

정책: 재정 지원 정책**부:** 기업 재무부서**최초 일시:** 2003년 8월**부서:** 기업 재무부서**검토/수정 사항 적용 일시:** 2024년 4월 15일**범주:** 규정 준수**채택자:** Sentara 전무 및 최고 재무 책임자**위치:** 아래 참조**소유자:** Revenue Cycle

이전 검토/수정 일시: 2009년 1월, 2013년 3월, 2019년 10월, 2020년 5월, 2021년 2월

정책강령:

Sentara Health("Sentara")는 일상 건강 증진이라는 목표의 일환으로 지급 능력에 상관없이 지역 사회 내 모든 환자에게 응급 의료 서비스 및 기타 의료 필요 서비스를 제공하는 데 전념합니다.

목적:

본 재정 지원 정책("정책")에 따라 각 병원 시설 및 급성기 이후 치료 시설, 긴급 치료 시설, 의료 그룹은 (1) 응급 의료 서비스 및 기타 의료 필요 서비스를 받는 환자들의 재정 지원 적격 여부 결정 (2) 재정 지원 대상 환자에게 청구할 금액 계산 (3) 환자의 재정 지원 신청 절차 지원을 수행해야 합니다. 또한, 본 정책에서는 비용 미납이 발생해 특별 징수를 하기 전, 병원 시설 및 급성기 이후 치료 시설, 긴급 치료 시설, 의료 그룹이 환자의 재정 지원 적격 여부를 결정하는 등 Sentara Health의 의료 서비스에 대한 청구 및 징수 관행을 약속합니다.

정의:

일반청구 금액(Amounts Generally Billed, AGB) – 본 정책에 따라 병원 시설이 재정 지원 대상 환자에게서 징수할 수 있는 최대 금액. 해당 금액은 지정된 12개월 동안 Medicare 및 민간 의료 보험 회사가 허용한 모든 청구를 동일한 병원 시설 청구에 대한 관련 총비용으로 나누어 시설별로 계산됩니다.

신청 기간 – 서비스 제공일부터 서비스 제공일에 대한 환자의 첫 요금 청구서가 발행된 후 240일까지의 기간.

이용가능자산 – 현금 및 현금성자산, 은행 계좌, 예금 증명서, 투자, 신탁 계좌, 자동차, 레저 차량 및 기타 형태의 레저 운송 수단, 주요 거주지 이외의 부동산에 대한 부동산 지분을 포함하되 이에 국한되지 않는, 의료상 지급에 사용할 수 있는 유동 자산 및/또는 고정자산을 포함한 이용가능한 가구의 자산총액. 신청자의 주요 거주지에 대한 지분, 주요 교통수단, 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS)이 인정한 퇴직금, 사업 자산 및 3.99에이커(16,146.96㎡)의 토지는 이용가능자산에서 제외됩니다.

해당 기관 – 본 정책이 적용되는 병원 시설 및 급성기 이후 치료 시설, 긴급 치료 시설, 의료 그룹. Sentara Reference Lab Solutions, LLC 또한 본 정책의 해당 기관에 포함됩니다.

해당 서비스 – 해당 기관이 제공하는 응급 의료 서비스 및 기타 의료 필요 서비스.

응급 의료 서비스 – 응급환자치료 및 분만에 관한 법률(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA)에 따라 '응급 의료 상황' 시 해당 기관이 제공하는 진료 및 치료.

EMTALA – 응급환자치료 및 분만에 관한 법률(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act)(42 U.S.C. § 1395dd; 42 C.F.R. § 489.24).

특별 징수 조치(Extraordinary Collection Actions, ECAs) – 미국 재무부 규정 제1.501(r)-6(b)항 에 따른 특별 징수 조치. 해당 기관은 미지불 및 재정 지원 부재 시, 제삼자에게 개인 부채 매각, 소비자 신용 보고 기관 또는 신용 사무소에 불리한 정보 보고, 서비스 연기 또는 거부를 진행할 수 있습니다. 또한 판결, 판결 기록, 신탁 증서를 요구하는 소송을 제기하거나 유치권 및 부동산에 대한 담보권 행사, 개인 은행 계좌 또는 기타 개인 재산 및 급여를 압류하는 등의 법적 또는 재판 절차를 진행할 수 있습니다.

