정책 제목	보건의료 서비스 정책에 대한 재정지원	정책 ID	179
핵심어	**환자, 재정, 지원, 자선, 진료, 필요성, 서비스, NSA, 제외, 재정지원 제외, FAA**		

I. 정책 목적

보건의료 서비스 프로그램에 대한 Dartmouth Health (DH) 재정지원 행정을 위한 정책을 수립하기 위함입니다. 본 정책을 통해 모든 응급상황 또는 DH 전체 시설로 제공한 기타 의학적으로 필요한 진료에 대하여 다음 개요를 설명합니다 :

- 재정지원의 수급자격 기준.
- 환자들이 재정지원을 신청할 수 있는 방법.
- 본 정책에 따라 재정지원 및 응급상황이나 기타 의학적으로 필요한 진료에 대한 부담금 제한의 수급자격이 되는 환자에게 부과된 금액 산출의 근거.
- 서비스를 제공한 커뮤니티 내에서 본 정책을 알리기 위한 DH 의 조치.

본 정책은 NH RSA 151:12-b, Internal Revenue Code(내국세입법: IRC) 섹션 501(r) 및 Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (2010 년도 제정 환자 보호 및 부담적정보험법: 오바마케어)의 요건을 준수하는 취지이며, 해당 법률로 요구하는 정도로 정기 업그레이드를 실시합니다.

II. 정책 범위

본 정책은 DH 서비스 제공자가 청구서를 발급하는 응급 또는 기타 일체의 의학적으로 필요한 진료 일체의 담당 DH 시설에서 근무하는 DH 서비스 제공자 전원에게 적용됩니다.
본 정책의 목적상, “재정지원” 신청은 일체의 DH 시설에서 DH 가 고용한 서비스 제공자가 제공한 응급상황이나 기타 의학적으로 필요한 진료 조항에관련됩니다.

III. 비차별 성명

Dartmouth Health 는 환자 재정 지원 제공 또는 본 재정 지원 정책의 시행에 있어 인종, 피부색, 성별, 성적 지향, 성별 정체성, 혼인 여부, 종교, 혈통, 출신 국가, 시민권, 이민 신분, 모국어, 장애, 질병 상태, 유전 정보 등을 이유로 차별하지 않습니다.

IV. 정의

재정지원(“자선 진료”로도 알려짐): 본 정책에 따라 수립된 기준을 충족하는 개인을 대상으로 무료 또는 할인가로 제공하는 보건의료 서비스 조항.

가족이란 U.S. Census Bureau (미 인구조사국)의 정의에 따라 동거하며 출생, 결혼, 또는 입양을 통해 혈연관계를 맺은 2인 이상의 집단입니다.

- 결혼 또는 합법적 동성 결혼에 관한 주법 및 연방 지침은 가족에 포함되는 사람을 결정하는 데 사용합니다.
- 가정에서 성인 장애인을 돌보는 일로 수입을 얻는 지원자의 경우, 성인 장애인은 가족의 일원으로서 계수되며 그의 수입은 결정사항에 포함됩니다.
- 세무 목적상 부양가족으로서 주장할 수도 있는 자를 규정하는 Internal Revenue Service (국세청: IRS) 규칙을 사용하여 재정지원을 부여하는 가족 수를 입증합니다.

추정 재정지원: 증빙 서류의 부족이나 환자의 응답이 없는 이유로 하여, 작성된 DH Financial Assistance Form (재정지원 양식)이 없는 환자에게 의학적으로 필요한 서비스 재정지원 조항. 지원 자격의 결정은 재정적 빈곤상태를 나타내는 개인의 생활여건에 기초합니다. 추정 재정지원은 Medicare 후의 지불 잔액에는 이용할 수 없습니다.

가구: 공동 자녀의 미혼 부모 외에도 법적으로 결합(혈연, 결혼, 입양)되어 주로 동일한 가구에 거주하는 개인들의 집단. 부모의 가구에는 환자, 배우자, 부양가족 자녀, 동거하는 재혼 후 출생 자녀 부양가족이 있는 미혼 부부, 동성 부부(결혼 또는 합법적 동성 결혼), 및 소득 신고서의 성인 자녀의 진술에서 주장한 부모가 포함됩니다.

가계수입: 미 보건복지부에서 다음에 기초하여 매년 공표하는 연방빈곤기준 (FPL) 지침에 따라 규정된 바와 같습니다:

- 수입, 실업 수당, 산재 보상, 사회보장, 생활보조금(SSI), 공적 부조, 퇴역군인 수단, 유족 연금, 연금 또는 퇴직 급여, 이자, 배당금, 임차료, 저작권 사용료, 자산 소득, 신탁 재산, 교육지원, 위자료(이혼 수당), 자녀양육비, 가구 외 지원, 및 기타 제반 수입원,
- 비현금성 혜택(푸드 스탬프 및 주택 보조금과 같은 비금전적 급부)**은 산입하지 않음**
- 세전 소득
- 가족 전원의 소득(동거인과 같은 비친족**은 산입하지 않음**).

비보험 환자: 보험에 가입하지 않거나 자신의 의료비 부담을 위한 기타 제3자 공급처가 없는 환자.

보험에 부분적으로만 가입한 환자: 일부 보험에 가입하거나 본 정책에 따라 정해진 바와 같이 자기부담액 한도액이 자신의 지불능력을 초과함에도 불구하고 기타 제3자 공급처가 있는 환자.

부담금 총액: 환자의 보건의료 서비스에 대하여 정해진 기관의 요금에서 부담금 총액.

응급상황의 의학적 이상 상태(질병): 사회보장법(42 U.S.C. 1395dd) 섹션 1867 의 의미 내에서 규정된 바와 같이, 충분한 중증도(위중한 통증 포함)의 급성 증상으로 그 자체를 나타내는 의학적 이상 상태이므로 즉각적인 의학적 진료를 받지 못할 때는 다음과 같은 결과를 초래할 것으로 타당하게 기대할 수도 있는 것입니다.

- 개인의 건강(또는, 임산부에 대하여 산모나 태아의 건강)이 심각한 위험에 처한 경우
- 신체적 기능에 대한 심각한 장애

- 일체의 신체기관이나 부위의 심각한 기능부전
- 임산부와 관련된 사항:
    - 분만 전 다른 병원으로 안전하게 이송하기에 부적절한 시점.
    - 이송 또는 퇴원의 경우에 임산부나 태아의 건강이나 안전에 대한 위협.

의학적 필요성: 질병이나 상해, 또는 기형인 신체의 일부 기관의 기능을 개선하기 위한 진단이나 치료에 타당하고 필요한 보건의료용품이나 서비스에 관한 Medicare 의 규정과 같음.

선택 사항: 의학적으로 필요한 것으로 간주하지 않는 보건의료용품이나 서비스.

제정지원 제외 사항: 의학적으로 필요한 것으로 간주하지 않거나 선택사항으로 간주하는 서비스. 이 정책은 Dartmouth Health가 제공하는 진료에 적용됩니다. 언급한 서비스들은 DH 재정지원 정책으로 보장되지 않습니다.

Dartmouth Health: 본 정책의 목적을 위한 Dartmouth-Hitchcock Health System 회원 병원(DH)들로는 Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, 그리고 Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire(VNH)가 있습니다. New Hampshire 및 Vermont 소재 기타 모든 병원들은 비회원 시설로 간조합니다.

이 정책은 Epic 시스템을 사용하는 DH 회원 시설에 적용됩니다.

V. 정책 성명

Dartmouth-Hitchcock Health(DH) 은 보건의료상 필요성은 있으나 서비스 비용을 부담할 재정적 수단이나 자신의 지불 능력인 잔액이 없는 분들에게 재정지원을 제공하는 데 최선을 다합니다.

DH는 보건진료 서비스를 받아야 할 사람의 재정적 능력으로 인해 진료를 구하거나 받지 못하는 일이 없도록 노력합니다. 환자는 서비스가 제공되기 전, 도중, 및 후, 그리고 계정이 미수금 회수 대행사로 의뢰된 후를 포함하여 언제든지 재정지원의 신청이 가능합니다.

DH에서는 환자의 지불 능력이나 재정 또는 정부의 지원을 받을 자격 여부에 상관없이, 나이, 성별, 인종, 사회적이나 이민자 지위, 성적 지향성 또는 종교적 소속 관계에 상관없이 개인에게 응급상황의 의학적 이상 상태에 대한 진료 및 의학적으로 필요한 서비스를 제공하겠습니다. 응급치료 및 분만에 관한 법 (EMTALA) 에 따라, 응급 의학적 이상 상태에 대한 의료 서비스 제공 전에 환자의 재정지원 또는 지불 정보는 심사하지 않습니다.

재정지원은 개인적 지불 능력에 대한 대안으로 간주하지 않습니다. 재정지원을 받기 위한 DH 의 절차나 기타 지불 형태를 통한 환자들의 협조와 개인별 지불 능력에 기초한 진료비 마련에 기여해 주실 것을 기대합니다.
건강보험에 가입할 재정적 능력이 되는 분들은 보건의료 서비스의 이용을 보장하는 수단으로서, 또 전반적인 개인 건강을 위해서나 개인의 자산을 보호하기 위해서라도 보험에 가입해야 합니다.

DH 에서는 환자가 재정지원의 수혜자격이 되는지 여부를 결정하는 타당한 노력을 먼저 기울이지 않고는 어느 환자에게든지 특별 추심 조치를 취하지 않습니다. 어떤 예외조항도 반드시 재무담당 최고 책임자(CFO) 의 승인을 받아야 합니다.

미지불의 경우에 본원에서 취할 수 있는 조치에 관한 정보는 저희 신용 및 미수금 회수 정책을 참고하시기 바랍니다. 신용 및 미수금 회수 정책의 사본은 온라인에서 구할 수 있으며, Patient Financial Services Offices(환자 재정 서비스실)에 신청하거나 844-808-0730번을 이용, 우송도 가능합니다.

A. 환자들이 재정지원을 신청할 수 있는 방법

재정지원에 관해 환자와의 소통이 없을 경우나 해당 환자가 본 정책에 따라 필요한 신청 절차를 밟을 능력이 없는 경우, 언급한 환자는 이에도 불구하고 추정 재정지원 수혜자격에 대한 고려의 대상이 될 수 있습니다.

1. DH에서는 수혜 보장 사항이나 연방, 주, 또는 기타 프로그램으로부터 받을 지급분의 대안 공급원 분석하고 환자를 도와 언급한 프로그램에 신청합니다. 언급한 기타 공급원이 소진된 후 일체의 나머지 지불 잔액에 관하여, DH 에서는 다음 절차를 이용하여 정책에 따른 지원 방안의 수혜자격이 되는지 여부를 개별 판정할 목적으로 환자의 재정적 필요성을 개별 심사합니다 :

   - 환자나 보증인은 DH 경영진에서 승인한 양식의 신청서를 제출하며, 이에만 국한되지는 않으나, DH에서 자료제공을 포함하여 가계수입과 가용한 자산 또는 기타 자원을 확인하고 언급한 개인별 수혜자격 여부를 판정하는 데 필요한 개인적, 금전적, 그리고 기타 정보와 서류를 제공해야 합니다. DH 가 환자나 환자의 보증인으로부터 신청서나 필요한 일체의 증빙서류를 입수하지 못할 경우, DH 에서는 추정 재정지원에 대한 환자의 수혜자격 여부를 고려할 수 있습니다.
   - 환자로부터 받는 신청서와 증빙서류를 대신하여, 담당자는 다음 항목을 활용해 재정지원 신청서의 승인을 얻기 위한 추천을 지원할 수 있습니다:
   - DH 에서는 하나 이상의 업체를 활용, 환자나 보증인의 능력과 지불 성향에 관한 정보를 제공하는 데이터 공급원을 공개적으로 이용하여개인별 수혜자격을 선별할 수도 있습니다.
   - Medicaid 의 현재 수혜자격.
   - 연방 또는 주 주택당국으로부터 받은 현재 내역서.
   - 노숙인 쉼터나 Federal Qualified Health Center (연방정부 공인 의료 센터)로부터 받은 증명.
   - 교정시설로부터 결제 원천이 없는 투옥상태 확인.
   - 환자 개인의 경우, 수입과 자산에 대하여 수입확인서를 대신하는 구두 증명은 언급한 계정이 $1,000 미만인 지불 잔액의 경우, 계정 한 (1) 개에 한해서만 허용 가능합니다.

2. 재정지원 신청과 금전적 필요성의 결정은 비응급상황의 의학적으로 필요한 서비스의 제공 전에 제기하는 것이 바람직하지만, 반드시 필요하지는 않습니다. 그러나, 환자가 재정지원을 얻기 위해서는 추심 주기의 어느 시점에라도 고려될수 있습니다. 승인된 재정 지원 신청서는 환자가 자선 지원을 신청한 모든 잔액뿐만 아니라, 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해서도 적용됩니다또한 추심 대행사에 의뢰한 지불 잔액을 포함하여 재정지원 신청서를 수리하기 전의 서비스 일자, 그리고 해당 서비스가 아래에 나오지 않는 한, 수신확인 공문에 있는 마감일자나 그 이전에 제공된 서비스 일체에 적용됩니다. 해당 시점 이후거나 환자의 재정지원 수혜자격에 관련된 추가 정보가 알려지는 시점 언제라도 DH 에서는 본 정책에 따라 개인의 금전적 필요성을 재평가합니다.

DH 에서는 신청서 사본을 요청하지 않고도 다음과 같은 지원 프로그램들이 내린 결정사항을 인정합니다. DH 에는 아래에 수록된 기관에서 제정한 DH 지침을 벗어나 내려진 결정사항을 수용하거나 거부할 수 있는 권한이 있습니다. 해당되는 기본의료비(공동부담금)나 기타 환자의 책임 부담액 전액은 언급한 프로그램의 요건에 따라 청구해야 합니다.

- 보험에 가입한 환자에 한하는 NH Health Access Network Card
- Good Neighbor Health Clinic
- Amoskeag Health
- Lamprey Health
- Mobile Community Health
- Teen Health Clinic
- 과거의 서비스를 보장하도록 하는 소급 적용이 되지 않을 경우의 현행 Medicaid 수혜자격
- 유산이 없이(유언집행자 또는 주 당국에서 확인한 바와 같이) 사망한 환자

3. 재정지원 신청을 처리하고 환자에게 작성된 신청서를 수리한 일자로부터 30일 이내에 서면으로 결정사항을 통보하는 것이 DH 의 목표입니다.

4. **이의제기 절차:** DH 가 부분 또는 전체적인 재정지원을 거부할 경우에는 60 일 이내에 결정에 대한 환자(또는 대리인)의 이의제기가 가능합니다. 환자는 반드시 Director of Eligibility and Enrollment (자격 검토 및 등록 담당 부서장)에게 서한을 보내 DH 에서 내린 결정이 부적절한 사유를 설명해야 합니다. 이의제기 서한은 DH 에서 검토하며 최종 결정사항은 이의제기 신청서를 수리한 일자로부터 30 일 이내에 환자에게 발송됩니다.

B. 본 정책에 따른 재정지원의 자격을 갖추기 위하여, 환자는 반드시 다음 기준을 충족해야 합니다 :

- NH 또는 VT의 주민이거나, DH 시설에서 응급치료를 받는 비주민.
- 비보험 또는 부분 보험가입자로서 일체의 정부 보건의료 혜택 프로그램에 자격이 되지 못한 자, 본 정책에 따른 재정적 필요성의 결정에 근거하여 Credit and Collections Policy (신용 및 미수금 회수 정책)에서 개요를 설명한 바와 같이 자신의 진료비를 지불할 수 없는 자.
- 환자의 가구 구성원 전원을 포함하는 총 가계수입이 지난 12개월간 FPL 의 400% 미만인 자.
- 총 가계 소득이 FPL 의 600% 이하이고, 저축을 포함한(아래 참조) DH 에서 제공된 서비스에 대한 총 잔액이 일 (1) 년 가계 소득의 20% 를 초과하는 경우.
- 저축액(저축 계정, 이혼(별거)수당/위자료, 또는 보증금 증서 포함)은 FPL 의 최고 400% 까지 보호됩니다.
- 이들 프로그램에 수혜자격이 될 경우, New Hampshire 또는 Vermont Healthcare Exchange Program (건강관리보험 거래소 프로그램)의 수혜자격이 되는 건강 플랜 보장 사항 신청 요건의 준수상태를 입증합니다. 이 요건에 대한 예외사항은 사례별로 정당한 사유가 있어 고위급 지도부의 승인을 받을 수가 있습니다. “정당한 사유”란 사실과 사정에 따라 달라지며, 다음과 같을 경우가 될 수 있습니다:
    - 개방등록기간을 놓치고 개방등록 외의 인생사적 변화의 카테고리에 들지 못하는 자.
    - 환자가 수혜자격이 되는 건강 플랜에 등록하지 않기보다는 등록하기에 금전적 부담이 더욱 큰 자.

C. 재정지원액의 결정

비보험 할인 외에도 보험 지불금 전액과 약정 조정분은 적용되고 있는 재정지원 조정분에 앞서 필요합니다. DH Uninsured Patient Discount Policy (비보험환자 할인정책) 참조: Revenue Management Division (수익관리부문)(아래 링크 참고)

개인이 재정지원의 승인을 받을 경우, 적용 가능한 진료에 제공될 해당 지원액은 다음과 같습니다 :

보험 가입 환자: 보험 가입 환자는 본인 부담 비용에 대해 할인이 적용됩니다.

가구 소득이 FPL의 250% 이하인 보험 가입 환자의 경우, 응급 치료 및 의학적으로 필요한 서비스에 대한 모든 본인 부담 비용을 면제(즉, 100% 할인)하여 제공하며, 이는 해당 치료가 무료임을 의미합니다. 가구 소득이 다음과 같은 보험 가입 환자의 경우:

- FPL의 251%~300%: 본인 부담 비용 75% 할인
- FPL의 301%~350%: 본인 부담 비용 50% 할인
- FPL의 351%~400%: 본인 부담 비용 40% 할인

비보험 환자: 재정 지원 자격이 있는 비보험 환자는 제공된 응급 치료 및 의학적으로 필요한 서비스에 대해 일반 청구 금액에 할인이 적용됩니다.

가구 소득이 FPL의 250% 이하인 비보험 환자의 경우, 제공된 응급 치료 및 의학적으로 필요한 서비스에 대한 일반 청구 금액을 면제(즉, 100% 할인)하며, 이는 해당 치료가 무료임을 의미합니다. 가구 소득이 다음과 같은 비보험 환자의 경우:

- FPL의 251%~300%: 본인 부담 비용 75% 할인
- FPL의 301%~350%: 본인 부담 비용 50% 할인
- FPL의 351%~400%: 본인 부담 비용 40% 할인

보험 가입 및 비보험 환자의 재난적 상황: 응급 치료 및 의학적으로 필요한 서비스에 대한 총 청구 금액이 가구 소득의 20% 를 초과하는 경우, 환자가 부담해야 하는 금액은 가구 소득의 20% 에 해당하도록 감액됩니다.

- 위에서 설명한 이들 외의 할인 일체는 반드시 환자나 책임이 있는 당사자측의 이의제기 서면자료에 의거하여 Financial Assistance Appeals Committee (재정지원 이의제기위원회)의 승인을 얻어야 합니다.
- Presumptive Financial Assistance (추정 재정지원)의 기준을 충족하는 환자들은 100% 재정지원을 받습니다.
- 재정 지원 적용 기간은 신청서 서명일을 기준으로 다음과 같이 적용됩니다.
  - 근로 가구 – 6 개월
  - 고정 소득 가구 – 12 개월
  - 실업 가구 – 3개월
  - 주 외 거주자 – 1 개월

  본 정책의 재정지원에 수혜자격이 되는 비보험환자를 비롯하여 보험이 없는 환자들은 동일한 진료를 보장하는 보험에 가입한 환자들에게 통상 청구한 금액 이상은 절대 부담시킬 수 없습니다. Dartmouth-Hitchcock 에서는 총 부담액에 대비하여 비보험환자의 지불 잔액에 할인을 적용하며, 그 결과로 해당 환자가 지불할 것으로 예상한 지불 잔액은 할인혜택을 받습니다.

할인은 Internal Revenue Code (내국세법) 섹션 501(r) 을 구현하는 규정에서 설명한 바와 같이 "룩백 Medicare 서비스 수수료와 사설 지불인" 방법에 의거합니다. 이 할인은 환자에게 청구하기 전과 일체의 재정지원 조정분을 적용하기 전에 적용됩니다. 이 할인은 일체의 기본의료비(공동부담금), 공동보험, 가입자부담금(공제액), 이미 필요한 할인 일체를 반영하는 사전 지불금이나 패키지 서비스, 또는 전체 보험사들이 보장성이 없는 것으로 분류한 서비스에는 적용하지 않습니다.

회계연도 FY26 (2025 년 10 월 1 일 ~ 2026 년 9 월 30 일)에는 다음과 같은 할인율이 적용됩니다:

	FY24	FY25	FY26
Dartmouth-Hitchcock Clinic	64%	65.7%	69.4%
Mary Hitchcock Memorial Hospital	64%	65.7%	69.4%
Alice Peck Day Memorial Hospital	44.0%	45.8%	46.1%
Cheshire Medical Center	68.5%	70.8%	72.4%
New London Hospital	50.6%	53.8%	54.3%
버몬트(VT) 및 뉴햄프셔 (NH) 방문 간호 및 호스피스	0%	0%	0%
Mt Ascutney			44.8%

D. 환자 대상 및 커뮤니티 내 DH 재정지원정책에 관한 커뮤니케이션

- 재정지원을 받기 위한 환자의 의뢰는 의사, 간호사, 재정상담사, 사회복지사, 사례관리자, 소속 목사(사제), 및 종교적 후원자를 비롯한 DH 담당자 또는 대리인 누구나 가능합니다. 재정지원은 환자나 가족 구성원, 가까운 친지, 또는 환자의 동료가 요청할 수 있으며, 해당 개인정보보호법의 적용을 받습니다.

- 본 정책에 포함되지만 이에만 국한되지는 않으며, 쉬운 말로 된 본 정책의 요약자료로서 신청 양식과 DH 환자 추심정책과 절차에 관련된 정보인 DH 의 재정지원에 관한 정보는 일반인과 DH 환자들이 아래에 설명한 최소한의 방법을 통해 이용이 가능할 것입니다:
  - DH 웹사이트
  - 환자 진료구역에 게시됨
  - 등록 및 입원 과의 정보 카드에서 이용 가능
  - DH 에서 결정한 바와 같이 기타 공적 공간에서 이용 가능
  - DH/CMC 에서 서비스를 제공한 인구집단이 사용하는 주요 언어로 제공하고, 통/번역 서비스는 필요에 따라 활용
- 지불잔액에 대한 승인이 내려질 경우, 환자는 승인내용을 표시하는 공문을 받습니다.

E. 재정지원 HIV 환자의 자격 기준. 본 정책에 따른 재정지원의 자격을 갖추기 위하여, 환자는 반드시 다음 기준을 충족해야 합니다:

- 파트 C 및 파트 D의 NH Cares HIV 프로그램. NH 주에서 수혜자격이 되려면 (NH Cares 기금조달), 환자는 반드시 NH Medicaid를 신청하고 거부되어야 합니다. 거부될 경우, 수입이 FPL 의 500% 이고 또 환자가 수혜자격이 되고 필요한 서류를 제공할 경우, HIV 진료에 한해 보조금이 외래환자 서비스를 보장합니다. 입원환자 서비스는 이 보조금의 급여가 보장되지 않으나, 언급한 부담금은 자기부담금에 가산됩니다. 보조금 조항에서는 환자 수입의 퍼센티지에 근거한 제한이나 최고 한도의 부담금을 요구합니다. DH 의료관계자들이 제공하지 않더라도, 한도에 대한 부담금에는 의학적 진료 서비스, 방문간호 서비스, 처방이 모두 포함됩니다. DH 재정지원은 항상 부담금의 한도 전에 적용됩니다. 자산은 부담금의 파트 C 및

파트 D 한도에 대해서는 계산되지 않습니다.

프로그램의 요건:

- HIV 의 진단(파트 C)
- HIV 진단 환자 또는 HIV 감염 여성/아동의 가족에 대한 NH 주

HAB (NH CARES) 프로그램 요건:

- NH 주민
- HIV 의 진단
- FPL 300% 또는 그 미만의 수입
- 최소 연 1 회 반드시 신청할 것

아래의 이 도표에서는 일체의 추가적 충돌에 대비하여 귀하에게 부과하는 어느 항목(기본의료비(공동부담금), 공동보험, 공제액(가입자부담금), 또는 방문 수수료)이라도 DH 가 중지하기 전 수입의 몇 퍼센트를 자기부담금으로 지불할 것으로 예상하는지 설명하고 있습니다.

개인 수입	최고 부담금
현행 Federal Poverty Guideline (연방빈곤지침선: FPL) 의 100% 이하	$0
현행 FPL 의 101% - 200%	총 연간 수입의 5%에 불과함 (예: 소득 $18,000 인 경우; 청구 한도 $500)
현행 FPL 의 201% - 300%	총 연간 수입의 7%에 불과함 (예: 소득 $33,000인 경우; $2,310)
현행 FPL 의 300% 초과	총 연간 수입의 10%에 불과함 (예: 소득$49,000인 경우; $4,900)

- 수입서류는 최소 연 1 회 파트 C 또는 파트 D 보조금을 수령하는 모든 환자로부터 반드시 입수하고, DH FAA 결정이 6 개월을 초과 연장될 경우에는 매 6 개월마다 수입을 확인해야 합니다. 부연 설명 정보는 다음 가운데 하나가 됩니다 :
  - 가장 최근 세금 신고
  - 최근의 급여명세서
  - 실업확인통지서
  - 푸드 스탬프 배분
  - 사회보장연금 수입
- 환자가 특별 HIV 재정지원 신청서를 작성하는 것도 바람직하나, DH 신청서 또한 받아들여집니다. 주택시설과 같은 추가 정보는 반드시 입수하고 추적해야 합니다.

F. 신청서 작성 지원

다음 장소에서는 이 신청서의 작성을 돕는 1 대 1 지원을 받을 수 있습니다:

Dartmouth-Hitchcock One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	**Dartmouth-Hitchcock Clinic Concord** 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	**Dartmouth-Hitchcock Clinic Manchester** 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692
Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	**Dartmouth-Hitchcock Keene** 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 ext:4444	**Cheshire Medical Center** 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430
Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579	**New London Hospital** 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082	**버몬트(Vermont) 및 뉴햄프셔(New Hampshire) 방문 간호 및 호스피스(VNH)** 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 (888) 330-8853
Mt Ascutney Hospital and Health Center(마운트 애스커트니 병원 및 건강센터) 289 County Road Windsor, VT 05089 802-674-7471		

작성된 신청서가 수리되기까지는 귀하가 받는 서비스 일체에 관하여 재정적인 부담은지속됩니다.

추가적인 선택 방안은 New Hampshire Health Access Network 에서 찾아보실 수 있습니다 (https://www.healthynh.com/nh-health-access-network.html)

G. 재정지원에 대한 이의제기 절차

- 지불 잔액이 승인을 얻지 못할 경우, 환자에게는 거부 공문을 발송하거나 요청이 있을 경우, 기각 사유를 강조 표시한 신청서 사본을 보냅니다. 공식적인 이의제기 절차를 요약한 공문도 각각의 거부 공문 또는 부분 감액만을 제공한다는 공문과 함께 발송합니다. 환자는 이 결정에 대해 60 일 이내에 이의를 제기할 수 있습니다.
- 원래의 절차에 관여하지 않은 3 인의 DH 지도부가 위원회를 구성하여 이의제기건을 검토하고 거부 이의제기건 전체에 대한 권고사항을 내놓습니다.

H. Presumptive Eligibility for Financial Assistance

DH 에서는 제 3 자를 활용, 금전적 도움의 필요성을 살펴보기 위해 환자의 정보를 검토할 수도 있습니다. 이 검토에서는 공공 기록물 데이터베이스에 기초하여 보건의료업계에서 인정받는 예측 모델을 활용합니다. 본 모델은 공공 기록물 데이터를 통합하여 수입, 자원, 및 유동성에 대한 추정치가 들어가는 사회경제적 재정능력 평점을 산출합니다. 본 모델의 규칙 조합은 환자를 각각 동일한 기준에 비추어 평가하고 Dartmouth-Hitchcock Health System 에 대한 재정지원 승인 내력에 비교하여 조정합니다.

예측 모델로부터의 얻는 정보는 환자가 직접 제공한 정보가 없을 경우, DH 가 추정 수혜자격을 부여하기 위해 사용 가능합니다. 추정 재정지원은 Medicare 후의 지불 잔액에는 이용할 수 없습니다.

추정 심사는 채무 추심 내역서, 통고 후 의뢰하기 전 120 일이 지나고 재정지원 신청서를 작성하는 선택방안의 통보에 즉각 응답하지 않은 환자들에게 재정지원을 제공하기 위하여 해당 계정을 외부 추심 대행사로 이뢰하기 전에 적격 계정의 미결제 잔액을 고려하지 않고 사용합니다. 시한을 초과한 유언 검증 계정은 추정 심사를 받을 자격이 됩니다.

추정 자선은 전통적인 FAP 공정을 대체하지 않고 이와 같은 노력을 보완하기 위해 사용하며, 그렇지 않으면 전통적 FAP 공정에 응답하지 않는 환자들을 위한 계획입니다. 언급한 환자들에 대한 장벽을 없애고 해당 환자에 맞춘 저희의 혜택을 개선하기 위한 노력의 일환으로, 본원에서는 악성 부채로 처리하기 전에 전자식 심사절차를 밟습니다. 추정 자선에 대한 수혜자격이 되는 것으로 판단된 환자들은 악성부채의 추심 대행사에 이관되지 않습니다.

이 프로그램에 포함되는 것은 공공 기록물을 이용하는 득점 알고리즘에 근거하며, 일반적으로 차등요금제를 이용하지 않습니다. 부분 할인이 추정 자선에는 허용되지 않습니다. 특정 인구통계적 연구집단에는 다음과 같이 포함됩니다:

- 소유 재산이나 알려진 가족이 없는 사망자
- 일시 체류자, 노숙자
- 지원 단체도 없이 가족과 단절된 자
- 응답이 없거나 전통적 처리절차를 따를 능력이 되지 않는 환자

추정 자선 득점방식은 사회경제적 요인 및 비신용 기반의 데이터를 통합합니다. 심사 과정은 다음 정보를 포함하는 공공 데이터베이스에 영향을 미칩니다:

- 소비자 거래
- 법원 기록물
- 자산 소유권
- 주택 소유권 대 임차인
- 지역의 인구통계, 경제 상태
- 고용 현황
- 유틸리티 파일
- 정부
- 파일(파산, SSN, 사망자)

추정 자선은 신용조사기관의 보고자료를 필요로 하지 않으며, 신용보고서에 아무런 신용조회 소프트 히트 기록을 남기지 않습니다. 획득 정보를 통하여 0 (가장 빈곤상태) 으로부터 1000 (가장 빈곤하지 않은 상태)까지의 추정 자선 평점을 결합합니다. 수입, 자산 및 유동성을 포함하나 에만 국한되지는 않는 알려진 요인에 기초하여 본 정보는 보증인의 필요성을 예측합니다.

환급:

환자가 미납 지불 잔액을 지불하고 차후에 신청 절차를 통해 재정지원을 받기 위한 승인을 받아 작성된 재정지원 신청서를 제출하는 경우, 본원에서는 개인이 해당 진료에 대하여 지불한 금액 일체를 환급합니다

I. 자선 결정 수준

- 승인 수준은 다음과 같습니다.

위치	Dartmouth-Hitchcock	회원 병원
부사장/CFO (재무담당 최고책임자)/사장	>$350,000	>$100,000
수익관리 부문장	>$50,000	>$50,000
이사 – Conifer	최고 $50,000	최고 $50,000
부장 – Conifer	최고 $10,000	최고 $10,000
감독관 – Conifer	최고 $1000	최고 $1000
계정담당 대표직원 – Conifer	최고 $500	최고 $500

J. 재정지원 제외 – 서비스

a. 특별 고려사항

- 아래의 의료 시술은 모두 포함을 의미하지 않습니다.
- 의료관계자가 의학적으로 필요하지 않은 서비스로 간주함에 따라 제외될 수도 있는 서비스.
- 재정지원 프로그램에 따라서는 보장되지 않는 새로운 치료 서비스 일체를 실시하기 전에 최고의 노력을 기울여 환자에게 알립니다.

b. 선택적 성형 시술(보장 혜택 없음)

- 유방 보형물 이식 포함 유방피막절제술
- 유방 거상술(유방 리프팅)
- 여성형 유방증(남성 유방 제거술)
- 유방 제거술(화장술)
- 안면 거상술(얼굴주름제거술)
- 안검성형술(눈꺼풀성형술)
- 이마/눈썹 거상술(이마 지방/주름살)
- 유방 확대술(유방보형술)
- 유방 축소술(보험 처리가 되지 않을 경우의 유방 축소)
- 코 성형술(코)
- 피부과 시술
- 복부 성형술(복부 지방 제거술)
- 일체의 지방절제술(지방 흡입술) – 의학적으로 필요하다고 간주되지는 않는 과도한 피부나 지방의 제거술로서도 포함 가능함

참고: 위의 시술들은 보통 재정 정보 코디네이터가 가려내고 확인합니다. 의학적으로 필요하다고 판단되는 성별 전환과 같은 본 정책의 예외 사항은 개별 사례별로 검토됩니다.

c. 인공수정

- 미세재문합(난관복원술)
- 정관복원술(정관절제 복원술)
- 불임 치료를 위한 복강경 검사법 (IUI - IVF - GIFT 프로그램)
- 불임 치료

d. 기타

- 침술
- 척추지압요법(카이로프랙틱) 서비스
- 보청기 및 수리
- 안경
- 안마 서비스
- 토릭 렌즈
- 제약-처방 및 일반 의약품
- 여행 클리닉
- 제대혈 연구
- 소매 매출
- Renaissance Psychiatry of New England, LLC 제공 서비스

e. 의학적 필요성이 승인된 후에만 제공되는 재정지원

a. Bariatric Surgery (비만 대사 수술)

f. Manchester 및 Nashua Divisions에 한함

- **일상적 안과 검사**
  - 의학적으로 필요하다고 결정하거나 내재하는 의학적 문제(질병)가 있을 경우에 한해 보장됨.
  - 언급한 건강 이상 문제가 존재하지경우, 일정 담당자는 환자에게 재정지원이 적용되지 않음을 알려드립니다.
  - Keene 및 Lebanon Ophthalmology(안과) 대손상각 처리.

g. 감면조항

- 선택적이며 의학적으로 필요하지 않는 카테고리에 속하는 일부 서비스는 진료 단위(에피소드)에 관련된 전체 또는 일부 서비스에 대하여 DH Financial Assistance Policy(재정지원정책) 아래 보장이 가능합니다.
- 정책과 절차에서는 Patient Access Resource Team(환자 접근성 자원 팀)이 알려진 서비스에 대하여 개요를 설명하고 유지합니다.
- 이의 개정 필요성을 살피기 위해 연차적으로 검토합니다.
- 개별 사례들은 예외사항의 승인문제를 놓고 환자 접근성 담당 지도부와 수익관리부문 부사장이 검토합니다.

h. 재정지원 예외사항 – 비DH 의료관계자

Alice Peck Day Memorial Hospital

Amoskeag Anesthesia	Envision (응급실 및 입원 전문의)	

Cheshire Medical Center

Radiology Associates of Keene	Cheshire – 의료 장비	Cheshire – Monadnock Family Services
Amoskeag Anesthesia	Philip/Geneva	

Concord

Riverbend Community Mental Health	Services provided by Concord Hospital	

Manchester

Foundation Medical Partners		

Nashua

Greater Nashua Mental Health Center(사회복지사)	Nashua Anesthesiologist Group	St. Joseph's Hospital (PT/재활 서비스)

New London

Dr. Richard Rosato– Oral and Maxillofacial Surgery (전문)	Dr. Payal Verma - Oral and Maxillofacial Surgery (전문)	

Mary Hitchcock Memorial Hospital

Lebanon – Orthocare Medical Equipment	Philips/Geneva	

Mt Ascutney Hospital (마운트 애스커트니 병원)

HCRS	Keene Medical	Dr. Knott, DMD
The Medical Store	MedStream Anesthesia	Orthocare
Peraza Dermatology Group	Tactile Medical	Willowbrook Prosthetics

VI. 참고문헌 해당 사항 없음

책임 주무부서:	법인 재정부문	**연락처:**	Kimberly Mender
승인자:	최고 책임자 - 재무; 정책지원실 - 조직 정책 전담;Cohen, Lisa; Fielding, Wendy; Muhlen, John; Roberts, Todd; Sanders, Tamera	**버전 #**	15
현재 승인일자:	2025/09/10	**구 문건 ID:**	RMD.0031
정책 발효일자:	2025/09/10		
관련 정책 및 절차:	비보험 할인정책 - 수익관리부문 신용 및 추심정책 예산 지급 정책 - 수익 관리부문		
관련 직무 지침:			