language summary (the "Summary") of the Policy.

Help paying your bill

Charity Care will be made available to patients receiving medically necessary procedures and whose income is at or below 400% of the current year's federal poverty level (FPL). Patients whose income ranges between 401%–600% of the FPL also qualify for a Discount Payment, using a sliding scale based on family size, income level and insurance status. Patients scheduled as elective inpatients, scheduled as non-emergent outpatients or for follow-up care following discharge require the prior approval by the vice president, Finance and Chief Revenue Cycle Officer or their designee. If a patient does not qualify for entirely free services but is eligible for a discount under the Policy, the patient will not be charged more than amounts generally billed by the Organization for emergency or other medically necessary care.

Physicians and services

The Policy only applies to services provided by the Organization and by: faculty physicians in their capacity as faculty, CSMCF and Huntington Health physicians including physicians employed by medical groups that have a professional services agreement with them, and the Cedars-Sinai emergency physicians. Emergency physicians at Organization hospitals other than Cedars-Sinai who provide emergency medical services are required by law to provide discounts to uninsured patients or patients with high medical costs who are at or below 400 percent of the federal poverty level.

How to apply

Patients seeking free or discounted care under the Policy will need to complete a financial assistance application (the "Application") and submit any required documentation. The Application and documentation will go through a review process by the Organization.

Free copies of this Summary, the Policy or the Application are available in English, Spanish, Farsi, Russian, Armenian, Chinese, Korean, Vietnamese, Arabic or Czech. To request copies or to get additional information, including questions on the financial assistance process, you may:

• Ask representatives at the registration or admissions desks.



- Call Patient Services at 323-866-8600.
- Visit the Organization's website at <u>cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html</u>

If you have a disability and need an accessible alternative format for the above materials or if you speak another language than those listed, please contact Patient Services and they can offer you an alternative format or connect you with our Interpreter Services department for further assistance.

Arrangements for self-pay

Patients who do not qualify for free or discounted care under the Policy may find other programs of the Organization helpful. Patients who lack insurance may receive a substantial discount, similar to the discounts we provide to managed-care insurance plans for eligible services.

Regulatory notice for collections

We do refer some delinquent accounts to third-party collection agencies. These agencies must follow all California and federal laws as well as comply with the Organization's policies and procedures. For more information about debt collection activities, you may contact the Federal Trade Commission by phone at 877-FTC-HELP (877-382-4357). In the event your account is referred to a collection agency and you experience problems, contact our Patient Services for support at 323-866-8600.

Protections for surprise medical bills.

All patients are afforded protections against surprise medical bills. Please see the "Notice to Patients – Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills" on our website or ask for a copy.

- Cedars-Sinai: <u>cedars-sinai.org/programs/support-services/patient-rights.html</u>
- Huntington Health: <u>huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies/</u>

Hospital Bill Complaint Program

If you believe you were wrongly denied financial assistance, you may file a complaint with the State of California's Hospital Bill Complaint Program. Go to HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov for more information and to file a complaint.

More Help

Help paying your bill – There are free consumer advocacy organizations that will help you understand the billing and payment process. You may call the Health Consumer Alliance at 888-804-3536 or go to healthconsumer.org for more information.

Additional resources and information:

- Patients may be eligible for government assistance programs, such as Medi-Cal or subsidized coverage through Covered California. The Patient Financial Advocate ("PFA") office has onsite staff to answer patient questions and provide assistance with applying for these programs. The PFA office can be contacted at 310-423-5071.
- For questions regarding commercial health insurance, call 1-800-CEDARS1 or 800-233-2771.



• For information on the Organization's pricing and tool for shoppable services, visit the website

mycslink.cedars-sinai.org/mycslink/GuestEstimates/



Attachment A (Continued)

Financial Assistance Tagline Sheet

English: ATTENTION: If you need help in your language, call 323-866-8600 or visit the PFA office, 8 a.m.-4:30 p.m., Monday through Friday, at 8700 Beverly Blvd., Sputh Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Aids and services for people with disabilities, like documents in large print or audio are also available. These services are free.

Spanish: ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 323-866-8600 o visite la oficina de PFA, de 08:00 a.m. a 04:30 p.m., de lunes a viernes, en 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. También hay ayuda y servicios disponibles para personas con discapacidades, como documentos con letra grande o en audio. Estos servicios son gratuitos.