연방 저소득 기준선 – 미국 보건복지부가 매년 발표하는 연방 저소득 기준선. <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>에서 현재 기준선을 확인할 수 있습니다.

재정 지원 – 본 정책에 따라 재정 지원 자격을 충족하는 환자를 대상으로 한 해당 기관 총비용에 대한 할인. 재무 보고, 규제 보고 및 규정 준수 목적을 위해 '자선', '자선 진료' 또는 '자선 지원'이라는 용어로 언급될 수 있으며, 이와 동의어로 사용됩니다.

총비용 – 계약상 공제액, 할인액, 또는 차감액을 적용하기 전에 해당 기관이 환자의 의료 서비스에 대해 일관되게 청구하는 확정 총금액.

HITECH – 경제적 및 임상적 건전성을 위한 의료 정보기술에 관한 법률(Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act)(2009). HITECH 부제 D 제13405항(42 USC 17935)에 따르면 보험 가입 환자는 의료보험의 양도 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에서 보호하는 개인정보를 건강 보험에 보고하지 않을 수 있으며, 이 경우 해당 환자는 본인 부담 환자가 되어 모든 비용을 직접 부담해야 합니다.

병원 시설 – Sentara가 운영하는 병원 시설로, Virginia 주 법규 제5장 32.1절에 따라 병원 인가가 필요합니다. 이 정책은 내국세입법 501(c)(3) 섹션에 따라 Sentara Hospitals, Halifax Regional Hospital, Sentara Princess Anne Hospital, Sentara RMH Medical Center, Martha Jefferson Hospital, 및 Potomac Hospital Corporation of Prince William, 모든 자선 병원 조직에 대한 다음 병원 시설들에 적용됩니다.

- Sentara Albemarle Medical Center
- Sentara CarePlex Hospital
- Sentara Halifax Regional Hospital
- Sentara Leigh Hospital
- Sentara Martha Jefferson Hospital(Sentara Martha Jefferson Outpatient Surgery Center 포함)
- Sentara Northern Virginia Medical Center
- Sentara Virginia Beach General Hospital
- Sentara Norfolk General Hospital
- Sentara Obici Hospital(Sentara BelleHarbour Surgery Center 포함)
- Sentara Princess Anne Hospital
- Sentara RMH Medical Center
- Sentara Williamsburg Regional Medical Center

병원 기관 – 내국세입법 제501(c)(3)항에 따라 인가 또는 임시 인가를 받은 하나 이상의 병원 시설을 운영하는 기관.

가계 수입 – 환자 및 동일한 연방 납세 신고서에 청구되는 모든 가족 구성원의 연간 총수입.

보험 가입 환자 – 국가 및 민영, 의료 보장 또는 민간 의료 보험 등에 가입한 개인.



의료 단체 – Sentara에서 운영하는 Commonwealth of Virginia 및 Northeastern North Carolina 내 의사, 의사 보조원, 간호사, 초기 치료 담당 기타 의료 제공자, 소아과 의사, 전문 의료인 그룹. 의료 그룹 및 이에 해당하지 않지만, 본 정책의 적용을 받는 기관은 다음과 같습니다.

- Albemarle Physician Services – Sentara, Inc.
- Dominion Health Medical Associates, Ltd.
- Martha Jefferson Medical Group, LLC.
- RMH Medical Group, LLC.
- Sentara Medical Group
- Sentara Therapy Solutions, LLC.

의료 필요 서비스 – 진료 시 질병, 부상, 또는 임신 관련 상태 진단 또는 치료에 필요하여 진료 기준을 준수하여 수행되는 적절하고 필요한 서비스로, 환자 또는 환자의 주치의 또는 기타 의료인의 편의를 우선으로 하지 않습니다.

비해당 서비스 – 해당 기관이 제공하지만, 본 정책의 적용을 받지 않는 건강 관리 서비스. 해당 서비스에는 모든 성형 수술, 비만 치료 수술, 체중 감량 진료, 선택적 절차, 환자 편의 항목, 소매 서비스 또는 할인이 적용된 패키지 서비스, 현금 한정 서비스, 임상 실험, 제삼자 책임 청구가 적용되는 서비스가 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

비병원 시설 – Virginia 주 법규 제5조 32.1항의 병원 인가를 요구하지 않는 시설이지만, 의사가 소유하고 Virginia 주 법규 제32.1-124항 하에 병원 인가를 면제받은 병원 기관에 의해 운영되는 사무실에 제한되지 않음.

