

정책 번호 : **FIN 004**

Original Date: 01/01/07

Revised: 08/31/07, 06/30/09, 07/14/15, 12/21/15,  
01/19/16, 01/22/19, 06/01/20

Reviewed:

제목 / 제목 : 재정 지원 정책

정책 : 병원 재정 지원법을 준수하는 것이 Oneida Health 의 정책입니다.

목적 : OH 는 HHS 빈곤 수준의 300 % 를 초과하지 않는 개인 또는 가족 소득이있는 뉴욕 주 거주자에 대해 보험료가 적고 보험에 가입하지 않은 환자에게 할인 또는 무료로 재정 지원을 제공합니다.

이 정책이 적용되는 서비스 :

1. 급성 치료 환자 입원
2. 응급 치료 및 노동법 (EMTALA)에 따른 응급 이송을 포함한 응급 서비스
3. 외래 수술 환자
4. 추천 외래 환자
5. 관찰 환자

참고 : 의학적으로 필요하지 않은 서비스로 간주되는 미용 및 / 또는 선택적 수술은 재정 지원을받을 수 없습니다.

범위 : 이 정책은 모든 이사회 구성원, 임원, 관리자 및 직원, 연수생, 자원 봉사자, 제공자, 컨설턴트, 독립 계약자, 학생 및 임시 직원 ("영향을받는 사람") 및 Oneida Health (OH)를 포함한 기타 직원에게 적용됩니다. 병원, 모든 부서 및 보건 센터, OH 의 관련 의사 관행 (Oneida Medical Services, PLLC, Oneida Medical Practice, PC 및 Genesee Physician Practice, PLLC) 및 OH 의 일부인 기타 부서 또는 기관을 포함합니다.

순서:

모든 환자는 등록시 등록 영역에 게시 된 표지판, 정책, 등록시 사용 가능한 요약 및 응용 프로그램 및 모든 청구서와 함께 통지를 통해 등록 시점에 FAP (Financial Assistance Policy)를 통지받습니다.

요청시 정책, 재정 지원 프로그램 요약 및 신청서가 환자에게 제공됩니다.

완성 된 신청서를 수령하면 청구는 성명서에 보관됩니다. 신청서 검토 중에는 지불이 예상되지 않습니다.

부양 가족을 포함하여 가구 구성원별로 신청서와 함께 요청 된 서류는 다음과 같습니다.

지난 8 주 연속 급여 지급 (매주 2 회 지불하는 경우 4 회)

- 실업, 사회 보장, 연금, 근로자 보상, 장애 등의 확인
- 자영업자 (3 개월) 비즈니스 원장 또는 다음에 대한 자기 증명 (세금 신고는 선택 사항)

- 메디 케이드 자격 상태 (최근에 신청 한 경우).
- 소득 서류 유형이 없는 경우 자체 증명 양식을 사용할 수 있습니다.
- 외계인 또는 자녀 양육비 수입
- 기타 모든 수입원

1. 재정 지원 승인은 사례별로 이루어집니다. 가구 규모와 소득 수준에 따라 결정됩니다.
2. 신청서에 제공된 정보를 바탕으로 OH 는 환자가 NYS Medicaid 혜택을받을 자격이 있는지 확인하기위한 기준을 검토합니다. 제공된 정보가 적격성 지침을 충족하는 것으로 보이면 환자는 NYS Medicaid 승인을 받거나 거부하기 위해 NYS Medicaid 를 신청하는 것이 좋습니다.
3. OH 가 제공된 정보를 바탕으로 결정을 내릴 수없는 경우, 완전한 정보 / 서류가 접수 될 때까지 신청서가 보류 중임을 알리는 서신이 환자에게 발송됩니다. 이는 신속한 결정을 위해 OH 가 명시한대로 적시에 반환해야 합니다.
4. 환자가 신청서를 작성하지 않거나 자격 조건을 준수하지 않으면 Medicaid 및 Medicaid 거부를 신청해야 하는 경우 재정 지원 신청이 거부됩니다. 재정 지원을 받기 전에 다른 보험이나 프로그램을 신청해야 할 수도 있습니다.
5. 포켓 비용으로 인한 계정 잔액, 소진 및 보험료 지불 거부는 병원 서비스에 대한 재정 지원을받을 수 있습니다. (이것은 의사 외래 환자 진료소에는 적용되지 않습니다).
6. 재정 지원 신청은 퇴원 후 최초 청구서 청구일로부터 120 일 (통지 기간) 이내에 이루어져야 합니다. 그 후, 모든 지원 및 추가 요청 서류는시의 적절한 통보시 추가 120 일 (신청 기간)을 초과하지 않도록 시설이 요청한 시간 내에 시설에서 수령해야 합니다.
7. 재정 지원 승인은 신청서에 기재된 계좌에만 유효합니다. 재정 지원 승인은 6 개월 동안 유효합니다. 따라서“재 적용”의 필요성이 줄어 듭니다. 그러나 환자 / 보증인의 재정 상태가 변경된 경우 Oneida Health 는 환자 / 보증인에게 재 신청을 요청할 것입니다.
8. 재정 지원 상 결정은 영업소 직원이 결정합니다. 그런 다음 최종 승인을 위해 환자 계정 담당 이사, 비즈니스 사무실 감독자 (병원) 또는 중앙 청구 사무소 관리자 (의원)에게 신청서가 제공됩니다. 계좌 잔고가 \$ 15,000.00 보다 큰 경우 최고 재무 책임자의 승인이 필요합니다.
9. 재정 지원을 신청 한 환자는 결정 후 30 일 (근무일 기준) 이내에 비즈니스 사무실로부터 서면 결정을받습니다.

10. 재정 지원 자격 결정에 동의하지 않는 환자는 1 800 804 5447 로 뉴욕 주 보건부 불만 핫라인에 전화할 수 있습니다.

11. 모든 보험이 계약 된 부분을 지불 한 후 최종 환자 책임이 결정될 때까지 재정 지원 요청이 이행되지 않습니다. 계정 잔액을 고려하기 전에 모든 보험 분쟁을 해결해야 합니다.

12. 유리한 결정이 내려지면, 환자 / 보증인은 예정된 잔액에 대한 설명과 함께 예정된 잔액을 송금합니다. 환자 / 보증인은 계약서에 서명하고 14 일 이내에 OH 에 반환해야 합니다.

13. 보증인 / 가족이 재정 지원을 승인 한 경우, 보증인은 조정 된 계정 잔액을 전액 지불하거나 필요한 경우 지불 준비를 할 수 있습니다. 지불 계획 매개 변수는 다음과 같습니다.

6 개월 – 최대 9 개월 \$ 100.00 미만의 계좌 잔고

\$ 100.00-\$ 500.00 9 개월 – 최대 12 개월

\$ 501.00-\$ 1000.00 최대 12 개월

\$ 1001.00-\$ 3000.00 최대 18 개월

\$ 3001.00-\$ 5000.00 최대 24 개월

\$ 5000.00 이상

지불 준비에 대해서는 영업소에 문의하십시오

월별 지불액은 보증인 / 가족 총 소득의 10 % 를 초과하지 않습니다.

14. 해당되는 경우 뉴욕 주 할증료 금액은 최종 할인 계정 잔액에 대한 추가 요금이 됩니다.

15. 환자 이름, 계좌 번호, 서비스 날짜, 서비스 유형, 신청 날짜, 승인 / 거부 날짜, 총 요금, 환자에 의한 총 잔액, 조정 금액, 우편 번호를 나타내는 재정 지원 월별 회계가 유지됩니다. 조정 된 환자 균형.

16. 신청서, 승인 / 거부, 요약 청구서 및 재정 지원 신청서와 관련된 서신의 사본은 10 년 동안 보관됩니다.

17. 당사는 별도의 청구 및 징수 정책을 유지합니다. 요청 시 사본을 이용하실 수 있습니다.

18. 금융 지원 정책(FAP)이 적용되지 않는 공급자 목록은 다음 링크에서 확인할 수 있습니다.

<https://www.oneidahealth.org>

Oneida Health							
2021 Federal Poverty Levels							
Household Size	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$ 12,880	\$ 17,130	\$ 19,320	\$ 25,760	\$ 32,200	\$ 38,640	\$ 51,520
2	\$ 17,420	\$ 23,169	\$ 26,130	\$ 34,840	\$ 43,550	\$ 52,260	\$ 69,680
3	\$ 21,960	\$ 29,207	\$ 32,940	\$ 43,920	\$ 54,900	\$ 65,880	\$ 87,840
4	\$ 26,500	\$ 35,245	\$ 39,750	\$ 53,000	\$ 66,250	\$ 79,500	\$ 106,000
5	\$ 31,040	\$ 41,283	\$ 46,560	\$ 62,080	\$ 77,600	\$ 93,120	\$ 124,160
6	\$ 35,580	\$ 47,321	\$ 53,370	\$ 71,160	\$ 88,950	\$ 106,740	\$ 142,320
7	\$ 40,120	\$ 53,360	\$ 60,180	\$ 80,240	\$ 100,300	\$ 120,360	\$ 160,480
8	\$ 44,660	\$ 59,398	\$ 66,990	\$ 89,320	\$ 111,650	\$ 133,980	\$ 178,640
Sliding Scale	100%	89%	79%	69%	59%	49%	0%

기타 관련 정책 / 절차 :

이전 정책 # :

참조 : 2016 년부터 IRS 코드 501 (r) 항

표준 :

양식 : 재정 지원 일반 언어 요약

재정 지원 신청서 (01913)

치료비 지불 - 계약 서비스

승인 : V. Cole, J. Sweet 06/2020