Chinese-Simplified: 注意: 如果您需要以您的语言获得帮助,请致电 323-866-8600 或造访 PFA 办公室,服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 4:30,地址为 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048。我们还为残障人士提供援助和服务,例如大字体文件或音频。这些服务均为免费。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi 323-866-8600 hoặc đến tại văn phòng PFA, 8 sáng – 4:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu, tại địa chỉ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Các trợ cụ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu ở dạng chữ in khổ lớn hoặc tệp âm thanh cũng có săn. Các dịch vụ này được miễn phí.

Tagalog: PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 323-866-8600 o bisitahin ang tanggapan ng PFA, 8 a.m.-4:30 p.m., Lunes hanggang Biyernes, sa 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumentong nakasulat sa malalaking titik o naka-audio. Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

Korean: 참고 사항: 귓하의 언어로 도움이 필요하시면 월요일부터 금요일 오전 8시~오후 4시 30분에 전화 323-866-8600번으로 연락하시기나 PFA 사무실을 방문해 중심시오 중소는 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048입니다. 큰 활자 또는 오디오 문서 등 장애인을 윗한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 해당 서비스는 무료입니다

Armenian: ՈԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե օգնության կարիք ունեք ձեր լեզվով, զանգահարեք 323-866-8600 հեռախոսահամարով կամ այցելեք PFA-ի գրասենյակը, 8:00-ից-16:30, երկուշաբթիից ուրբաթ, այս հասցեով՝ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048։ Յաշմանդամների համար տրամադրելի են նաև օգնություններ և ծառայություններ, օրինակ՝ խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր կամ ձայնագրված նյութեր։ Այս ծառայություններն անվճար են։

<u>Farsi:</u> توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خود دارید، با 323-866-8600 تماس بگیرید یا در روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 4:30 عصر به دفتر PFA به نشانی PFA به نشانی 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 مراجعه کنید. کمکها و خدماتی، مانند استاد با چاپ درشت یا در قالب صوفی، نیز برای افراد دارای معلولیت در دسترس است. این خدمات رادگان هستند

Russian: ВНИМАНИЕ: если вам нужна помощь на русском языке, позвоните по номеру 323-866-8600 или посетите отдел помощи пациентам по финансовым вопросам (PFA) по адресу 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. График работы отдела: с понедельника по пятницу с 08:00 до 16:30. Лицам с ограниченными возможностями бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, например документы, напечатанные крупным шрифтом, или в аудиоформате.



Attachment A (Continued)

Japanese: 注意事項: 言語サポートが必要な場合は、323-866-8600までお電話いただくか、PFA事務所 (8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048)までお越ください。月曜日から金曜日の午前8時から午後4時30分までです。大きな活字の文書や音声など、障害のある人向けの支援やサービスもご利用いただけます。これらのサービスは無料です。

Arabic: تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغكاف، برجى الانصال بالرقم 860-8608 أو تفضَّل بزيارة مكتب المحامي المالي للمرضى Arabic (PFA)، من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساعة، من الانتين إلى الجمعة، في العنوان التالي: ,Room 1740, Los Angeles, CA 90048 مساعة بحروف كبيرة أو Room 1740, Los Angeles الملفات الصوبّية. هذه الخدمات مجانبة.

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 323-866-8600 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 ਵਿਖੇ PFA ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਜਾਓ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਆਡੀਓ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Mon-Khmer Cambodian: យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 323-866-8600 ឬទៅការិយាល័យទីប្រឹក្សាអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារ។ (PFA) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 4:30 នាទីរសៀល ពីថ្ងៃចនួដល់ថ្ងៃសុក្រនៅ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048។ ក៌មាន ជំនួយ និងសេវាកម្ពសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារដែលបោះពុម្ពជាអក្សរធំ ឬអូឌីឃុំជងដែរ។ សេវាកម្ពទាំងនេះគឺឥតគិតថ្ងៃ។