급성기 이후 치료 시설 – Commonwealth of Virginia 및 Northeastern North Carolina 내 Sentara Enterprises(SE)가 운영하는 모든 가정 간병, 호스피스, 약물 및 약품 서비스 제공 시설.

공중 보건 비상사태(Public Health Emergency, PHE) – 보건복지부(Department of Health and Human Services, HHS) 장관이 공중 보건 서비스(Public Health Service, PHS)법 제319항에 따라 공표한 공식 선언. 본 선언은 비상사태 기간 또는 90일 동안 지속될 수 있지만, 장관은 이후 90일 동안 이를 연장 또는 갱신할 수 있습니다. 스태프법에 따른 대통령의 비상사태 선언 또는 재난명령 또한 PHE를 수반할 수 있지만, PHE를 선언할 필요는 없으며 공중 보건 비상사태를 선포하기 위해 주지사가 주 비상사태를 선포할 필요도 없습니다.

본인 부담 환자 - 해당 기관에서 해당 서비스를 받기 전, HITECH에 따라 요구되는 건강 관리 관련 서비스에 대해 보증을 청구하지 않기로 한 보험 가입 환자.

Sentara Bill Pay(SBP) – Sentara의 전자 지급 방식.

Sentara MyChart – 환자의 개인 의료 정보 및 건강 관리 제공자에게 안전하고 편리하게 접속할 수 있는 전자 도구. 환자는 해당 도구를 이용해 재정 지원을 신청하고 지원금을 업로드한 후, Sentara Health에 이를 제출해 검토 및 처리를 진행할 수 있습니다.

Sentara Reference Lab Solutions, LLC – 의료 통합 네트워크인 Sentara Connection을 위한 종합 연구실. 외과 병리학 및 세포 병리학을 포함한 현장 해부 병리학 서비스뿐 아니라 입원 환자, 외래 환자, 지원 활동, 행동 건강, 양로원 환자를 위한 당일 연구실 시험이 진행됩니다.

주요 관련 기관 – 병원 기관이 운영하는 병원 시설과 관련하여, 병원 기관이 자금 또는 수익 이자를 소유하고 있는 연방세 목적상 협력 기관 또는 해당 병원 시설에서 해당 서비스를 제공하는 유일한 직원 또는 소유주인 비해당 기관.

제삼자 책임 청구 – 기타 개인 및 비의료 보험 회사 또는 환자의 의료 서비스 비용을 부담하는 기관에 대해 환자가 청구할 수 있는 모든 사항.

무보험 및 본인 부담금 할인 - 무보험 환자 및 본인 부담 환자의 해당 서비스에 대한 해당 기관 총비용에 적용되는 고정 할인 비율.

무보험 환자 – 국가 및 민영, 의료 보장 또는 민간 의료 보험에 가입하지 않은 개인.

긴급 치료 시설 – 긴급 치료 서비스를 제공하는 시설. 다음 긴급 치료 시설은 본 정책의 적용을 받습니다.

- Velocity Urgent Care, LLC

긴급 치료 서비스 – 의료 필요 서비스를 위해 긴급 치료 시설에서 제공하는 서비스로, 즉시 치료를 받을 정도이지만 응급 의료 서비스가 필요한 만큼 심각한 상태가 아닌 개인에게 제공됩니다.

해당 서비스:

본 정책에 따라 해당 기관 또는 주요 관련 기관이 제공하는 해당 서비스만이 적격 환자 진료로 간주됩니다. 비해당 서비스는 해당 서비스에서 제외됩니다. 해당 기관은 Sentara Health에 고용되지 않은 의료 제공자의 청구에 대한 재정 지원을 제공할 권한을 보유하고 있지 않습니다.

병원 시설 자체를 제외하고 각 병원 시설 내에서 응급 의료 서비스 또는 기타 의료 필요 서비스를 제공하는 모든 제공자 목록 및 해당 서비스가 본 정책에 적용되는지 여부는 별도의 서류로 보관됩니다. 해당 내용은 (1) 각 병원 시설 내 환자 등록 장소에서 (2) 본 정책에 명시된 전화번호를 통하거나 (3) 본 정책에 명시된 주소로 서면 요청서를 전송 또는 (4) www.sentara.com/financialassistance에 방문하여 무료로 확인할 수 있습니다.

재정 지원 자격 박탈:

해당 지불인 요건을 합리적으로 준수하지 못할 경우, 재정 지원이 제공되지 않습니다. 해당 요건은 허가 승인, 소개, 의료 보험 회사의 문의에 답변, 청구 판결에 대한 기타 요건이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

환자가 관련 제삼자 책임 청구를 할 수 있는 경우, 재정 지원이 제공되지 않습니다. 예외 사항은 경우에 따라 특정 사실 및 상황을 바탕으로 해당 기관에 의해 결정됩니다.

환자 또는 환자의 책임자/보증인이 가계 수입, 가구 규모, 자산, 부채, 지출, 해당 서비스 비용을 지급하기 위한 재정 수단을 나타내는 이용 가능한 기타 자원과 관련하여 거짓 정보를 제공할 경우 재정 지원이 거부됩니다.

자격 기준 및 재정 지원 금액 결정:

환자들은 신청 기간 내 언제든지 이 정책 하의 제공 서비스에 대한 재정 지원을 신청할 수 있음. 본 정책에 따라 신청자가 받을 자격이 있는 재정 지원의 수준을 결정할 시, 보고된 수입, 자산, 부채, 지출, 환자 또는 환자 책임자의 기타 자산 등 관련 사실 및 상황을 고려하여 각 환자의 가계 수입이 평가됩니다.

다음 가계 수입 기준은 환자의 해당 서비스에 대해 미지급된 환자 계정 잔액 중 재정 지원으로 공제할 금액(존재하는 경우)을 결정하는 데 이용됩니다.

- 가계 수입이 현재 연방 저소득 기준선의 300% 이하이고, 이용가능자산이 50,000달러 미만인 무보험 환자는 본 정책에 따라 해당 서비스와 관련된 해당 기관 총비용 100% 공제
- 가계 수입이 현재 연방 저소득 기준선의 300% 이하이고, 이용가능자산이 50,000달러 미만인 본인 부담 환자는 본 정책에 따라 해당 서비스에 대한 해당 기관 총비용 100% 공제
- 가계 수입이 현재 연방 저소득 기준선의 300% 이하이고, 이용가능자산이 50,000달러 미만인 보험 가입 환자는 본 정책에 따라 보험 회사가 해당 서비스 비용을 납입한 후 환자가 지급해야 하는 남은 총비용 100% 공제
- 가계 수입이 현재 연방 저소득 기준선의 300% 초과 400% 이하이고, 이용가능자산이 50,000달러 미만인 무보험 환자 및 본인 부담 환자는 본 정책에 따라 해당 서비스에 대한 해당 기관 총비용 80% 할인
- 가계 수입이 현재 연방 저소득 기준선의 400%를 초과하는 무보험 환자 및 본인 부담 환자는 본 정책에 따라 재정 지원 신청 자격이 없습니다. 재정 지원에서 제외된 무보험 환자 및 본인 부담 환자에 대해서는 병원 총비용의 50%에 해당하는 할인이 적용됩니다. 자세한 내용은 별도의 무보험 및 본인 부담 할인 정책을 참조하시길 바랍니다.
- 위 기준에 따라 무료 또는 할인 진료 대상이 아닌 환자에 대한 해당 서비스의 경우 극히 적은 재정 지원이 이루어지지만, 제공 서비스의 성격 및 범위로 인해 Sentara Health는 가계 수입과 기타 잠재적으로 이용 가능한 자원과 관련해 상당한 진료 관련 재정 의무를 부담합니다. 이러한 상황에서 해당 서비스에 대한 환자 부담 금액이 가계 수입의 100%를 초과하는 경우, 해당 기관은 환자 부담 잔액을 신청자의 가계 수입의 25%로 조정합니다.

신청자는 재정 지원 신청 전에 Medicaid 등 이용 가능한 보험을 신청해야 합니다. 해당 기관은 무보험 환자의 정부 프로그램 신청을 지원하기 위해 Medicaid 적격 판매업자의 서비스를 이용합니다. 또한 환자의 지급인 정보가 등록 절차 진행 중에 해당 기관에 전달되지 않을 시, 해당 정보를 알아내는 데 도움이 될 기술 및 기타 판매업자의 서비스를 활용합니다.

재정 지원 신청자는 본 정책에 따라 신청 기간 내 가계 수입 증명을 위해 신청 기간 당시 최신 급여명세서 세 건, 신청 기간 당시 최신 연간 연방 세금 환급 또는 급여 및 세금 신고서(Wage and Tax Statement, W-2), 재직증명서, 정부 지원 서류, 사회 보장 제도 서류, 산재 보험 또는 실업 수당 결정 서류, 은행 명세서, 가계 수입 및 이용가능자산을 증명할 수 있는 기타 서류 제출을 요구받을 수 있습니다. 해당 기관은 본 정책에 따라 재정 지원 자격 평가를 위해 신청자의 가계 수입 및 이용가능자산을 확인하고 검증하기 위한 증거로서 제삼자 신용 조회 및 공공으로 이용 가능한 자산 출처로부터 수입, 자산, 부채, 지출 및 기타 자원 데이터를 활용할 수 있습니다.

해당 기관은 본 정책에 따라 제삼자 신용 조회 및 공공으로 이용 가능한 자산 출처를 이용하여 환자가 재정 지원 대상자인지 여부에 대한 임시 결정을 내릴 수 있습니다. 해당 데이터에 따라 보험 가입 환자 및 무보험 환자, 본인 부담 환자의 총 가계 수입이 현재 연방 저소득 기준선의 300% 이하인 경우, 해당 서비스에 대한 잔액 100%를 공제받을 수 있습니다.



재정 지원과 관련한 환자의 적격 여부 결정은 승인 기간이 만료된 이후 해당 환자에 대한 신규 진료에 적용되지 않는 것으로 간주됩니다. 이 경우, 재정 지원에 대한 신청 절차를 새롭게 완료해야 합니다.

본 정책에 따라 병원 시설 환자가 재정 지원 적격 판정을 받을 경우, 해당 환자는 해당 서비스에 대해 일반청구 금액 이상의 금액을 청구받지 않습니다. AGB는 응급 의료 서비스 또는 기타 의료 필요 서비스의 총비용과 Medicare 및 민간 의료 보험 하에 허용된 모든 청구에 대한 병원 시설의 AGB 비율을 곱하여 결정됩니다. 이 정책 하에 각 병원 시설이 제공하는 AGB 퍼센트와 이 AGB 퍼센트의 계산 방법이 명시된 정보지를 무료로 얻을 수 있음. 해당 내용은 (1) 각 병원 시설 내 환자 등록 장소에서 (2) 본 정책에 명시된 전화번호를 통하거나 (3) 본 정책에 명시된 주소로 서면 요청서를 전송 또는 (4) www.sentara.com/financialassistance에 방문하여 무료로 확인할 수 있습니다.

본 정책에 따라 재정 지원 자격 요건을 충족하지 않는 무보험 환자 및 본인 부담 환자는 본 정책에 명시된 바와 같이 Sentara Health에 연락해 본 정책 외 할인 대상 여부를 확인해야 합니다.

재정 지원 신청 또는 수령 방법:

재정 지원 신청서는 각 병원의 환자 등록 장소에서 이용 가능하며 www.sentara.com/financialassistance에서 무료로 인터넷에서 다운로드 받을 수 있음. 재정 지원 신청서는 757-233-4600로 전화하여 요청하거나 다음 주소로 서면 요청서를 전송하여 무료로 받아볼 수 있습니다.

Sentara Health
ATTN: Financial Coordinator
PO BOX 117839
Atlanta, GA 30368-7839

가계 수입 및 모든 기타 지원 증명서를 포함한 재정 지원 신청서를 작성한 후에는 본 정책에 기재된 주소로 우편을 보내야 하며, Sentara MyChart를 통해 제출할 수도 있습니다. 이 외에도 환자는 가계 수입 및 모든 기타 지원 증명서를 포함한 재정 지원 신청서를 작성한 후, 병원 시설 내 환자 등록 장소에 제출할 수 있습니다.

본 정책에 관한 자세한 정보가 필요하거나 재정 지원 신청 절차와 관련해 도움이 필요한 환자는 전화를 통해(월~금 오전 8시 30분부터 오후 4시 30분까지) Sentara 재무 책임자와 상담할 수 있습니다.

자격 유지 기간:

신청자의 유일한 가계 수입 수단이 연금이나 사회 보장 제도와 같은 검증 가능한 고정 소득원일 경우, 본 정책에 따른 자격은 신청일로부터 최대 240일 전에 제공된 해당 서비스 및 최종 승인일 이후 6개월 또는 12개월이 지난 후 제공되는 해당 서비스에 대해 유효합니다.

미지급 시 조치(징수/대손):

징수 절차는 Medicare, 민영 보험, 의료 보장 또는 민간 의료 보험 등 그 유형과 관계 없이 모든 보험 가입 환자에게 동일하게 적용됩니다. 환자 징수 절차는 보험료가 전액 납부된 후 개시됩니다. 보험료가 전액 납부된 후 남은 잔액은 환자 부담 금액으로 간주됩니다. Sentara Health는 계정/방문이 대손이 되기 전 최소 120일 동안 부족액을 세 번 이상 통보하여 보험 가입 환자로부터 환자 부담 금액을 징수하려고 시도하며, 이 경우 계정/방문은 Sentara 징수 부서 또는 외부 징수 기관에 이양될 수 있습니다.

무보험 환자 및 본인 부담 환자의 경우, 환자 부담 금액에 대해서는 보험 가입 환자와 동일한 징수 절차가 적용됩니다. Sentara 징수 부서 또는 징수 기관은 환자로부터 부족액을 징수하기 위해 향후 120일 동안 세 번 이상 추가 통보를 진행하며, 이에는 환자의 재정 지원 신청 기간도 포함됩니다. 외부 징수 기관에 이양된 대손 계정은 납부를 완료하거나 Sentara Health에 반환될 때까지 외부 징수 기관에서 관리합니다. Sentara Health에 반환된 계정은 추가 징수 절차가 진행되거나, Sentara Health의 재량에 따라 환자의 개인 상황을 고려해 모든 징수 절차가 중단될 수 있습니다.

Sentara Health는 미지급 환자에 대한 징수 절차를 진행하기 전, 본 정책에 따라 해당 서비스에 대한 환자의 재정 지원 적격 여부를 결정하는 합리적 노력을 기울입니다. 이러한 노력에는 환자에게 본 정책에 대해 공지하고, 환자가 재정 지원 신청을 완료할 수 있도록 도움을 제공하고, 신청서 제출 완료 후 환자의 재정 지원 적격 여부를 통지하는 것이 포함됩니다.

합리적인 노력을 기울인 후, 본 정책에 따라 환자가 재정 지원 자격이 없거나 재정 지원 적격 여부 결정을 위한 병원의 필요 정보 수집 노력에 응하지 않을 경우, 환자의 계정은 대손 및 체납 계좌가 되어 Sentara 징수 부서 또는 외부 징수 기관으로 이양될 수 있습니다. 계정이 Sentara 징수 부서 또는 외부 징수 기관으로 이양될 경우, 해당 기관에 의해 특별 징수 조치가 취해질 수 있습니다. 특별 징수 조치에는 체납 계정을 하나 이상의 소비자 보고 기관(신용 기관)에 보고하는 징수 기관에 외부 위탁하는 행위가 포함됩니다. 또한, 해당 기관은 판결, 판결 기록, 신탁 증서, 유치권을 요구하는 소송을 진행할 수 있습니다.

상당 기간이 지나 특별 징수 조치를 취하기 전에 환자가 재정 정보를 제공하지 않거나 수입 및 신용 가치를 결정하는 데 도움이 될 신용 보고 데이터를 근거로 한 재정 지원 제공 노력에 응하지 않을 경우, 해당 기관은 본 정책에 따라 환자에게 자격을 부여하고 해당 서비스 관련 잔액을 공제할 것입니다. 신용 데이터에 따라 보험 가입 환자 및 무보험 환자, 본인 부담 환자의 총 가계 수입이 현재 연방 저소득 기준선의 300% 이하일 경우, 환자의 해당 서비스에 대한 계정 잔액은 추정 재정 지원으로 공제될 수 있습니다.

환자가 Medicaid 적용 대상자로 간주되거나 대상자인 경우, 노숙인인 경우, 재산 없이 사망한 경우 또는 Sentara Health와 관계 없는 무료 진료소 및 Sentara Community Care Clinic, 연방 인가 의료 센터(Federally Qualified Health Center, FQHC)에서 건강 관리 서비스를 받는 경우, 보충 영양 지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)에 참여하는 경우에는 본 정책에 따라 해당 서비스에 대한 추정 재정 지원 고려 대상자에 해당하거나 계정 잔액이 공제될 수 있습니다.

해당 기관은 환자의 계좌를 대손으로 분류하기 전에 통상적인 절차의 일환으로 잔액 고지서 또는 환자 명세서를 세 번 이상 우편 또는 Sentara Bill Pay(SBP)를 통해 제공하고, 전화를 통해 환자에게 연락을 시도할 수 있습니다. 미지급 또는 모든 상호 동의 지급 약정 미이행 시, 해당 기관은 해당 계정을 대손으로 간주하고 환자의 퇴원 후 첫 요금 청구서 또는 Sentara Bill Pay(SBP)를 통한 첫 잔액 고지서 발행일로부터 120일 후에 특별 징수 조치를 내릴 수 있습니다. 환자의 계정이 대손으로 간주될 시 환자는 환자 요금 청구서를 추가로 세 번 우편으로 받게 됩니다. 두 번째 요금 청구서 발송 후 남은 미지급 계정은 법적 절차 또는 외부 징수 기관 이양 검토 대상이 됩니다.

환자의 계정은 신청 기간 동안 재정 지원 평가 대상이 됩니다. 신청 기간에 재정 지원 신청서를 수령하는 즉시 모든 특별 징수 조치는 해당 기관의 최종 지원 적격 결정이 완료될 때까지 중단됩니다. 신청 기간에 온전한 정보를 제공하지 않은 재정 지원 신청자는 Sentara Health의 결정과 특정 사실 및 상황을 바탕으로 해당 기관의 추가 정보 및/또는 신청서를 작성하는 데 필요한 서류에 관한 서면 통지서에 대응할 합리적인 시간을 제공받습니다. 해당 기간 내에 신청자가 해당 기관의 추가 정보 요청에 응하지 않는 경우, Sentara Health의 결정과 특정 사실 및 상황을 바탕으로 특별 징수 조치가 재개될 수 있습니다.

병원 시설은 특별 징수 조치를 취하기 최소 30일 전에 특별 징수 조치와 관련된 징수 절차를 시작하며, 적격 개인에게는 재정 지원 이용 가능성을 서면으로 통지합니다. 이 공지와 함께 해당 환자는 이 정책 간단 요약문을 제공받음. 병원 시설은 또한



환자에게 본 정책을 비롯해 특별 징수 조치 시작 공지와 실제 재개 또는 시작 사이의 기간에 재정 지원 신청 절차에 대해 도움을 얻을 수 있는 방법에 대해 구두로 충분히 설명합니다. 미국 재무부 규정 제1.501(r)-6(c)(3)(i)항에 명시된 바와 같이, 특별 징수 조치(ECA)는 환자의 퇴원 후 첫 요금 청구서 발행 120일 후 개시될 수 있습니다.

재무 청산 및 징수 담당자는 본 정책에 따라 특별 징수 조치가 개시되기 전에 해당 기관이 환자의 재정 지원 자격 적합 여부를 결정하기 위해 충분한 노력을 기울였는지 확인합니다.

정책 예외 사항

임원, 재무 청산 및 징수 담당자, 준 법률 고문, Revenue Cycle 부회장, Corporate Finance 수석 부사장, Sentara 최고 재무 책임자는 각각 환자 개인의 사실과 상황에 맞게 사례별로 본 정책에 대한 자격을 부여하고 예외 사항을 결정할 권한을 보유합니다. 공중 보건 비상사태가 선포되는 경우, 사례별로 본 정책에 대한 자격을 부여하고 예외 사항을 결정할 권한을 보유한 Sentara Health 대표자들은 비상사태 기간에 모든 신청자의 적격성 및 결정 요건을 일시적으로 변경할 수 있습니다. 환자가 본 정책에 제시된 해당 서비스에 대한 자격 및 결정 요건을 충족할 경우, 재정 지원을 거절할 수 없습니다.