

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

담당 부서: 환자 서비스

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(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(통칭 "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, 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 정책은 지역사회 내에서 보험 혜택을 받지 못하는 저소득 환자와 보험 혜택이 충분치 않은 환자를 도움으로써 본원의 사명, 비전, 원칙에 대한 기관의 약속을 실천합니다. 본 약속의 일환으로 기관은 본 정책의 요건에 따라 자격이 있는 환자에게 무상 또는 할인된 비용으로 필요한 의료 서비스를 제공합니다. 본 약속의 일환으로, 기관은 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.** 기관에서 직접 제공하는 서비스에만 본 정책이 적용됩니다.

Title: Financial Assistance Policy

제목: Financial Assistance Policy

Home Department: Patient Services

담당 부서: 환자 서비스

중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(PPM)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 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. 기관은 그러한 의사의 재정 지원 프로그램 관리 또는 청구 관행에 대해 책임을 지지 않습니다.

d. **의료비 결제 지원 - 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 자료 B는 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

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**담당 부서: 환자 서비스**

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

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

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 제공합니다. 단, 환자가 기관에서 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 4012 의 지침에 따라 기관에서 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, 기관과 환자 간에 특정 합의가 이루어지는 경우는 제외합니다.

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**담당 부서: 환자 서비스**

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

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 부원장, 재무 및 수익 주기 최고책임자 또는 그 피지명인의 승인을 받아야 합니다.

e. **재정 지원 관리.** 기관은 재정 지원을 위해 통합된 단일 신청서를 사용합니다. 절차는 각 신청자에게 자격이 될 수 있는 최대 재정 지원 혜택을 받을 수 있는 기회를 제공하도록 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 절차에는 다음이 포함됩니다.

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.

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

담당 부서: 환자 서비스

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

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 참작됩니다.
6. **환자의 최대 본인부담금.** 본 정책이 적용되는 서비스에 대한 환자의 부담액은 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.

iii. **필수 문서 제출.** 기관은 자격을 입증하기 위해 재정 지원을 신청하는 환자에게 다양한 문서를 요청합니다. 문서에는 다음이 포함될 수 있지만 이에 국한되지 않습니다.

1. 작성이 완료된 신청서
2. 소득 증명 문서에는 다음이 포함될 수 있습니다.

a. 당기 급여 명세서.

b. 전년도 세금 신고서.

c. 서면 설명서

3. 자산 문서에는 다음이 포함될 수 있습니다.

a. 전월 은행 입출금 내역서 사본(모든 페이지).

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

담당 부서: 환자 서비스

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- 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)).
- g. 실업, 사회보장 혜택 또는 장애 수당 기록

iv. **작성 완료한 신청서 제출.** 환자가 신청 기간 동안 작성이 완료된 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. 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 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 기관은 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 기관은 환자에게 환자가 진료비로 부담해야 하는 금액을

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**담당 부서: 환자 서비스**

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

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

**v. 결정 서한.** 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 지원 자격 대상이 아닌 경우, 자격 거부에 대한 명확한 설명.
3. 의학적으로 필요하지 않은 서비스로 인해 환자에게 자격이 없는 경우 해당 서비스를 담당할 주치의가 거부되기 전에 이를 증명했음을 설명하는 내용.
4. 환자가 재정 지원을 승인받은 경우, 금액이 감소된 청구서에 대한 명확한 설명과 환자가 합리적인 지불 계획에 관한 추가 정보를 얻을 수 있는 방법에 대한 지침(해당하는 경우).
5. 부서, 연락처 이름, 환자가 병원 결정에 대해 이의를 제기할 수 있는 곳을 포함한 조직의 연락처 정보.
6. 의료 접근 및 정보 부서(Department of Health Care Access and Information, HCAI)의 의료비 불만 처리 프로그램에 대한 정보.
7. 의료 소비자 연맹(Health Consumer Alliance)에 대한 정보.

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**담당 부서: 환자 서비스**

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- vi. **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.
- vii. **미비한 신청서** 환자가 완전히 작성되지 않은 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.
- viii. **미비한 신청서 작성 완료.** 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 합당한 노력을 기울여 자격 여부를 판단합니다.
- ix. **의심스러운 정보가 포함된 신청서 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 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.
- x. **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.
- xi. **추정 자격.** 기관은 환자에게 일반적인 신청 절차에서 요구하는 모든 정보를 제공하도록 요청하거나 의료 보험이 없다는 사실과 관계 없이 이미 획득하거나 평가한 정보를 통해

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**담당 부서: 환자 서비스**

**중요 통지:**

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

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. 이 경우 기관은 (a) 대상 여부 결정의 근거, 그리고 환자가 본 정책에 따라 이용할 수 있는 상급 지원 제도의 이용 요령을 환자에게 통지하고 (b) 환자에게 120 일을 부여하여 상급 지원 제도를 신청할 수 있게 해야 합니다. 그리고 환자가 상급 지원 신청서를 제출하는 경우, 환자가 더 큰 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.

xii. **환자의 권리 포기**로 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 서면 상으로 권리를 포기한다고 해서 그 자체로 환자가 자격 대상이 아니라고 결정하지 않으며 환자가 ECA 참여 전에 자격이 있는지 여부를 결정하기 위한 합당한 노력이라 간주되지 않습니다.

xiii. **지불 계획.** 환자가 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단되고 잔액이 남아 있는 경우, 예정된 기간 납입 계획을 통해 지불할 수 있습니다. 기관은 환자와 납부 계획 옵션을 논의하고 일반적으로 12 개월을 초과하지 않는 무이자 납부 계획을 마련합니다.

**추가적인 세부 정보는 기관의 부채 추심 정책을 참조하십시오.**

xiv. **분쟁 해결.** 재정 지원 자격과 관련하여 분쟁이 발생하는 경우, 환자는 기관에 재고를 요청하는 서면 이의제기를 제출할 수 있습니다. 서면 이의 제기 시 분쟁의 근거를 설명하고 증빙 문서를 함께 제출해야 합니다. 기관의 고객 서비스 및 운영 관리자 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 부원장, 재무 및 수익 주기 최고책임자 또는 그 피지명인의 검토를 서면으로 요청할 수 있습니다.

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**담당 부서: 환자 서비스**

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- xv. **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.
- xvi. **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).

### 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. 기관의 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. 기관은 재정 지원에 관하여 다음과 같은 통지와 정보를 제공합니다.
  - a. 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

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**  
**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**  
**담당 부서: 환자 서비스**

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

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 같이 다양한 방법으로 제공됩니다.

- a. **웹사이트.** 본 기관의 웹사이트([cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html](https://cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html))에는 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 및 재정 지원 정책의 일반 언어 요약본이 있습니다.
- b. **이메일 또는 종이 사본.** 본 정책에서 언급된 자료의 사본은 환자 서비스 담당 부서에 323-866-8600 번으로 요청하거나 [patient.billing@cshs.org](mailto:patient.billing@cshs.org) 로 이메일을 보내 얻을 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 그 외에 기관의 재정 지원 프로그램을 지역사회에 알리는 수단을 통해 재정 지원 프로그램을 널리 알려야 합니다.

f. **번역 및 통역 서비스.** 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

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**  
**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**  
**담당 부서: 환자 서비스**

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

작성해야 합니다. 이러한 추가 언어는 페르시아어, 러시아어, 스페인어, 한국어, 아르메니아어, 중국어입니다. 또한, 환자는 기관에 연락하여 다른 외국어 및 미국 수화(American Sign Language, ASL)로 된 정책 관련 문서를 전달하고 번역하기 위한 통역사 서비스를 요청할 수 있습니다. 환자 담당 서비스 부서에 요청하면 이러한 문서의 사본을 큰 활자 및 오디오로 제공할 수도 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.** 기관은 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 기관은 환자에게 상환하거나 이자를 부담할 필요가 없습니다. 기관은 30 일 이내에 환자에게 환불해야 합니다.
- i. **추심.** 추심 조치에 대한 추가 정보는 부채 추심 정책을 참조해 주십시오.
- j. **보고.** 기관은 본 정책을 2년마다 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 기관의 다음 격년 보고 기한인 1 월 1 일 이전 30 일 이내에 HCAI 에 통지해야 합니다. 중요한 변경 사항에는 할인된 지불 자격이나 연방 및 주 요구 사항에 명시된 기타 보호책에 환자가 접근하는 데 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 포함됩니다. HCAI 에 제출하는 각 정책에는 위증법에 따라 처벌을 받는다는 조건 하에 다음 내용을 기술한 인증 진술서(첨부 D 참조)가 포함되어야 합니다. (i) 제출자가 정책을 제출할 수 있는 정당한 권한을 부여받았다는 인증서. (ii) 제출된 정책이 조직 정책의 진실하고 정확한 사본이라는 성명.

**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 [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) 를 방문하십시오.

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

담당 부서: 환자 서비스

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

**IV. 기타 지원.** 청구 금액 결제 지원이 필요한 환자의 경우 청구 및 결제 절차를 이해하는 데 무료로 도움을 제공하는 소비자 옹호 단체가 있습니다. 환자는 의료소비자연맹에 888-804-3536 번으로 전화하거나 해당 웹사이트([healthconsumer.org](http://healthconsumer.org))에서 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다.

**V. 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. 그러나 본 정책의 섹션 VII 에서 명시된 첨부 사항을 경영상 변경하는 일은 해당 변경 사항이 본 정책과 충돌하지 않는 한 이사회 승인 없이 경영진에 의해 이루어질 수 있습니다(예: 언어 설명, 정책을 시행하는 운영 프로세스를 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).

## VI. 정의

- a. **일반 청구 금액("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. 기관의 AGB 산정 방법에 대한 추가 정보 및 연간 AGB 요율 업데이트는 본 정책의 첨부 자료 C 에 명시되어 있으며, 캘리포니아주 의료 접근 및 정보 부서 웹사이트(<https://syfphr.hcai.ca.gov/>)에서 일반 대중에게 공개하는 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 고려 대상이 아닙니다. 환자의 금전적 자산 중 최초 일만 달러(\$10,000) 및 최초 일만 달러(\$10,000)를 초과하는 환자의 금전적 자산의 오 50%는 자산 산정 시 제외됩니다.
- d. **지역사회 파트너**는 다른 지역사회 기관과의 지원 관계를 의미합니다. 예를 들어 Planned Parenthood 또는 Saban Community Clinic 이 있습니다.

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**  
**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**  
**담당 부서: 환자 서비스**

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

- e. **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.
- f. **특별 추심 조치("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("FPL")**은 미국 내 빈곤을 결정하는 데 사용되는 측정법으로 보건복지부(Department of Health and Human Services, 이하 "DHHS") 웹사이트 <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>에 주기적으로 게시됩니다.
- i. **재정 지원 유자격 환자**란 기관에 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.
- j. **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.
- k. **높은 의료 비용**이란 가족 소득이 재정 지원에 대한 기관의 한계를 초과하는 환자의 연간 본인부담 비용을 의미합니다. (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 부담한 환자의 의료비에 대한 문서를 제공하는 경우)일 경우 고려 대상입니다.

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

담당 부서: 환자 서비스

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

l. 의료 빈곤층이란 예상치 못한 높은 비용의 진료로 인해 서비스 비용을 부담할 수 없지만 본 정책에 따른 재정 지원 자격 대상이 아닌 환자를 말합니다.

m. **의학적으로 필요함**이란 일반적으로 인정되는 의료 관행 표준에 따라 환자를 평가, 진단 또는 치료하는 데 필요하고, 임상적으로 적절하며, 환자나 서비스 제공자의 편의를 위한 것이 추가되지 않는 의료 서비스를 의미합니다.

n. **납부 계획**은 기관과 환자 사이의 계약으로 필수 생계비에 대한 공제를 제외하고 한 달 동안 환자가 가족 소득의 10%를 초과하지 않는 월 부담액으로 채무를 갚을 수 있는 기회를 기관이 제안하며, 환자가 이를 수락하면 성립합니다.

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

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 보건복지부 총무실(Office of General, Department of Health and Human Services, "OIG") 안내와 IRS 규정

f. 앞서 기술한 내용과 관련된 시행 규정 및 기관 안내

## **VIII. 첨부 자료 목록**

# POLICY

## 정책



유효일: 2024-01-01

**Title: Financial Assistance Policy**

**제목: Financial Assistance Policy**

**Home Department: Patient Services**

**담당 부서: 환자 서비스**

### 중요 통지:

본 문서의 공식 버전은 정책 및 절차 관리자(**PPM**)에 기재되어 있으며 문서가 인쇄된 이후에 수정되었을 수 있습니다.

A. 재정 지원 정책 요약 - 일반 언어 요약

B. 재정 지원 할인

C. 일반 청구 금액

**D. 인증 진술서**

내역:

최초 발행: **2003/05/01**

정책 버전 발효일: **2024-01-01**

**마지막 검토일: 2023-04-15**

## 첨부 A

### 재정 지원 정책 요약 - 일반 언어 요약

저희 임무의 일환으로 Cedars-Sinai 의료 센터, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital 및 Cedars-Sinai Medical Care Foundation('조직')은 지역사회에 양질의 의료 서비스를 제공하고 환자의 존엄성을 수호하고 연민과 존중의 마음으로 환자를 치료하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 이러한 노력의 일환으로 재정 지원 정책('정책')에 따라 치료 비용을 지불할 여유가 없는 적격 대상 환자에게 무료 또는 상당히 할인된 가격으로 서비스를 제공합니다. 저희는 또한 환자들이 지원을 받을 수 있는 적격 대상이 아니더라도 재정적 필요를 충족할 수 있는 다양한 옵션을 제공합니다. 본 문서는 누구나 이해할 수 있도록 간단하게 작성된 요약본('요약')입니다.

#### 의료비 결제 지원

재정 지원은 의학적으로 필요한 시술을 받고 소득 및 금전적 자산('소득'으로 총칭)이 올해 연방 빈곤 수준(FPL)의 400% 이하에 해당되는 환자에게 제공됩니다. 소득 범위가 FPL의 401%~600%에 이르는 환자는 진료비 할인을 받을 자격이 있습니다. 환자에게 제공되는 할인은 가족 규모, 소득 수준 및 보험 상태에 따라 차등 적용됩니다. 선택적이거나 의학적으로 필요하지 않은 시술 또는 퇴원 후 치료에 대한 재정 지원의 경우, 조직의 서비스 지역에 거주하고 부사장, 재무 및 최고 수익 주기 책임자 또는 해당 지정인의 사전 승인을 받은 환자에 한해서만 제공됩니다. 환자가 전적으로 무료 서비스를 받을 수 있는 적격 대상은 아니지만 정책에 따라 할인을 받을 수 있는 적격 대상인 경우에는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 조직이 일반적으로 청구하는 금액을 초과하지 않는 선에서 환자에게 금액이 청구됩니다.

#### 의사 및 서비스

정책은 조직과 다음 의사들이 제공하는 서비스에만 적용됩니다.

- Cedars-Sinai 교수진으로서의 자격을 갖춘 교수 의료진
- CSMCF와 독점 전문 서비스 계약을 맺은 Cedars-Sinai Medical Care Foundation('CSMCF') 고용 의사 또는 의료 그룹
- 지역사회 응급 의료 그룹(Community Urgent Care Medical Group, Inc.)의 Cedars-Sinai 응급 의료진

#### 신청 방법

본 정책에 따라 무료 또는 할인된 비용에 치료를 받고자 하는 환자는 재정 지원 신청서('신청서')를 작성하여 필요한 서류와 함께 제출해야 합니다. 조직이 신청서와 해당 서류를 검토합니다.

본 요약문, 정책 또는 신청서의 무료 사본은 영어, 페르시아어, 러시아어, 아르메니아어, 중국어, 한국어 또는 스페인어로 제공됩니다. 다음과 같은 방법으로 해당 사본을 요청하거나 재정 지원 절차에 대한 문의 사항을 포함한 추가 정보를 얻으실 수 있습니다.

- 등록 또는 신청 데스크의 담당자에게 문의
- 환자 서비스 담당 부서로 323-866-8600번으로 전화
- 조직 웹사이트([cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance/help-paying-your-bill.html)) 참조

장애가 있어 상기에 명시된 자료에 대한 접근 가능한 대체 형식이 필요하거나 상기에 명시된 언어 이외의 기타 언어를 사용하는 경우에는 환자 서비스 담당 부서에 연락하여 대체 형식을 제공받거나 통역 서비스 부서와 연계를 통한 추가 지원을 받을 수 있습니다.

### 자가 지불을 위한 협의

본 정책에 따라 무료 또는 할인된 비용에 적격 대상이 아닌 환자의 경우 조직의 다른 프로그램에서 도움을 받을 수 있습니다. 미보험 환자는 적격 서비스인 경우 관리 의료 보험 플랜에 제공하는 할인과 유사하게 상당한 할인을 제공받을 수 있습니다.

### 추심 규제 고지

일부 연체 계정은 제3 추심 대행사에 회부됩니다. 해당 기관은 모든 캘리포니아주 법률 및 연방법은 물론, 조직의 정책 및 절차도 준수해야 합니다. 부채 추심 활동에 대한 자세한 내용은 연방거래위원회(Federal Trade Commission)에 전화 877-FTC-HELP(877-382-4357)번으로 문의하십시오. 귀하의 계정이 추심 대행사에 회부되어 문제가 발생하는 경우에는 환자 서비스 담당 부서에 323-866-8600번으로 전화하여 지원을 받으십시오.

### 예상치 못한 의료비 청구를 위한 보호제도.

모든 환자는 의료비 차액 청구로부터 보호받을 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.

### 의료비 불만 처리 프로그램

재정 지원이 부당하게 거부되었다고 생각되는 경우에는 캘리포니아주 의료비 불만 처리 프로그램에 불만을 제기하실 수 있습니다. [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) 에서 자세한 정보를 확인하고 불만을 제기할 수 있습니다.

### 기타 지원

청구 금액 결제 지원 - 청구 및 결제 절차를 이해하는 데 무료로 도움을 제공하는 소비자 옹호 단체가 있습니다. 의료소비자연맹(Health Consumer Alliance)에 888-804-3536 번으로 전화하거나 해당 웹사이트([healthconsumer.org](http://healthconsumer.org))에서 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

### 추가 리소스 및 정보

- 환자는 메디-칼(Medi-Cal)과 같은 정부 지원 프로그램이나 캘리포니아주 건강 보험 마켓플레이스(Covered California)를 통한 보조금 혜택을 받을 수 있는 적격 대상일 수 있습니다. 환자 재정 변호사(Patient Financial Advocate, 'PFA') 사무실에는 환자의 문의 사항에 답변을 제공하고 해당 프로그램을 신청할 수 있도록 지원하는 담당 직원이 상주하고 있습니다. PFA 사무실에 전화 310-423-5071번으로 또는 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048로 연락하시면 됩니다.
- 민간 건강 보험에 관한 문의 사항은 전화 1-800-CEDARS1 또는 800-233-2771번으로 하시면 됩니다.
- 이용 가능한 서비스에 대한 조직의 가격 및 도구에 대한 정보는 [cedars-sinai.org/billing-insurance.html](http://cedars-sinai.org/billing-insurance.html)을 참조하십시오.

## 첨부 A(계속)

### 재정 지원 태그라인 시트

**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., South 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 sẵn. 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 serbisyon ito ay walang bayad.

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

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե օգնության կարիք ունեք ձեր լեզվով, գանգահարեք 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: Հաշմանդամների համար տրամադրելի են նաև օգնություններ և ծառայություններ, օրինակ՝ խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր կամ ձայնագրված կյուրթեր: Այս ծառայություններն անվճար են:

**Farsi:** 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 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 مراجعه کنید. کمک‌ها و خدماتی، مانند اسناد با چاپ درشت یا در قالب صوتی، نیز برای افراد دارای معلولیت در دسترس است. این خدمات رایگان 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.

**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) までお越しください。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 بلغتك، يرجى الاتصال بالرقم 323-866-8600 أو تفضل بزيارة مكتب المحامي المالي للمرضى (PFA)، من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، في العنوان التالي: 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات لذوي الإعاقة، مثل المستندات المطبوعة بحروف كبيرة أو الملفات الصوتية. هذه الخدمات مجانية.

**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 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រនៅ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048។ ក៏មាន ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារដែលបោះពុម្ពជាអក្សរធំ ឬអូឌីយ៉ូផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

**Hmong:** DAIM NTAUV CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 323-866-8600 los sis mus ntsib lub chaw hauj lwv PFA tau, thaum 8 teev sawv ntxov-4:30 teev tsaus ntuj, hnuv Monday txog hnuv Friday, ntawm 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048. Dhau ntawv lawm kuj tseem muaj kev pab cuam thiab cov cuab yeej pab rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv luam ua tus ntawv loj los sis muaj kaw ua 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 मुफ्त हैं।

**Thai:** ข้อควรทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านภาษา โปรดโทร 323-866-8600 หรือไปที่สำนักงาน PFA เวลา 8.00-16.30 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ที่ 8700 Beverly Blvd., South Tower, Room 1740, Los Angeles, CA 90048 มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับคนพิการ เช่น บริการเอกสารแบบพิมพ์ขนาดใหญ่หรือบริการเสียงก็มีให้เช่นกัน บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**첨부 B**

재정 지원 할인

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	FPL 연봉					
1	\$14,580	\$58,320	\$65,610	\$72,900	\$80,190	\$87,480
2	\$19,720	\$78,880	\$88,740	\$98,600	\$108,460	\$118,320
3	\$24,860	\$99,440	\$111,870	\$124,300	\$136,730	\$149,160
4	\$30,000	\$120,000	\$135,000	\$150,000	\$165,000	\$180,000
5	\$35,140	\$140,560	\$158,130	\$175,700	\$193,270	\$210,840
6	\$40,280	\$161,120	\$181,260	\$201,400	\$221,540	\$241,680
7	\$45,420	\$181,680	\$204,390	\$227,100	\$249,810	\$272,520
8	\$50,560	\$202,240	\$227,520	\$252,800	\$278,080	\$303,360
1인 추가 시 더하기	\$5,140					
		400%	450%	500%	550%	600%

참고: 일정 수정일 2023-01-16

## 첨부 C

### 일반 청구 금액

일반 청구 금액("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. 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 자기 부담 할인	AGB 환급 %
<b>Cedars-Sinai Medical Center</b>		
응급실	84%	16%
입원환자	86%	14%
외래환자	84%	16%
<b>Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital</b>		
응급실	78%	22%
입원환자	84%	16%
외래환자	83%	17%

참고 1: 발효일: 2024/01/01

참고 2: 백분율은 표에 표시하기 위해 반올림되었습니다.

첨부 D

**인증 진술서**

본 정책과 첨부 사항은 의료 접근 및 정보 부서(HCAI)에 제출됩니다. 또한, 해당 기관의 웹사이트에서도 제공될 예정입니다.

본 기관은 위증법에 따라 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에 다음 사항을 증명합니다.

1. 정책을 제출하는 개인에게는 조직을 대신하여 정책을 제출할 수 있는 정당한 권한을 부여합니다.

2. 제출된 정책은 본 인증서가 첨부된 진실하고 정확한 사본입니다.



\_\_\_\_\_  
Lisa Maqueira  
Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

11/30/23

\_\_\_\_\_  
Date