Hmong: DAIM NTAWV CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ya koj hom lus, hu rau 323-866-8600 los sis mus ntsib lub chaw hauj lwm PFA tau, thaum 8 teev sawy ntxov-4:30 teev tsaus ntui, hnub Monday txog hnub Friday, ntawm 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Dhau ntawy lawm kui tseem muai kev pab cuam thiab cov cuab yeej pab rau cov neeg yas muai kev xiam oob ghab, xws li cov ntawy luam ya tus ntawy loi los sis muai kaw ya suab lus thiab. Cov kev pab cuam no yog pab dawb

Hindi: ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो 323-866-8600 पर कॉल करें या PFA कार्यालय, सुबह 8 बजे से शाम 4:30 बजे, सोमवार से शुक्रवार, 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 पर जाएँ। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ या ऑडियो भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ मुफ़्त हैं।

Thai: ข้อควรทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านภาษา โปรคโทร 323-866-8600 หรือไปที่สำนักงาน PFA เวลา 8.00-16.30 น. วันจันทร์จึงวันดุกร์ที่ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับคนทีการ เช่น บริการเอกสารแบบทิมพ์ขนาดใหญ่หรือบริการเลียงก็มีให้เช่นกัน บริการเหล่านี้ไม่มีคำใช้จ่าย



<u>첨부 B</u> 연방 빈곤 지침에 따른 자선 진료 또는 진료비 할인 재정 지원

연방 빈곤 지침 비율("FPL%")을 찾아보고 가족 규모 범위별 연봉 금액 업데이트본을 확인하려면 조직 웹사이트(https://www.cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html) 참조

조직에서는 할인율을 결정할 때 다음과 같은 연방 빈곤 수준("FPL")과 보험 지침 사용:

	자선 진료	진료비 할인			
FPL %	400%	450%	500%	550%	600%
무보험 환자	100%	95%	90%	85%	85%
불충분 보험 환자	100%	90%	80%	70%	60%

자세한 예시:

3 인 가족이고 연봉이 FPL 500% 이하인 경우, 다음 중 하나의 대상임:

- 무보험 환자 90% 할인 보험에 가입되지 않은 환자 대상
- <u>불충분 보험 환자</u> 80% 할인 건강 보험에 가입했지만 보험료가 비싸거나 자기부담 비용이 많아 본인 몫의 비용을 충당할 수 없는 환자 대상.

연방 빈곤 지침은 <u>aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines에서</u>확인할 수 있습니다.



<u>첨부 C</u> 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.

조직에서는 사후 검토 방식(Look-Back Method)을 사용해 대상별로 청구할 최고 금액을 판단합니다.

- 자격에 부합하는 입원 환자의 경우, 평균 Medicare 및 상용 입원 환자 환급률을 사용합니다.
 자격이 있는 입원 환자에게 추가 혜택을 제공하기 위해 조직은 자격이 있는 환자의 책임을 결정할 때 본 진료 사례에 대해 AGB 또는 Medicare MS-DRG 환급 금액 중 낮은 금액을 사용합니다.
- 자격에 부합하는 외래 환자의 경우, 평균 Medicare 및 상용 외래 환자 환급률을 사용합니다.
- 자격에 부합하는 응급실 환자의 경우 평균 Medicare 및 상용 응급실 환급률을 사용합니다.

입원 환자, 외래 환자 및 응급실 환급률은 지난 12 개월 동안 가장 최근에 폐쇄된 Medicare 계정을 사용하여 최소 일년에 한 번 산정됩니다.

매년 업데이트되는 AGB 비율을 찾아보려면 조직 웹사이트(<u>cedars-sinai.org/billing-insurance-records/help-paying-your-bill.html)</u>를 참조하십시오.



<u>첨부 D</u> 인증 진술서

본 정책과 첨부 사항은 Department of Health Care Access and Information (HCAI)에 제출됩니다. 또한 조직 웹사이트에서도 제공될 예정입니다.

조직은 다음 사항을 증명하며 사실이 아닐 시 위증죄로 처벌받습니다.

- 1. 정책을 제출하는 개인은 조직을 대신하여 정책을 제출할 수 있는 정당한 권한을 부여받습니다.
- 2. 제출된 정책은 본 인증서가 첨부된 진실하고 정확한 사본입니다.

Lisa Maqueira	11/6/2024
Lisa Maqueira	Date

Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer